



Folkhälsomyndigheten

# Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige

Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?



# Förord

I juni 2017 lämnade Kommissionen för jämlik hälsa sitt slutbetänkande med förslag på hur ett långsiktigt och nationellt arbete för en god och jämlik hälsa kan bedrivas. Riksdagen har därefter antagit ett nytt övergripande mål för den nationella folkhälsopolitiken: ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”.

Folkhälsomyndigheten bidrar till det nationella målet för folkhälsopolitiken, bland annat genom att följa hälsoläget i olika befolkningsgrupper och sammanställa forskning om de faktorer som påverkar hälsa och ojämlikhet i hälsa. Kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället är dock fortfarande begränsad. Därför fick vi 2016 i uppdrag av regeringen att sammanställa kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa – ett uppdrag som även hamnar inom ramen för den nationella strategin för psykisk hälsa. Kunskapssammanställningen belyser aktuell forskning (litteraturöversikter) och annan kunskap (analyser av svenska data) om skillnader i psykisk hälsa som kan kopplas till exempelvis kön, socioekonomisk status, funktionsnedsättning, sexuell läggning och utländsk bakgrund. Fokus är den psykiska hälsans bestämningsfaktorer och hur de påverkar ojämlikhet i psykisk hälsa. Resultaten och slutsatserna av det arbetet finns i rapporten ”Ojämlikheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning”. I denna rapport sammanfattar vi fynden från kunskapssammanställningen i en kortare version.

Denna rapport lämpar sig för dem som är intresserade av att få en sammanfattning av vad den vetenskapliga litteraturen säger om ojämlikhet i psykisk hälsa och hur det ser ut i Sverige, med fokus på ett urval av resultaten. Förhoppningen är även att den sammanställda kunskapen kan bli underlag för att bedöma behov av fortsatt forskning och för att utforma ändamålsenliga insatser på lokal, regional och nationell nivå. Ansvariga för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit Sara Fritzell och Nadja Trygg vid enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor.

Folkhälsomyndigheten

*Anna Bessö*

Avdelningschef, avdelningen  
för livsvillkor och levnadsvanor

# Innehåll

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Sammanfattning.....                                                      | 4  |
| Summary .....                                                            | 6  |
| Inledning.....                                                           | 8  |
| Psykisk hälsa.....                                                       | 8  |
| Ojämlighet i hälsa och psykisk hälsa .....                               | 8  |
| Resultat.....                                                            | 11 |
| Könsskillnader i psykisk hälsa .....                                     | 11 |
| Barn och unga .....                                                      | 11 |
| Yrkesverksamma åldrar och äldre .....                                    | 12 |
| Socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa.....                          | 12 |
| Barn och unga .....                                                      | 12 |
| Yrkesverksamma åldrar och äldre .....                                    | 13 |
| Psykisk hälsa genom hela livet .....                                     | 14 |
| Skillnader utifrån diskrimineringsgrunder och psykisk hälsa .....        | 14 |
| Inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk hälsa .....                        | 16 |
| Hälsa och livsvillkor bland personer med psykisk ohälsa .....            | 16 |
| Kombinerade sociala positioner belyser utsatthet .....                   | 18 |
| Faktorer bakom ojämlikhet i psykisk hälsa .....                          | 18 |
| Betydelsen av strukturella faktorer för ojämlikhet i psykisk hälsa ..... | 19 |
| Ordlista .....                                                           | 20 |

# Sammanfattning

Detta är en kortversion av Folkhälsomyndighetens kunskapssammanställning över bestämningsfaktorer för en jämlik psykisk hälsa. Här sammanfattar vi resultaten från olika analyser som syftat till att beskriva hur den psykiska hälsan är fördelad och vad det beror på.

Sammanställningen ger en del tydliga resultat:

- Det finns sociala skillnader i förekomsten av psykisk hälsa i alla åldersgrupper utifrån både socioekonomisk ställning och diskrimineringsgrunder.
- De viktigaste bestämningsfaktorerna till ojämlikheter i psykisk hälsa bland vuxna är kopplade till sysselsättning och ekonomi.
- Psykisk ohälsa har samband med ogynnsamma livsvillkor och negativa arbetsmarknadsutfall såsom arbetslöshet eller låg inkomst, samt ökad dödlighet.

## Utsatthet påverkar psykisk hälsa genom hela livet

Ojämlikheter i självrapporterade psykiska besvär märks redan från tidig ålder, utifrån både kön och socioekonomisk status. Exempelvis rapporterar barn och unga i socioekonomiskt utsatta hushåll mer psykosomatiska besvär än andra barn och ungdomar. Psykiska besvär kan sedan utvecklas till allvarigare psykisk ohälsa, vilket kan få konsekvenser senare i livet. Utsatthet i olika former i barndomen kan kopplas till risk för psykisk sjukdom i vuxen ålder, så för att förstå psykisk hälsa är det viktigt att se till människors hela livsförlopp.

## Utbildning, inkomst och kön hör till de viktigaste faktorerna

Ojämlikheter i psykisk ohälsa har både socioekonomiska grunder, utifrån t.ex. inkomst och utbildning, och diskrimineringsgrunder utifrån

kön, funktionsnedsättning och sexuell läggning. Sambandet mellan inkomst och psykisk hälsa går åt båda hållen och är dessutom självförstärkande; psykisk ohälsa kan leda till minskad inkomst, och minskad inkomst kan leda till psykisk ohälsa. Vi ser stora ojämlikheter i psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid som är relaterade till inkomstnivå, och skillnaden mellan olika grupper har dessutom ökat bland vuxna.

Förekomsten av psykiska besvär är högre i vissa grupper, t.ex. bland icke-heterosexuella, mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna och ensamstående föräldrar. Personer med funktionsnedsättning är också särskilt utsatta, och bland unga har den psykiska hälsan försämrats över tid.

## Personer med psykisk ohälsa har sämre livsvillkor och högre dödlighet

Att leva med psykisk ohälsa är kopplat till ogynnsamma livsvillkor och negativa arbetsmarknadsutfall såsom arbetslöshet eller låg inkomst. Dödligheten bland dem som fått psykiatrisk slutenvård är också högre än bland dem som inte vårdats, och allra högst är den bland dem med kortare utbildning.

## Skolan och politiska åtgärder kan minska ojämlikheten

Vi finner alltså socioekonomiska skillnader i psykiska besvär bland små barn och bland unga, vilket ger en signal om behovet av tidiga insatser som främjar dessa barns psykiska hälsa. Strukturella faktorer såsom familjepolitik kan göra skillnad för ojämlikheter i psykisk hälsa. Det gäller även skolan som når alla barn och unga, och den har en viktig kompensatorisk uppgift för att minska ojämlik psykisk



hälsa och förbättra förutsättningarna för de som är mest utsatta.

När det gäller ojämlikheter i psykisk hälsa bland vuxna är de viktigaste bestämningsfaktorerna kopplade till sysselsättning och ekonomi, för alla studerade utfall. Det gäller både ojämlikheter utifrån inkomst och komplexa ojämlikheter utifrån kön och inkomst i kombination med exempelvis sexuell orientering. Insatser för att minska ekonomisk utsatthet och främja sysselsättning kan därför också minska ojämlikhet i psykisk hälsa. Den gradvisa skillnaden i psykiska besvär, det vill säga den sociala gradienten i hälsa, som finns över olika inkomstgrupper tyder på att den relativa positionen i den sociala hierarkin har betydelse, inte enbart den absoluta inkomsten i sig. Vidare kan insatser för att få ett mer inkluderande samhälle ha positiv effekt eftersom otrygghet och kränkningar är viktiga faktorer för ojämlikheter i psykisk ohälsa.

Åtgärder för att reducera skillnader i psykisk hälsa bör vara riktade till hela befolkningen men ta särskild hänsyn till grupper med låg socioekonomisk position och grupper som är särskilt utsatta.

