

Långsiktiga konsekvenser av att få depression eller ångestsyndrom som ung

Barn och unga vuxna som insjuknar i depression eller ångestsyndrom riskerar framtida svag etablering på arbetsmarknaden och inkomster huvudsakligen från sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning och ekonomiskt bistånd. De har också större risk för att begå suicid eller att avlida av andra orsaker. Det visar Socialstyrelsens studie av personer som i ung ålder diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom. Resultaten aktualiserar inte bara behovet av förebyggande insatser utan även att efterföljande vård och stöd av dem som blir långvarigt sjuka är adekvat och präglas av långsiktighet.

Bakgrund

Socialstyrelsen kan konstatera att inrapporteringen av depressioner och ångestsyndrom till myndighetens patientregister har ökat för barn och unga vuxna¹. Parallellt med ökningen av diagnoser ökar även andelen barn och unga vuxna som hämtar ut antidepressiva läkemedel på recept enligt läkemedelsregistret. Andelen barn och unga vuxna som har diagnoserna eller uttag av antidepressiva läkemedel har närmare tredubblats sedan 2006, där den kraftigaste ökningen har skett bland barn och i synnerhet bland flickor.

Det är inte klarlagt vad som ligger bakom att allt fler barn och unga vuxna diagnostiseras med depression och ångestsyndrom men ökningen omfattar en bred grupp av unga². Det kan vara en kombination av faktorer bakom en ökad diagnostik. Det kan röra sig om mörkertal eller en ökad benägenhet att söka vård där vården också kan ha blivit mer tillgänglig. Samtidigt kan det vara samhällsliga förändringar inom gemensamma miljöer för unga som gett upphov till ökad stress och påfrestning med sämre psykiskt mående som följd. Förändringarna kan till

¹ Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018. Socialstyrelsen, 2020.

² Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet – Delrapport 2011. Kapitlet Epidemiologiska underlag för uppföljning av psykiatriområdet. Socialstyrelsen, 2011.

exempel ha skett inom skola eller arbetsmarknad³. Oavsett orsaker till ökningen visar de uppföljningar som Socialstyrelsen har gjort att många har långvariga vårdkontakter efter det att diagnos har ställts⁴.

Mot bakgrund av den breda ökningen av sjukdomsfall ser Socialstyrelsen det som angeläget att närmare beakta vilka konkreta konsekvenser ett tidigt insjuknande i depression eller ångestsyndrom kan få. Ett tidigt insjuknande, där sjukdomsförloppet blir utdraget, väcker farhågor om vad utfallet kan bli när det gäller exempelvis framtida hälsa, förvärvsarbete och försörjning. En ökad kunskap om konsekvenserna kan visa på vilka insatser och vilket stöd som kan behövas för dem som insjuknar.

Hur studien genomfördes

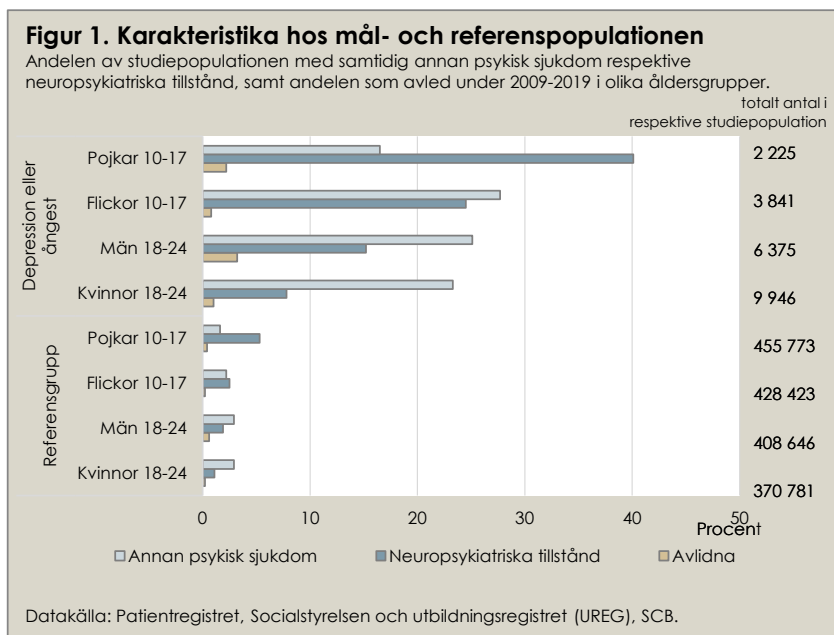
För att närmare undersöka långsiktiga konsekvenser av att tidigt diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom har Socialstyrelsen genomfört en uppföljning av barn 10–17 år och unga vuxna 18–24 år som nydiagnostiserades med tillstånden år 2008. Eftersom myndigheten i dag inte får diagnoser inrapporterade från primärvårdsnivå har även unga som har sitt första uttag av ett antidepressivt läkemedel 2008 inkluderats i studien. Läkemedlen är vanliga vid behandlingen av både depressioner och ångestsyndrom där särskilt unga vuxna handläggs på primärvårdsnivå för tillstånden snarare än inom den specialiserade vården (vilket fortfarande är det vanliga för barn)⁵.