Det finns anledning att följa den psykiska hälsans utveckling i de grupper som identifierats som mer utsatta. Att kombinera olika sociala positioner i analyserna ger också värdefull information om hur sociala positioner samspelar samt förstärker och dämpar effekterna på ojämlikhet i psykisk hälsa.



# Summary

This is a short version of a compilation of knowledge of determinants of equal mental health. We summarize and conclude the results from different analyses aiming to describe how mental health is distributed and why this may be.

The results are:

- There are social differences in the prevalence of mental health in all age groups, on socioeconomic and discriminatory grounds.
- The most important determinants are associated with employment and financial situation.
- Poor mental health is associated with unfavorable living conditions and negative consequences in labor market outcomes such as unemployment or low income, and increased mortality.

## Disadvantage impacts mental health throughout life

Inequalities in self-reported mental health are visible from an early age, by both sex and by socioeconomic status. For example, children and youth in socioeconomically disadvantaged households report more psychosomatic issues compared to other children and youth. Mental ill-health may develop into mental disorders, which may lead to consequences later in life. Different disadvantages during childhood can be linked to the risk of mental disorders in adulthood, showing the importance of applying a life-course perspective.

## Education, income and gender are among the most important factors

Inequalities in mental-ill health are found on both socioeconomic grounds such as income and education and discriminatory grounds

such as sex, disability and sexual orientation.

The association between income and mental health goes both ways and is self-reinforcing; mental-ill health may lead to a decrease in income, and a decrease in income may lead to mental ill-health. We find that inequalities related to income level in mental ill-health, diagnoses of mental illness, and suicide, are substantial, and have furthermore increased over time among adults.

Some groups consistently display a higher prevalence of mental ill-health, including non-heterosexuals, recipients of social assistance, unemployed young adults and single parents. Persons with disabilities are also particularly vulnerable, and among young people with disabilities the results show a deterioration in mental health over time.

## Persons with mental-ill health have poorer living conditions and higher mortality

Living with mental ill-health is associated with unfavorable living conditions and negative consequences in labor market outcomes such as unemployment and low income. The mortality among those who have received psychiatric in-patient care is also higher compared to those who have not received in-patient care, and is the highest among those with the shortest educational background.

## Educational systems and political measures may lessen inequality

We thus find socioeconomic differences in mental health among young children and among youth, which signals a need for early interventions aiming to improve mental health among these children and youth. Structural



factors such as family policy may lessen inequalities in mental health. The same goes for the educational system which reaches all children and youth and has an important compensatory task in lessening inequalities in mental health and improving conditions for those who are most vulnerable.

Regarding inequalities in mental health among adults the most important determinants are associated with employment and financial situation, for all outcomes studied. This applies to both inequalities from income and complex inequalities from gender and income in combination with for example sexual orientation. Efforts to reduce financial disadvantage and increase employment may therefore also lessen inequalities in mental health. The stepwise difference in mental ill-health, i.e. the social gradient in health found over income groups, implies that not only absolute income itself is important, but also the relative position in the social hierarchy. Furthermore, efforts to build a more inclusive society may have a positive effect, since feeling unsafe and experiencing harassment are important factors for inequalities in mental health.

Measures to reduce differences in mental health should be aimed at the entire population but adapted so that they give special consideration to groups of lower social position and groups identified as particularly vulnerable.

There is cause to monitor the development of mental health in groups identified as more vulnerable. Combining different social positions in the analyses adds valuable information on how social positions interplay and affect inequalities in mental health.



# Inledning

Sverige har på många sätt en god folkhälsa; vi lever allt längre och har fler friska år. Psykisk ohälsa är dock ett folkhälsoproblem och har beskrivits som en av vår tids stora utmaningar.

Psykisk ohälsa medför stort lidande men också kostnader för både individen och samhället. När det gäller jämlik hälsa är den psykiska hälsan inte lika väl utforskad som den fysiska hälsan. Vi vet en del om fördelningen av psykisk ohälsa, t.ex. att kvinnor har en högre sannolikhet än män att drabbas av depression och att suicidtalerna är högre bland män. Det är även känt att etablerade indikatorer för socioekonomiska förutsättningar, såsom inkomst, utbildning och yrke, påverkar risken för psykisk ohälsa bland barn och vuxna. Fördelningen utifrån t.ex. ursprung, sexuell läggning och funktionsnedsättningar vet vi däremot mindre om. Vi behöver få en tydligare bild av hur dessa och andra förhållanden som rör jämlik psykisk hälsa kan förstås i ett svenskt sammanhang.

I samband med Kommissionen för jämlik hälsas arbete fick därför Folkhälshälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att göra en kunskapssammanställning om ojämlikheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställningen belyser aktuell forskning (litteraturöversikter) och annan kunskap (empirisk beskrivning och analys) om skillnader i psykisk hälsa som kan kopplas till diskrimineringsgrundande faktorer såsom kön, sexuell läggning, funktionsnedsättning, födelseland och socioekonomiska faktorer såsom inkomst och utbildning. Denna rapport sammanfattar resultaten från kunskapssammanställningen (Ojämlikheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning. Folkhälsomyndigheten, 2019). Samtliga fynd som rapporteras i denna rapport bygger på litteraturöversikter och analyser på svenska data som har genomförts inom ramen för projektet.

## Psykisk hälsa

Psykisk hälsa är inte detsamma som frånvaro av psykisk ohälsa, se figur 1 för en illustration. Ibland används begreppen välbefinnande eller positiv psykisk hälsa för att betona att det är hälsan och inte ohälsan som avses. I den här rapporten använder vi psykisk hälsa som övergripande begrepp och skiljer på positiv (god) psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa används här som en samlande beteckning för både psykiska besvär och psykiatrisk diagnos.

Psykisk ohälsa innefattar en rad olika tillstånd av olika allvarlighetsgrad såsom känslor av oro och ångest eller nedsatt psykiskt välbefinnande, eller om diagnostiserade psykiatriska tillstånd som behandlas av hälso- och sjukvården, såsom depression eller schizofreni. De självrapporterade psykiska besvären kan påverka funktionsförmågan i olika grad, beroende på typ och omfattning. Besvären behöver inte vara så omfattande att man söker vård eller kan få en diagnos, och de är oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation. Psykiatriska tillstånd däremot begränsar allvarligt individens funktionsnivå.

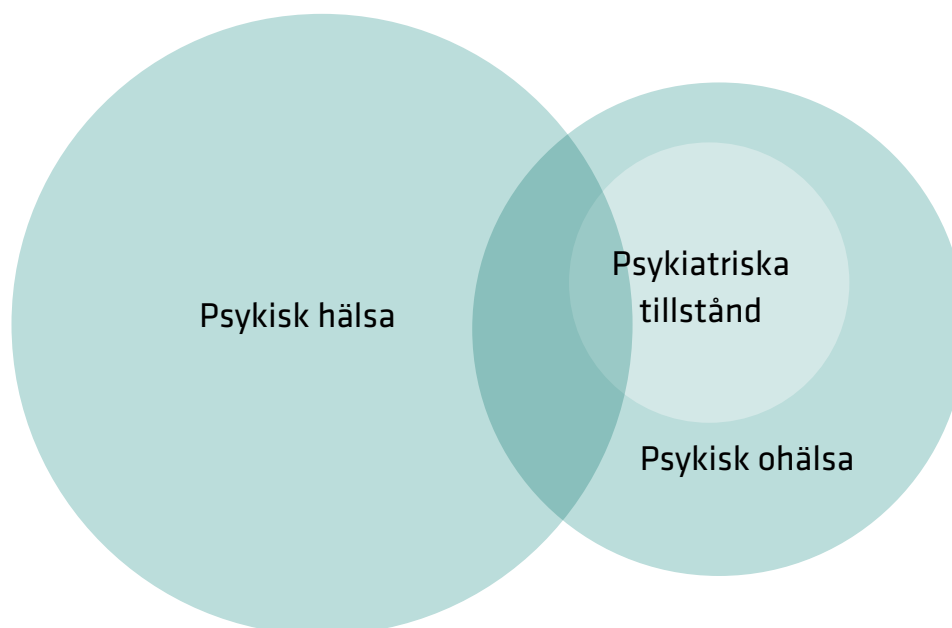
## Ojämlikhet i hälsa och psykisk hälsa

Kommissionen för jämlik hälsa definierar ojämlikhet i hälsa som ”systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper” (Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47 s. 33). Dessa skillnader visar sig som en gradient i hälsa, det vill säga gradvisa skillnader mellan grupper, och som en ansamling av hälsoproblem i vissa grupper som är särskilt utsatta jämfört med övriga befolkningen.

Ojämlikhet i hälsa uppstår till följd av att sociala grupper har olika tillgång till resurser med betydelse för hälsan (Kommissionen för



**Figur 1.** Begreppen psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd överlappar



Källa: Bremberg, S. Dalman, C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Stockholm: FORTE, 2015.

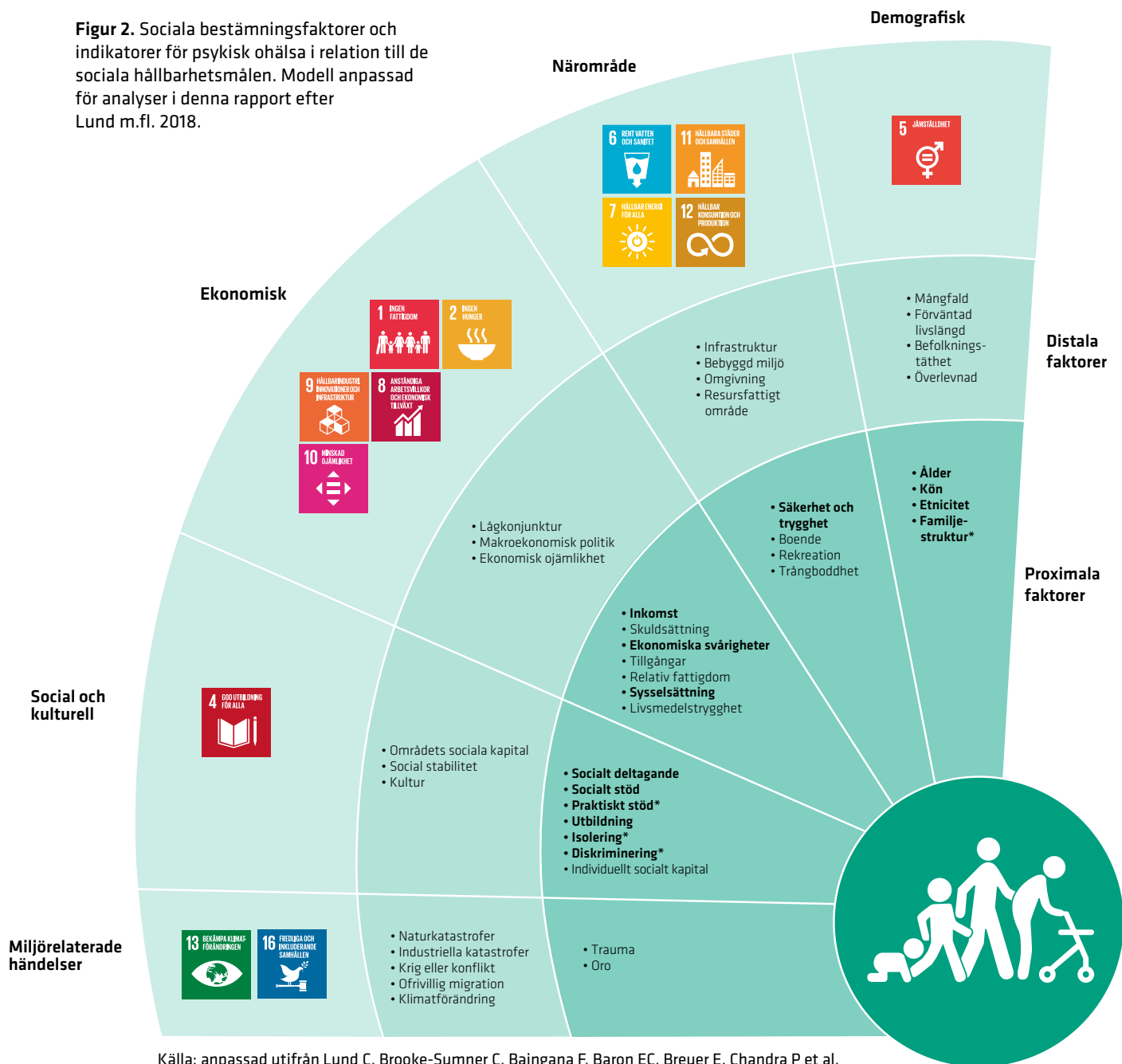
jämlig hälsa, SOU 2016:55). De olika resurserna är sammankopplade, förstärker varandra och samspelar över hela livet. Hälsa är därmed både en förutsättning för och ett resultat av andra viktiga resurser (utbildning, arbete, försörjning etc.). Med mer jämlika livsvillkor och möjligheter (resurser) blir också hälsan mer jämlik. Skillnader i resurser leder till skillnader i risk för ohälsa, skillnader i mottaglighet eller motståndskraft och skillnader i sociala och ekonomiska konsekvenser av ohälsa mellan olika sociala grupper.

I denna rapport studerar Folkhälsomyndigheten dessa resurser utifrån hälsans sociala bestämningsfaktorer. WHO beskriver de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa som de förhållanden i vilka vi föds, lever och växer, arbetar och åldras. När vi talar om sociala bestämningsfaktorer för psykisk hälsa menar vi här de sociala och ekonomiska förhållanden som påverkar förekomsten och svårighetsgra-

den av psykisk ohälsa. Dit räknas t.ex. ogynnsamma sociala och ekonomiska förhållanden såsom fattigdom, social isolering och våld. Vissa befolkningsgrupper är både mer utsatta för dessa ogynnsamma förhållanden och mer sårbara, vilket medför en högre risk för psykisk ohälsa (WHO).

Ogynnsamma förhållanden kan finnas inom olika dimensioner: demografi, ekonomi, närområde, miljö och en social och kulturell domän (se figur 2). Figur 2 nedan visar hur de olika dimensionerna hänger samman med målen för hållbar utveckling (Social Development Goals, SDG) i Agenda 2030 och de relaterade strukturella förhållanden (s.k. distala faktorer) och individuella förhållanden (s.k. proximala faktorer) som har betydelse för psykisk hälsa. Fetstilta faktorer i den innersta cirkeln studeras i kunskapssammanställningen, och de markerade med stjärna är vårt tillägg till den ursprungliga modellen av Lund m.fl (2018).

**Figur 2.** Sociala bestämningsfaktorer och indikatorer för psykisk ohälsa i relation till de sociala hållbarhetsmålen. Modell anpassad för analyser i denna rapport efter Lund m.fl. 2018.



Källa: anpassad utifrån Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. The Lancet Psychiatry. 2018 Apr;5(4):357-369.

I denna rapport sammanfattas resultaten från olika analyser som syftat till att undersöka

- om det finns skillnader i psykisk hälsa utifrån socioekonomiska och diskriminerande grunder samt kombinationer av dessa
- vilka bestämningsfaktorer som verkar bidra till de identifierade ojämlikheterna.

Analyserna omfattar olika åldersgrupper – barn och unga, vuxna och äldre – och olika hälsoresultat såsom positiv psykisk hälsa, psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid.

# Resultat

Här beskrivs fynden uppdelat på olika avsnitt. De första avsnitten belyser könsskillnader och socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa, samt psykisk hälsa genom livet. Därefter tas andra diskrimineringsgrunder såsom födelse-land, eventuell funktionsnedsättning och sexuell läggning upp. Avsnittet om inkomstrelaterad ojämlikhet i hälsa följs av hälsa och livsvillkor bland de med psykiska besvär. Slutligen tar vi upp hur kombinerade sociala positioner kan belysa utsatthet och vilka bestämningsfaktorer för ojämlikheter i psykisk hälsa som vi funnit vara mest betydelsefulla.