Socialstyrelsens definition av nydiagnostiserad med depression eller ångestsyndrom, eller första uttag av ett antidepressivt läkemedel, inkluderar i denna studie barn och unga vuxna som saknade registrerade diagnoser eller läkemedelsuttag under 2006 och 2007 i myndighetens register. Referensgrupp i studien bestod av barn och unga vuxna som inte nydiagnostiserades eller hade ett första läkemedelsuttag 2008 (och också saknade diagnos och läkemedelsuttag 2006 och 2007). Uppföljningen skedde därefter 2009–2019. Figur 1 beskriver mål- och referenspopulationen närmare med avseende på antal, andel med samsjuklighet och andel avlidna under uppföljningstiden.

³ Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga? Utvecklingen under perioden 1985-2014. Folkhälsomyndigheten, 2018.

⁴ Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Nationella riktlinjer – Utvärdering. Huvudrapport med förbättringsområden. Socialstyrelsen, 2019

⁵ Uppgifter om läkemedelsuttag har således använts i studien både som en fingervisning om ställd diagnos och för att definiera de sjukdomsfall som inte handläggs på specialiserad nivå. Se Aspekter av antidepressiv läkemedelsbehandling av barn och unga vuxna. Socialstyrelsen, 2021



För att studera konsekvenserna av att insjukna i depression eller ångestsyndrom har Socialstyrelsen använt sig av olika utfallsmått under uppföljningsperioden 2009–2019. Myndigheten har i denna studie använt sig av a) suicidförsök och suicid⁶, b) dödlighet förutom suicid, c) svag etablering på arbetsmarknaden⁷, d) inkomster från sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd, och e) förgymnasial utbildning som högsta avslutad utbildningsnivå.

I tabellerna nedan redovisas resultaten som antal och andelen inom respektive grupp som har utfallet efter uppföljningsperioden. Andelen visar dock inte uppenbart hur starkt ett samband är mellan att insjukna och utfallet, eftersom måttet bland annat inte tar hänsyn till den höga samsjukligheten bland de som diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom enligt Figur 1. Sannolikheten för något av utfallen har därför beräknats med en så kallad relativ risk som är ett statistiskt mått på styrkan i ett samband, det vill säga i den här studien mellan att insjukna och ett framtida utfall enligt ovan⁸. Risken för utfallet jämförs med referensgruppens risk som alltid sätts till 1. Den relativa risken kan anta värden över 1 (ökad risk) och under 1 (lägre risk). Om den relativa risken för ett utfall är 2 för de som insjuknar är risken således fördubblad för utfallet relativt referensgruppen. De relativa riskerna som redovisas är justerade för samsjuklighet och boenderegion. Vid justering tas hänsyn till (kontrolleras för) att risken för ett utfall kan påverkas och förändras av samsjuklighet och boenderegion.

Alla resultat i studien baseras på individuppgifter i Socialstyrelsens nationella

⁶ Både suicid och suicidförsök utgör en avsiktlig självdestruktiv handling. En avsiktlig självdestruktiv handling kan vara med eller utan suicidavsikt (det vill säga ett självskaumbeteende där avsikten inte är att ta sitt liv).