## Könsskillnader i psykisk hälsa

Könsskillnader i psykisk ohälsa finns i alla åldersgrupper som analyserats. Resultaten för barn pekar åt olika håll beroende på ålders-

grupp, men vi ser en generellt högre förekomst av psykisk ohälsa bland vuxna kvinnor.

## Barn och unga

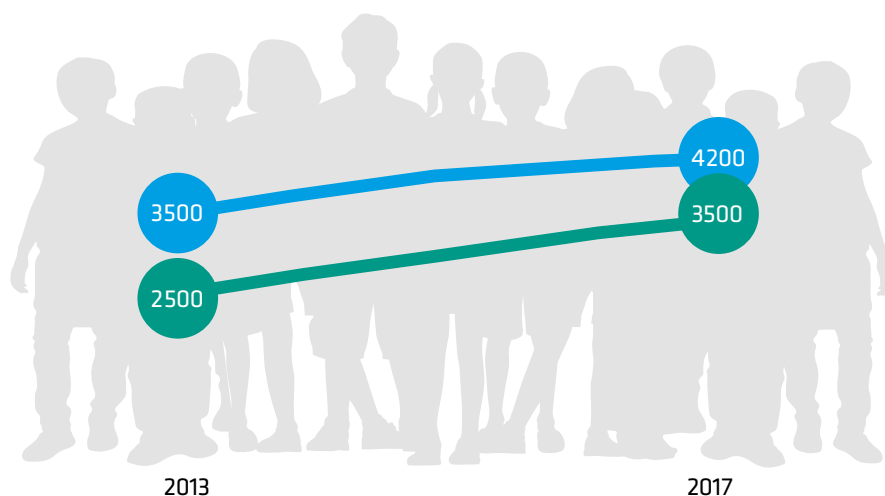
För barn skiljer sig förekomsten av psykisk ohälsa mellan flickor och pojkar. En litteraturoversikt av internationell forskning visar att i yngre åldrar (0–12 år) har pojkar både fler och andra former av psykisk ohälsa än flickor. De uppvisar exempelvis mer neuropsykiatriska problem och externaliserande, det vill säga utåt-tagerande, problem än flickor. Flickor däremot har högre förekomst av ätstörningar och internaliserande, alltså inåtagerande, problem såsom psykosomatiska besvär, nedstämdhet och ångest. Analyser av svenska patientdata visar att pojkar i åldern 7–17 år oftare har psykiatriska diagnoser i specialiserad öppenvård än flickor (figur 3), men i åldern 18–24 år är förhållandet det motsatta.

**Figur 3.** Antal flickor och pojkar 7–17 år som har fått en psykiatrisk diagnos (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppenvård eller slutenvård 2013–2017. Antal per 100 000 invånare.

## Antal 7–17-åringar som har fått en psykiatrisk diagnos

Antal per 100 000

— Pojkar — Flickor



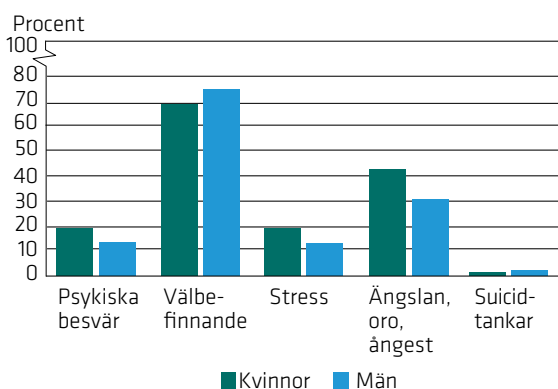
Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Pojkarna behandlas alltså oftare inom psykiatri, men flickor rapporterar oftare psykiska besvär. Resultat från enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor bland 11-, 13- och 15-åringar visar att flickor oftare rapporterar att de har hälsoproblem både fysiska och psykiska, och sämre allmänt välbefinnande, jämfört med pojkar. Dessa skillnader mellan könen ser vi också i åldersgruppen 16–24 år utifrån resultat från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” 2016.

### Yrkesverksamma åldrar och äldre

I yrkesverksamma åldrar (25–64) och bland äldre (65–79 år och 80+ år) är förekomsten av psykisk ohälsa högre bland kvinnor än män. Det gäller både självrapporterade psykiska besvär (figur 4) och psykiatriska diagnoser inom öppen- och slutenvården.

**Figur 4.** Förekomst (%) av självrapporterad psykisk hälsa och ohälsa i Sverige, 25–64 år, uppdelat på kön, 2016.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”.

## Socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa

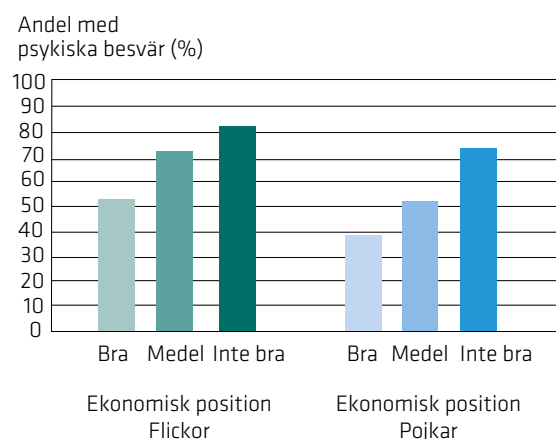
Det finns socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa i alla åldersgrupper: de med högre socioekonomisk position har genomgående bättre psykisk hälsa, oavsett om vi använder inkomst eller utbildning som mått på socioekonomisk status.



### Barn och unga

Kunskapssammanställningen visar att både positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa är ojämnt fördelad redan i tidig ålder beroende på familjens socioekonomiska status. Resultat från enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor visar att det finns en social gradient i hälsans fördelning utifrån hur bra man upplever sin ekonomiska situation jämfört med andras. Detta gäller både pojkar och flickor. Barn som uppger att de inte har det bra ställt ekonomiskt rapporterar oftare psykiska och psykosomatiska besvär än andra grupper av barn och unga (figur 5).

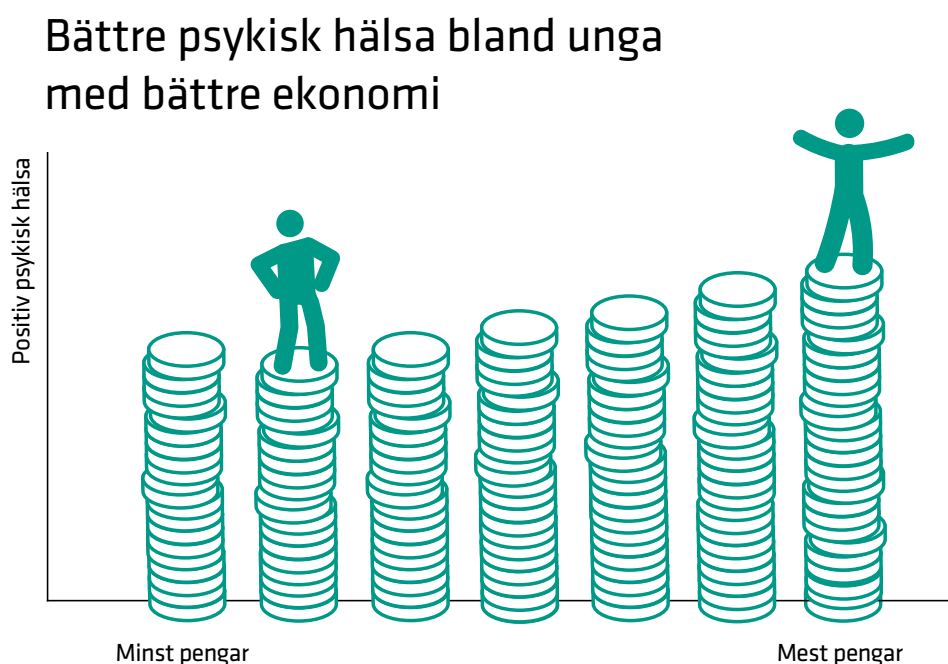
**Figur 5.** Fördelning (%) av psykiska besvär för 11-, 13- och 15-åringar enligt kön och ekonomisk position, 2013–2014 och 2017–2018.



Källa: Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsovanor (HBSC).

Skolungdomar som lever i familjer med bättre ekonomisk situation, och därmed högre socioekonomisk status, har generellt också en bättre självskattad psykisk hälsa, mätt som positiv

**Figur 6.** Fördelning av psykisk hälsa (MHC-SF) utifrån socioekonomisk status (SES). Ett högre värde indikerar bättre psykisk hälsa än ett lägre värde, 7 grupper.



Källa: Liv & hälsa ung, Västmanland, 2014 och 2017.

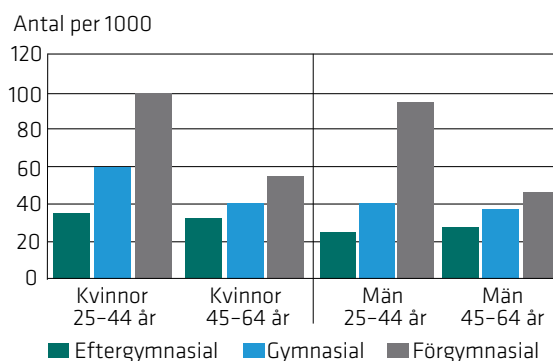
psykisk hälsa, jämfört med ungdomar i familjer med sämre ekonomisk situation (figur 6). Även andra faktorer utöver ekonomi, exempelvis föräldrarnas födelseland och utbildningsnivå och familjetyp, har betydelse för skillnader i barns och ungas psykiska hälsa. Detta visar en litteraturöversikt om barn i åldern 0–12 år och en studie av psykisk hälsa bland förskolebarn i åldern 3–5 år.

### Yrkesverksamma åldrar och äldre

Socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa visar sig i form av en social gradient i psykiatriska diagnoser från öppen- och slutenvården (patientdata, 2014), på så sätt att de med eftergymnasial utbildning har lägst förekomst av psykiatriska diagnoser, och de med bara förgymnasial utbildning har högst (figur 7). Patientdata visar också att skillnaderna utifrån utbildningsnivå är större när det gäller mer

allvarliga diagnoser såsom psykos. För äldre personer (kvinnor 65+ och män 80+) syns en omvänd gradient i öppen- och slutenvården, med en större andel diagnoser bland de med eftergymnasial utbildning jämfört med de som bara har förgymnasial utbildning.

**Figur 7.** Förekomst av någon psykisk sjukdom (enligt ICD-10), kvinnor och män 25–44 år och 45–64 år utifrån utbildningsnivå, 2014.



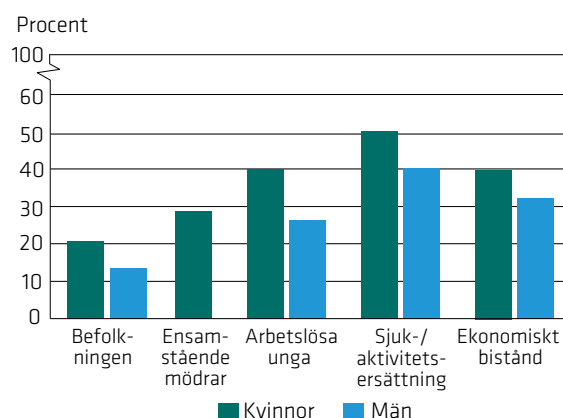
Källa: Socialstyrelsens patientregister och STATIV.

För självrapporterade psykiska besvär ser vi ingen utbildningsrelaterad gradient, det vill säga ett stegvist samband mellan utbildningsnivå och förekomst av psykiska besvär, för vare sig kvinnor eller män 25–64 eller 65–84 år. Bland de med kortast utbildning är det dock generellt fler som har psykiska besvär.

Storleken på de socioekonomiska skillnaderna i psykisk hälsa beror på vilket mått som används för att mäta socioekonomisk position. Måttet inkomst ger störst ojämlikhet. Inkomstrelaterade ojämlikheter visar sig för självrapporterade psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid, utifrån analyser av Hälsa på lika villkor (HLV), Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) och Swedish Interdisciplinary Panel (SIP).

Det finns också grupper som är särskilt utsatta. I det här sammanhanget kan utsatthet handla om sociala grupper med högre förekomst av psykisk ohälsa eller mindre tillgång till samhällets vård- och stödutbud – ofta båda. Bland de socioekonomiskt utsatta grupperna finns mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna och ensamstående föräldrar, och de har också högre förekomst av psykiska besvär än befolkningen i stort, enligt analyser av HLV-data från 2013–2015 (figur 8).

**Figur 8.** Psykiska besvär (GHQ12), (%) i befolkningen, bland ensamstående mödrar, arbetslösa unga 18–24 år, personer med sjuk-/aktivitetsersättning och personer med ekonomiskt bistånd, kvinnor och män 18–64 år, 2013–2015.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor".



Analysen av data från ULF belyser föräldrars hälsa fördelat på familjetyper utifrån partnerstatus och hur barnen bor efter att föräldrarna separerat; växelvis eller heltid hos ena föräldern.

Resultaten visar att mammor i kärnfamiljer rapporterar en lägre förekomst av ångslan, oro och ångest än mammor i de övriga familjetyperna. Bland pappor är skillnaderna utifrån familjetyp mindre än bland mammor, men ensamstående pappor med växelvis boende barn har högre förekomst av besvär av ångslan, oro och ångest än män i andra familjetyper.

## Psykisk hälsa genom hela livet

Barndomen påverkar också den psykiska ohälsan som vuxen, och utsatthet i barndomen ökar risken för psykiatrisk vård i vuxen ålder, enligt en analys av svenska registerdata. Utsatthet kan här vara ekonomisk utsatthet, psykisk sjukdom hos föräldrar och suicid hos föräldrar samt erfarenhet av att flytta ofta. Resultaten visar också att ju fler indikatorer på utsatthet som en person har, desto större är risken för psykisk sjukdom. Risken för att senare få psykiatrisk vård ökar också bland dem med låg socioekonomisk status, både under uppväxten och som vuxen, oavsett annan utsatthet.

Äldre personer som rapporterat att de haft depressiva symtom tidigare i livet är också en grupp med förhöjd risk för depressiva symtom. Det visar analyser av Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD)-data från 2014, åldersgruppen 75 år och äldre.

## Skillnader utifrån diskrimineringsgrunder och psykisk hälsa

Den psykiska hälsan är också ojämnt fördelad utifrån andra diskrimineringsgrunder än kön:

födelseland, eventuell funktionsnedsättning och sexuell orientering.

Resultaten från en litteraturöversikt tyder på att barn med utländsk bakgrund har sämre psykisk hälsa än inrikes födda barn (för 0–12 år). Detta bekräftas av analyser på svenska data på små barns psykiska hälsa (3–5 år). Men Folkhälsomyndigheten ser inga skillnader i vare sig psykiska besvär eller positiv psykisk hälsa bland skolungdomar som är födda i Sverige respektive födda utomlands. Det visar analyserna på Skolbarns hälsovanor (11-, 13- och 15-åringar) och "Liv & hälsa ung" Västmanland (årskurs 9 och gymnasiet år 2). Inte heller analyser på patientdata visar några skillnader utifrån födelseland.

Vuxna och äldre som är födda utomlands har dock generellt sämre hälsa än personer som är födda i Sverige när



det gäller i stort sett alla undersökta självrapporterade mått (figur 9). Skillnader i andelar bland utlandsfödda med psykiatriska diagnoser (i öppen- och slutenvård 2014) jämfört

med personer födda i Sverige skiftar beroende på diagnosgrupp och åldersgrupp.