⁷ Statistiska centralbyrån beräknar ett gränsvärde för svag etablering och om en person har lägre inkomst av förvärvsarbete än denna gräns, klassas denne som svagt etablerad. Endast personer som är anställda kan få en markering om etableringsgrad. Egna företagare eller personer med fåmansaktiebolag ingår inte.

⁸ Den relativa risken (här så kallade hazard ratios) har beräknats med Cox regression. Risk i en statistisk mening har en annan betydelse än i ett vardagligt sammanhang. En risk i en statistisk mening behöver inte innebära en skadlig konsekvens eller händelse utan representerar bara sannolikheten för ett visst utfall i en grupp relativt sannolikheten för ett utfall i en annan grupp.

register. Även individuppgifter från Statistiska centralbyrån har inhämtats och samkörts med Socialstyrelsens register inom ramen för studien.

Ökade dödstal bland unga med depression eller ångestsyndrom

I Tabellerna 1a och 1b redovisas relativa risker för suicidförsök (eller avsiktlig självdestruktiv handling utan suicidavsikt), suicid och dödlighet förutom suicid. Riskerna är justerade för övriga psykiatriska diagnoser och boenderegion⁹.

Resultaten visar att de relativa riskerna för samtliga utfall genomgående var förhöjda för unga med depression eller ångestsyndrom jämfört med referensgruppen vid uppföljningens slut, undantaget flickor 10–17 år med depression eller ångestsyndrom där relativa risken för utfallet dödlighet förutom suicid inte var statistiskt signifikant.

Den relativa risken för suicid var påtagligt förhöjd bland unga med depression eller ångestsyndrom vid uppföljningens slut. Den relativa risken för suicid låg mellan 2,1–3,5 gånger högre beroende på åldersgrupp och kön jämfört med unga som inte var diagnostiserade med tillstånden. Bland pojkar var den relativa risken för suicid högre än för flickor medan en sådan skillnad inte fanns för unga män och unga kvinnor.

Suicid var den vanligaste dödsorsaken bland barn och unga vuxna, även bland de som inte hade diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom. De dominerande dödsorsakerna bakom ökade dödstal som inte inkluderade fastställda suicid var förgiftningsolyckor och exponering för skadliga ämnen genom olyckshändelse samt skadehändelser med oklar avsikt (visas inte i tabell).

Tabell 1a. Suicidförsök, suicid och dödlighet förutom suicid, pojkar och flickor 10–17 år

Relativa risker (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök, suicid, och dödlighet förutom suicid under 2009-2019 bland unga med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom år 2008. Referensgrupp (HR=1) är jämnåriga som inte diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom det aktuella året.

Kön	Utfall	Antal (%)	HR (95 % KI)
	Suicidförsök		
Pojkar 10–17	Depression eller ångest	226 (10,2)	1,8 (1,5; 2)
	Referensgrupp	12 458 (2,7)	1
Flickor 10–17	Depression eller ångest	669 (17,4)	2,2 (2; 2,4)
	Referensgrupp	13 918 (3,2)	1
	Suicid		
Pojkar 10–17	Depression eller ångest	21 (0,9)	2,8 (1,8; 4,4)
	Referensgrupp	747 (0,2)	1
Flickor 10–17	Depression eller ångest	18 (0,5)	2,1 (1,2; 3,5)
	Referensgrupp	323 (0,1)	1
	Dödlighet förutom suicid		
Pojkar 10–17	Depression eller ångest	31 (1,4)	2,2 (1,5; 3,1)

⁹ Boenderegion baserar sig på individens folkbokföringskommun under 2008 och har kategoriserats enligt Sveriges Kommuner och Regioners kommungruppsindelning från 2017. Följande 3 kategorier användes: Storstäder och storstadsnära kommuner, större städer och kommuner nära större stad samt mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner.

Kön	Utfall	Antal (%)	HR (95 % KI)
	Referensgrupp	1 345 (0,3)	1
Flickor 10–17	Depression eller ångest	12 (0,3)	1 (0,6; 1,9)
	Referensgrupp	553 (0,1)	1

HR="hazard ratio", KI=konfidensintervall (osäkerheten i analysen skattas med ett 95 % KI där ett intervall som inte inkluderar 1 är statistiskt signifikant). Relativa riskerna är justerade för boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatrisk tillstånd. Personerna har censurerats när de avlider (av annan orsak än det som studeras) eller utgår ur uppföljningen av annan anledning (vanligtvis utvandring).