Vi ser även skillnader i positiv psykisk hälsa utifrån funktionsnedsättning. Ungdomar med en funktionsnedsättning såsom dyslexi, rörelsehinder, synnedsättning eller hörselnedsättning har sämre psykisk hälsa än andra ungdomar. Detta visar analyser av data från enkäten "Liv & hälsa ung" Västmanland (årskurs 9 och gymnasiet år 2). För dessa ungdomar försämrades även den psykiska hälsan mätt som positiv psykisk hälsa mer mellan 2014 och 2017 än för ungdomar utan funktionsnedsättning, så ojämlikheten har alltså ökat. Analyser av HLV-data för åldrarna 25–64 år visar också att andelen med funktionsnedsättning är högre bland dem som är sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos, jämfört med befolkningen i stort. Analyserna av SWEOLD-data visar att detta även gäller personer 75 år och äldre med en funktionsnedsättning som innebär att de behöver hjälp med sina hushållssysslor; förekomsten av depressiva symtom och ångest är högre bland dessa personer än bland de utan funktionsnedsättning.

Bland icke-heterosexuella är den självrapporterade psykiska hälsan sämre än bland

**Figur 9.** Förekomst (%) av självrapporterad psykisk hälsa och ohälsa i Sverige, 25–64 år, enligt kön, och födelseland, ålderstandardiserade siffror, 2016.

| Hälsomått            | Kvinnor     |           | Män         |           |
|----------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|
|                      | Födelseland |           | Födelseland |           |
|                      | Sverige     | Utomlands | Sverige     | Utomlands |
| Pyskiska besvär      | 18          | <b>26</b> | 12          | <b>18</b> |
| Välbefinnande        | 71          | <b>61</b> | 77          | <b>67</b> |
| Stress               | 18          | 23        | 12          | 16        |
| Ängslan, oro, ångest | 41          | <b>48</b> | 30          | 34        |
| Suicidtankar         | 2           | 4         | 2           | 2         |

Fetstil anger att värdet är signifikant skilt från jämförelsegruppen här: födelseland Sverige jmf utomlands

Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor".

heterosexuella, och det gäller både unga och personer i yrkesverksamma åldrar. Exempelvis visar analyser från "Liv & hälsa ung" Västmanland lägre nivåer av positiv psykisk hälsa bland icke-heterosexuella ungdomar jämfört med heterosexuella ungdomar.

Förekomsten av psykiska besvär är också större bland homo- och bisexuella personer: 34 procent jämfört med 24 procent bland heterosexuella, enligt analyser av HLV-data.

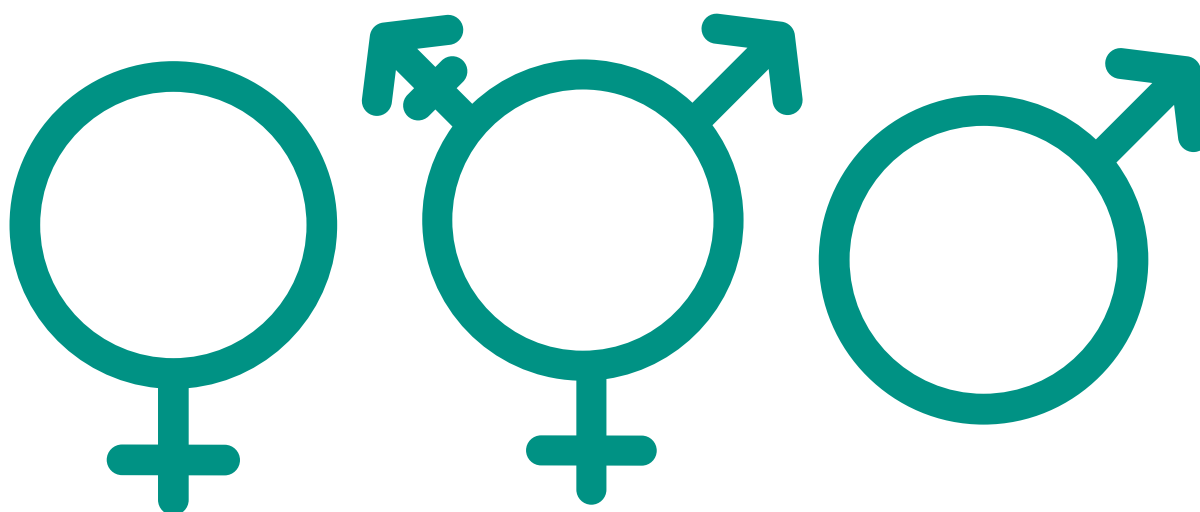
## Inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk hälsa

Det finns även skillnader i psykisk ohälsa utifrån inkomst. Det visar analyser som undersökt skillnader i psykisk ohälsa utifrån inkomst med olika utfall: nedsatt psykiskt välbefinnande, ängslan oro ångest, psykiatriska diagnoser och suicid. Mellan 1994 och 2011 ökade dessutom den inkomstrelaterade ojämlikheten för både psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid, enligt analyser av data från ULF och SIP. Den psykiska ohälsan ökade bland de med lägst inkomst, samtidigt som den minskade bland de med högst inkomst. År 2011 stod den femtedel av befolkningen som har lägst inkomst för mer

än 30 procent av alla fall av självrapporterad ängslan, oro eller ångest och suicid och hälften av alla psykiatriska diagnoser. Alla de studerade indikatorerna för psykisk ohälsa blev under perioden mer förekommande bland kvinnor och dem som inte deltar på arbetsmarknaden, jämfört med andra grupper. Psykiatriska diagnoser blev också mer koncentrerade till dem med lägst utbildning. Detta beror dels på det finns en mindre grupp lägst utbildade kvar som är särskilt drabbade av psykisk ohälsa och dels att ohälsan verkar ha ökat hos de med lägst inkomst och minskat bland de med högst inkomst.

## Hälsa och livsvillkor bland personer med psykisk ohälsa

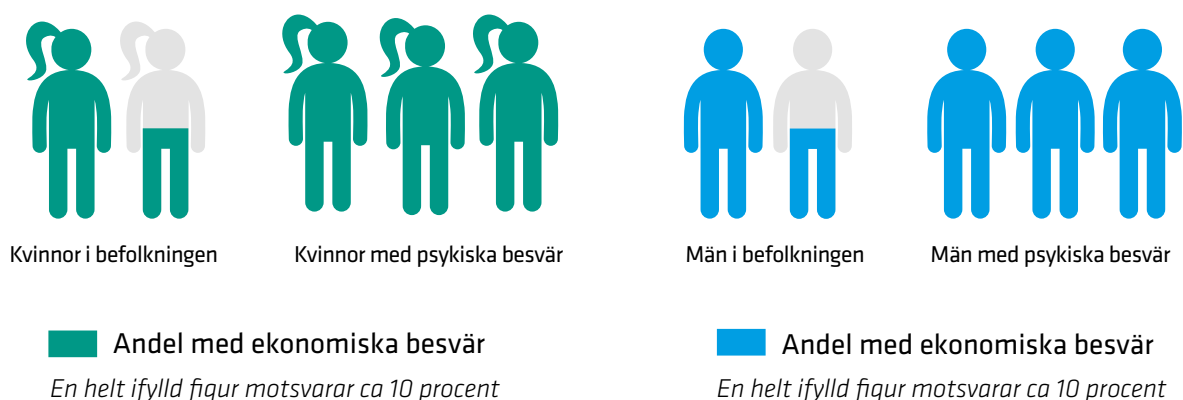
Våra analyser av data från HLV (2016) visar att unga, vuxna och äldre som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande oftare har mindre gynnsamma sociala och ekonomiska förhållanden; de rapporterar oftare att de har ekonomiska problem och saknar emotionellt och praktiskt stöd (figur 11 och 12). De rapporterar dessutom oftare ohälsosamma levnadsvanor och somatiska hälsoproblem.