Datakällor: patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 1b. Suicidförsök, suicid och dödlighet förutom suicid, unga män och kvinnor 18–24 år

Relativa risker (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök, suicid, och dödlighet förutom suicid under 2009-2019 bland unga med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom år 2008. Referensgrupp (HR=1) är jämnåriga som inte diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom det aktuella året.

Kön	Utfall	Antal (%)	HR (95 % KI)
	Suicidförsök		
Män 18–24	Depression eller ångest	675 (10,6)	2,0 (1,8; 2,1)
	Referensgrupp	9 550 (2,3)	1
Kvinnor 18–24	Depression eller ångest	957 (9,6)	2,4 (2,2; 2,6)
	Referensgrupp	6 713 (1,8)	1
	Suicid		
Män 18–24	Depression eller ångest	106 (1,7)	3,5 (2,8; 4,4)
	Referensgrupp	837 (0,2)	1
Kvinnor 18–24	Depression eller ångest	54 (0,5)	3,5 (2,5; 4,9)
	Referensgrupp	222 (0,1)	1
	Dödlighet förutom suicid		
Män 18–24	Depression eller ångest	108 (1,7)	1,6 (1,3; 2)
	Referensgrupp	1 690 (0,4)	1
Kvinnor 18–24	Depression eller ångest	49 (0,5)	1,4 (1,1; 2)
	Referensgrupp	637 (0,2)	1

HR="hazard ratio", KI=konfidensintervall (osäkerheten i analysen skattas med ett 95 % KI där ett intervall som inte inkluderar 1 är statistiskt signifikant). Relativa riskerna är justerade för boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatrisk tillstånd. Personerna har censurerats när de avlider (av annan orsak än det som studeras) eller utgår ur uppföljningen av annan anledning (vanligtvis utvandring). Datakällor: patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Svag framtida etableringsgrad på arbetsmarknaden efter diagnos

I Tabell 2a och 2b redovisas relativa risker för svag etableringsgrad på arbetsmarknaden och för olika former av inkomstkällor. Även här visas de relativa riskerna justerade enligt ovan för samsjuklighet och boenderegion.

Vid uppföljningens slut 2019 fanns det en ökad relativ risk för att vara svagt etablerad på arbetsmarknaden bland barn och unga vuxna som diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom jämfört med unga som inte fått diagnoserna. Det fanns även ökade relativa risker för sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning

och ekonomiskt bistånd för unga som hade diagnostiserats. Exempelvis var den relativa risken för att ha sjukpenning som inkomstkälla upp till 3,1 gånger högre bland unga med depression eller ångestsyndrom jämfört med referensgruppen.

Tabell 2a. Etablering på arbetsmarknad och inkomstkällor, pojkar och flickor 10–17 år

Relativa risker (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för svagt etablerad, sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning och ekonomiskt bistånd 2019 bland unga med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom år 2008. Referensgrupp (HR=1) är jämnåriga som inte diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom det aktuella året.

Kön	Utfall	Antal (%)	HR (95 % KI)
	Svagt etablerad*		
Pojkar 10–17	Depression eller ångest	284 (21,4)	1,4 (1,2; 1,5)
	Referensgrupp	54 732 (14,9)	1
Flickor 10–17	Depression eller ångest	608 (23,0)	1,2 (1,1; 1,3)
	Referensgrupp	62 660 (17,4)	1
	Sjuk-/aktivitetsersättning		
Pojkar 10–17	Depression eller ångest	378 (17,7)	1,9 (1,7; 2,1)
	Referensgrupp	11 369 (2,6)	1
Flickor 10–17	Depression eller ångest	499 (13,4)	1,6 (1,5; 1,8)
	Referensgrupp	9 090 (2,2)	1
	Sjukpenning		
Pojkar 10–17	Depression eller ångest	50 (2,3)	3,1 (2,3; 4,2)
	Referensgrupp	2 201 (0,5)	1
Flickor 10–17	Depression eller ångest	131 (3,5)	2,5 (2,1; 3)
	Referensgrupp	3 917 (0,9)	1
	Ekonomiskt bistånd		
Pojkar 10–17	Depression eller ångest	126 (5,9)	1,7 (1,4; 2)
	Referensgrupp	6 746 (1,5)	1
Flickor 10–17	Depression eller ångest	121 (3,3)	1,5 (1,3; 1,9)
	Referensgrupp	3 965 (1,0)	1

HR="hazard ratio", KI=konfidensintervall (osäkerheten i analysen skattas med ett 95 % KI där ett intervall som inte inkluderar 1 är statistiskt signifikant). Relativa riskerna är justerade för boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatriskt tillstånd. *Endast personer med uppgift om etableringsgrad 2019 ingår. Analysen är avgränsad till personer som levde och var folkbokförda i Sverige vid tidpunkten för uppföljning. Datakällor: patientregistret, Socialstyrelsen och registerbaserad aktivitetsstatistik (RAKS), Statistiska Centralbyrån.

Tabell 2b. Etablering på arbetsmarknad och inkomstkällor, unga män och unga kvinnor 18–24 år

Relativa risker (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för svagt etablerad, sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning och ekonomiskt bistånd 2019 bland unga med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom år 2008. Referensgrupp (HR=1) är jämnåriga som inte diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom det aktuella året.

Kön	Utfall	Antal (%)	HR (95 % KI)
	Svagt etablerad*		
Män 18–24	Depression eller ångest	523 (13,1)	1,6 (1,5; 1,8)
	Referensgrupp	19 277 (6,3)	1
Kvinnor 18–24	Depression eller ångest	1 280 (17,9)	1,5 (1,4; 1,5)
	Referensgrupp	32 930 (11,2)	1
	Sjuk-/aktivitetsersättning		
Män 18–24	Depression eller ångest	470 (7,9)	1,5 (1,3; 1,6)
	Referensgrupp	5 870 (1,5)	1
Kvinnor 18–24	Depression eller ångest	390 (4,1)	1,2 (1,1; 1,3)
	Referensgrupp	4 233 (1,2)	1
	Sjukpenning		
Män 18–24	Depression eller ångest	317 (5,3)	2,9 (2,5; 3,3)
	Referensgrupp	3 805 (1,0)	1
Kvinnor 18–24	Depression eller ångest	691 (7,3)	2,7 (2,4; 2,9)
	Referensgrupp	6 830 (1,9)	1
	Ekonomiskt bistånd		
Män 18–24	Depression eller ångest	391 (6,5)	2,2 (1,9; 2,4)
	Referensgrupp	4 916 (1,3)	1
Kvinnor 18–24	Depression eller ångest	336 (3,5)	2,5 (2,2; 2,9)
	Referensgrupp	2 751 (0,8)	1

HR="hazard ratio", KI=konfidensintervall (osäkerheten i analysen skattas med ett 95 % KI där ett intervall som inte inkluderar 1 är statistiskt signifikant). Relativa riskerna är justerade för boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatriskt tillstånd. *Endast personer med uppgift om etableringsgrad 2019 ingår. Analysen är avgränsad till personer som levde och var folkbokförda i Sverige vid tidpunkten för uppföljning. Datakällor: patientregistret, Socialstyrelsen och registerbaserad aktivitetsstatistik (RAKS), Statistiska Centralbyrån.

Vanligare med förgymnasial utbildning som högsta avslutad utbildningsnivå bland unga med depression eller ångestsyndrom

Tabell 3 visar relativa risker för att ha förgymnasial utbildning som högsta avslutad utbildningsnivå. Genomgående för både barn och unga vuxna med depression eller ångestsyndrom fanns en ökad relativ risk för enbart grundskola som högsta utbildningsnivå vid uppföljningens slut. Den relativa risken omkring 1,6 gånger högre för enbart grundskola bland samtliga som hade diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom jämfört med övriga unga.

Tabell 3. Förgymnasial utbildning som högsta avslutad utbildning

Relativa risker (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för förgymnasial utbildning som högsta avslutade utbildningsnivå 2019 bland unga med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom år 2008. Referensgrupp (HR=1) är jämnåriga som inte diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom det aktuella året.