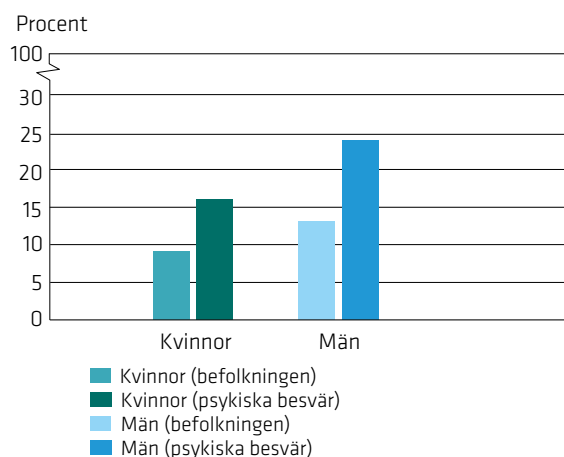
**Figur 11.** Ekonomiska besvär i befolkningen jämfört med de med nedsatt psykiskt välbefinnande, kvinnor och män 25–64 år 2016.

## Ekonomiska besvär mer än dubbelt så vanligt bland dem med psykiska besvär



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor".

**Figur 12.** Emotionellt stöd i befolkningen jämfört med de med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5), kvinnor och män 25–64 år 2016.

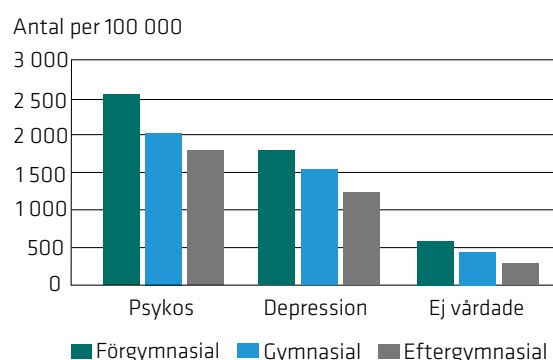


Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor".

En litteraturoversikt visar att depression får olika konsekvenser för kvinnors respektive mäns sociala och ekonomiska levnadsvillkor och för dödligheten i de båda könen. Det finns också analyser av bland annat patienter i Region Skåne som visar att de med psykisk ohälsa har sämre arbetsmarknadsutfall efter tre år; psy-

kiatriska diagnoser, däribland depression och ångesttillstånd, har samband med minskad anställningsgrad och arbetsinkomst, och en ökad risk för att få sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension). Styrkan på de negativa sambanden varierar mellan olika befolkningsgrupper baserade på kön, ålder, utbildning och födelseland.

**Figur 13.** Antal dödsfall per 100 000 invånare bland män i olika utbildningsgrupper som slutenvårdats för psykos (F20-F29) eller depressioner (F30-F39), jämfört med den del av befolkningen som inte fått psykiatrisk slutenvård (F00-F99). Åldersstandardiserade dödstal.



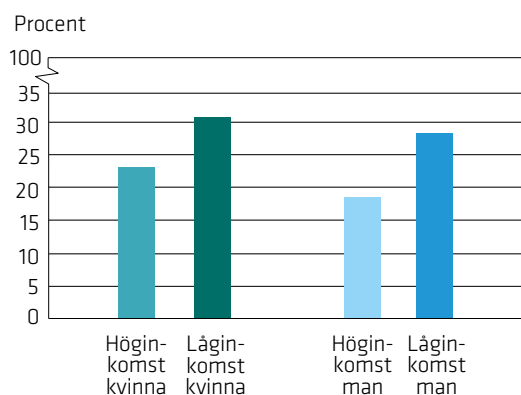
Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister och SCB.

Dödligheten är högre i grupper som vårdats i psykiatrisk slutenvård. Analyser av registerdata visar att personer som slutenvårdats inom psykiatrin dör tidigare än andra och att det finns socioekonomiska skillnader i denna dödlighet. Dödligheten är dessutom högre bland dem med psykosdiagnoser än depressionsdiagnoser, även om man utesluter suicid. I varje diagnosgrupp finns också en tydlig gradient mellan olika utbildningsgrupper, för både män och kvinnor.

## Kombinerade sociala positioner belyser utsatthet

Att analysera grupper utifrån mer än en social position (exempelvis kön eller inkomst) är viktigt för att förstå samspelet mellan olika positioner. Det ger en mer realistisk bild eftersom människors faktiska sociala position präglas av en kombination av positioner. Vi har därför undersökt hur psykiska besvär är fördelade mellan kombinerade sociala positioner, för att identifiera det vi kallar komplexa ojämlikheter, med hjälp av data från Hälsa på lika villkor. Analyserna visar att hög inkomst kan kompensera för en annan mer ogynnsam social position. Exempelvis har kvinnor med hög inkomst lägre förekomst av psykiska besvär än män med låg inkomst (figur 14).

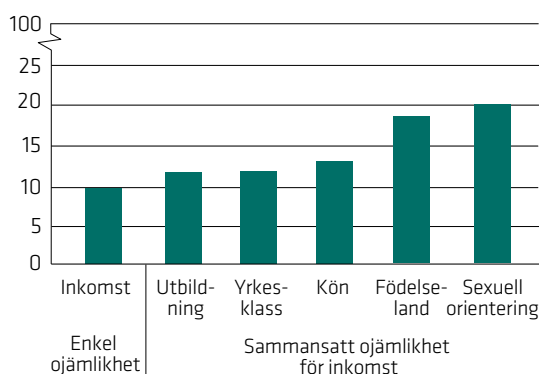
**Figur 14.** Andel (%) med psykiska besvär (GHQ12) bland kvinnor respektive män i hög- och låg inkomstgrupper



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor".

Beskrivningar av ojämlikhet som baseras på en enda social position kan underskatta ojämlikheten som framkommer utifrån i parvisa, eller kombinerade, sociala positioner. Den högsta sammansatta ojämlikheten, eller komplexa ojämlikheten, gäller sexuell orientering i kombination med inkomst (se figur 15). Skillnaden i andel med nedsatt psykiskt välbefinnande är 20 procentenheter mellan icke-heterosexuella med låg inkomst och heterosexuella med hög inkomst.

**Figur 15.** Enkel och sammansatt komplex ojämlikhet i psykiska besvär (GHQ-12) för inkomst. Skillnad i andel procentenheter med psykiska besvär.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor".

## Faktorer bakom ojämlikhet i psykisk hälsa

Vi har även undersökt på vilket sätt en ojämn fördelning av sysselsättning, ekonomiska besvär och psykosociala faktorer såsom otrygghet, brist på socialt stöd och kränkningar bidrar till komplexa ojämlikheter i psykiska besvär. Skillnader i psykiska besvär utifrån kön och inkomst i kombination med utbildning, yrke, födelseland och sexuell orientering beräknades. Därefter analyserades vilka materiella och sociala faktorer som hade betydelse för dessa skillnader. Resultaten baseras på data från Hälsa på lika villkor, och visar att faktorer såsom arbetsmarknadssituation och ekonomiska besvär har stor betydelse för alla skillnader som analyseras.



rades. Med det menas att en ojämn fördelning av dessa faktorer förklarar en stor del av skillnaden i förekomsten av psykiska besvär när ytterlighetsgrupper som exempelvis kvinnor med låg inkomst och män med hög inkomst jämförs. De psykosociala faktorerna verkar däremot ha stor betydelse för kombinationer av komplex ojämlikhet som inkluderar någon diskrimineringsgrund. För både kvinnor och personer med låg inkomst

innebär det en särskild utsatthet att dessutom vara född utomlands eller vara icke-heterosexuell. Utrikes födda eller icke-heterosexuella personer som har låg inkomst eller är kvinnor känner sig mer otrygga, har mindre socialt stöd och rapporterar mer kränkningar. Samtidigt har de en ofördelaktig situation på arbetsmarknaden och ansträngd ekonomi.