Ålder 2008	Grupp	Antal (%)	HR (95 % KI)
10–17			
Pojkar	Depression eller ångest	676 (31,7)	1,7 (1,6; 1,8)
	Referensgrupp	43 385 (9,7)	1
Flickor	Depression eller ångest	780 (21,0)	1,6 (1,5; 1,8)
	Referensgrupp	27 321 (6,6)	1
18–24			
Pojkar	Depression eller ångest	1 401 (23,5)	1,6 (1,5; 1,7)
	Referensgrupp	35 316 (9,1)	1
Flickor	Depression eller ångest	1 183 (12,4)	1,6 (1,5; 1,7)
	Referensgrupp	18 306 (5,2)	1

HR="hazard ratio", KI=konfidensintervall (osäkerheten i analysen skattas med ett 95 % KI där ett intervall som inte inkluderar 1 är statistiskt signifikant). Relativa riskerna är justerade för boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatriskt tillstånd. Analysen är avgränsad till personer som levde och var folkbokförda i Sverige vid tidpunkten för uppföljning. Datakällor: patientregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret (UREG), Statistiska Centralbyrån.

Viktigaste slutsatserna

- Bland unga som diagnostiserades med depressioner eller ångestsyndrom var det samtidigt också vanligt med andra psykiatriska diagnoser. Sådan samsjuklighet kan utöka svårighetsgraden med avseende på symtombild och funktionsnivå och kan därför påverka och förändra de studerade sambanden. I analyserna har det således tagits hänsyn till samsjuklighet. Trots justering kvarstod statistiskt signifikanta samband genomgående mellan att nydiagnostiseras med depression eller ångestsyndrom och framtida utfall¹⁰.
- Det framstår klart av resultaten i denna studie att barn och unga vuxna som insjuknar i depression eller ångestsyndrom har en ökad sannolikhet för långtgående konsekvenser av sin sjukdom. De förhöjda relativa riskerna för framtida svag etablering på arbetsmarknaden och framtida inkomster huvudsakligen från sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning och ekonomiskt bistånd tyder på utdragna sjukdomsförlopp där funktionsnivån är påverkad. Jämfört med unga som inte har diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom finns även en förhöjd relativ risk för enbart grundskola som högsta avslutad utbildning. En sådan omständighet kan öka risken för att exkluderas från arbetsmarknaden med ytterligare pålagringar av svårigheter som följd.
- Den påtagligt ökade relativa risken för suicid bland barn och unga vuxna med depression eller ångestsyndrom påvisar allvarligheten hos tillstånden. Den

¹⁰ Utom i ett fall, dödlighet förutom suicid bland flickor 10–17 år, där den förhöjda relativa risken inte var statistiskt signifikant.

relativa risken för suicid låg mellan 2,1–3,5 gånger högre (beroende på kön och åldersgrupp) än för barn och unga vuxna som inte var diagnostiserade med depression eller ångestsyndrom. Resultaten pekar på vikten av snabb, förtroendeingivande och professionell hjälp för unga som mår psykiskt dåligt och som visar varningssignaler för suicid.

- Resultaten i denna studie aktualiserar vikten av tidiga insatser för unga som visar tecken på psykisk ohälsa för att om möjligt i ett tidigt skede förhindra sjukdomstillstånd med utdragna förlopp. Elevhälsa och ungdomsmottagningar kan utgöra sådana verksamheter som har möjligheter att upptäcka tidig psykisk ohälsa som ännu inte uppfyller kriterier för en diagnos. Kunskapen om tidiga evidensbaserade insatser avseende depressioner eller ångestsyndrom och som har påvisbara effekter på nivåer under första linjens psykiatri för barn och unga vuxna, som exempelvis inom skolan, är dock i dag bristfällig .
- Det är inte bara angeläget med ökad kunskap om tidiga insatser för att förebygga allvarligare psykisk ohälsa och sjukdom – resultaten visar också att det är angeläget att efterföljande vård och stöd för dem som blir kroniskt sjuka är adekvat och präglas av långsiktighet. Som denna studie visar är risken för framtida negativa konsekvenser avseende hälsa, etablering på arbetsmarknad och försörjning påtaglig efter ett tidigt insjuknande i depression eller ångestsyndrom. Sådana konsekvenser kan ytterligare förstärka svårigheten i sjukdomsbilden med risk för pålagringar i form av fler psykiska symtom.