Även andra psykosociala faktorer är värda att utforska mer för att undersöka om de även har betydelse för ojämlikhet i psykisk hälsa. Analyser av äldres hälsa från SWEOLD, för personer 75 år och äldre, visar exempelvis att isolering har stor inverkan på den psykiska hälsan. Sannolikheten för att få depressiva symtom och ångest är högre ju mer socialt isolerad en person är. Analyserna visade också att närområdet har betydelse för äldre personers psykiska hälsa, på så sätt att psykisk ohälsa är vanligare bland personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden än bland dem som bor i socioekonomiskt privilegierade områden.

## Betydelsen av strukturella faktorer för ojämlikhet i psykisk hälsa

En litteraturöversikt baserad på internationell forskningslitteratur genomfördes för att analysera sambandet mellan strukturella faktorer såsom arbetsmarknad, socialförsäkringssystem och familjepolitik och ojämlikheter i psykisk ohälsa. Resultaten tyder på att en mer omfattande familje- och arbetsmarknadspolitik, av typen som traditionellt gäller i de nordiska länderna, kan minska ojämlikheter i psykisk ohälsa mellan kvinnor och män och minska utsattheten för vissa grupper såsom ensamstående mödrar i jämförelse med mödrar i parrelationer. Åtstramningspaket såsom sparprogram och nedskärningar i välfärden verkar försämra den psykiska hälsan i befolkningen och öka ojämlikheten i psykisk hälsa.



# Ordlista

## Diskrimineringsgrunder

Diskriminering enligt diskrimineringslagen är att någon missgynnas eller kränks och att missgynnandet eller kränkningen har samband med någon av diskrimineringsgrunderna. De sju grunder som omfattas av diskrimineringslagen är kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. I den här rapporten ingår diskrimineringsgrunderna kön, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning och sexuell läggning.

## Ojämlighet i hälsa

Kommissionen för jämlik hälsa definierar ojämlikhet i hälsa som ”systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper” (Kommissionen för jämlik hälsa 2017:47, s33). Dessa skillnader tar sig uttryck som en gradient i hälsa och som hälsoproblem i vissa grupper som är särskilt utsatta.

Ojämlighet i hälsa uppstår till följd av att sociala grupper har olika tillgång till resurser med betydelse för hälsan. Dessa resurser beskrivs som sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter, sett till hela livet (Kommissionen för jämlik hälsa 2016:55). Detta blir tydligt i fördelningen av både livsvillkor och levnadsvanor, och sambandet tenderar att gå i båda riktningarna: Hälsa är en förutsättning för att utbilda sig och arbeta, samtidigt som hälsan påverkas av våra livsvillkor och levnadsvanor. Skillnader i resurser leder till skillnader i risker, skillnader i sårbarhet och skillnader i sociala och ekonomiska konsekvenser av ohälsa mellan olika sociala grupper.

## Enkel ojämlikhet

Enkel ojämlikhet i hälsa avser ojämlikhet i hälsa som endast gäller en indelningsgrund, exempelvis hälsoskillnaden mellan hög- och låginkomsttagare.

## Komplex ojämlikhet

Komplex ojämlikhet i hälsa avser ojämlikhet i hälsa utifrån kombinationen av två eller fler indelningsgrunder, exempelvis hälsoskillnaden mellan kvinnor med låg inkomst och män med hög inkomst. Komplex ojämlikhet kan också kallas intersektionell ojämlikhet. Sammansatt ojämlikhet är skillnaden mellan ytterlighetsgrupperna som jämförs i denna rapport.

## Social gradient

De sociala skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper i samhället (mätt i tillgångar, makt eller prestige) kan beskrivas med den sociala gradienten i hälsa. Den innebär att hälsan blir sämre för varje steg nedåt i den sociala hierarkin, vare sig det handlar om inkomst, yrke eller nivå på utbildning. Det handlar således inte om två motpoler där ena gruppen har god och den andra har dålig hälsa, utan snarare om en gradvis skillnad.

## Sexuell läggning

Sexuell läggning handlar om vem en person blir attraherad av eller kär i. Diskrimineringslagen definierar sexuell läggning som homosexuell, heterosexuell eller bisexuell läggning. Begreppet används i den här rapporten synonymt med sexuell orientering, eftersom olika forskare använt olika begrepp.

## Social position

Social position indikerar en persons placering i den sociala strukturen. Det indikeras ofta genom utbildning, inkomst eller yrke. Kön och födelseland kan också beskriva sociala positioner.

## Psykisk hälsa

I den här rapporten använder vi psykisk hälsa som ett övergripande begrepp och skiljer på positiv (god) psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Världshälsoorganisationen (WHO) definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hon eller han lever i. Psykisk hälsa är inte detsamma som frånvaro av psykisk ohälsa. Det inbegriper både individens upplevelse och relationen mellan individen och det sociala sammanhang som hon eller han lever i. Ibland används begreppet positiv psykisk hälsa för att betona att det är hälsan och inte ohälsan som avses.

## Positiv psykisk hälsa

Positiv eller god psykisk hälsa betonar hälsa, inte som frånvaro av sjukdom utan som något i sig självt. Positiv psykisk hälsa innefattar både välbefinnande och funktion.

## Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa används ofta, och även i den här rapporten, som en övergripande term som täcker både självrapporterade psykiska besvär och diagnostiserade psykiatriska tillstånd.

## Psykiska besvär

Psykiska besvär beskriver olika tillstånd då människor upplever tecken på psykisk obalans eller symtom såsom oro, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan påverka funktionsförmågan i olika grad, beroende på typ och omfattning. Psykiska besvär handlar på så vis om tillstånd som inte är så omfattande eller allvarliga att man söker hjälp eller att en diagnos kan ställas. De är oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation. Här används begreppet främst för självrapporterade psykiska besvär.

## Psykiatriska tillstånd

Psykiatriska tillstånd beskriver tillstånd där flera symtom uppfyller kriterierna för en diagnos. Psykisk sjukdom avgränsas i dag utifrån diagnostiska kriterier i internationella system. Två etablerade diagnossystem är WHO:s International Classification of Diseases (ICD) och den amerikanska psykiatriska yrkesföreningens Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). I Sverige ställs vanligen diagnos med hjälp av DSM. Dessa diagnoser översätts sedan till diagnoskoder, enligt ICD. I denna rapport har vi använt diagnoskoder från ICD-10.





Denna titel kan beställas från: Folkhälsomyndighetens publikationsservice,  
e-post: publikationsservice@folkhalso myndigheten.se.  
Den kan även laddas ner från: [www.folkhalso myndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalso myndigheten.se/publicerat-material/).

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2018.

Artikelnummer: 18112

Grafisk produktion: ETC kommunikation.

Kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället är begränsad. Därför har vi sammanställt kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa. Ojämlikheter undersöktes utifrån bland annat kön, socioekonomisk position, funktionsnedsättning, sexuell läggning och födelseland. Kunskapssammanställningen belyser genom aktuell forskning och analyser av svenska data skillnader i psykisk hälsa. Kunskapssammanställningen innehåller också resultat om hur olika slags bestämningsfaktorer för psykisk hälsa påverkar ojämlikhet i psykisk hälsa.

Detta är en kortversion av Folkhälsomyndighetens kunskapssammanställning om ojämlikheter i psykisk hälsa. Här sammanfattar vi resultaten från de litteraturoversikter och dataanalyser som syftat till att beskriva hur den psykiska hälsan är fördelad och ger möjliga förklaringar till ojämlikheterna.

Rapporten vänder sig bland annat till dem som arbetar med folkhälsa, socialt utsatta grupper eller samhällsplanering och som är intresserade av att få en sammanfattad bild av hur den psykiska hälsan är fördelad i Sverige och vilka underliggande processer som möjligtvis förklarar den ojämna fördelningen.

*Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot.*

*Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.*



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna Östersund Box 505, 831 26 Östersund.  
[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)