



# Förekomst av ångestdiagnos bland unga i Stockholms län




Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Ohlis A, Wicks S, Dalman C, Åhlén J. Förekomst av ångestdiagnos bland unga i Stockholms län. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2024. Rapport 2024:3




**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 45436, 104 31 Stockholm



ces.sls@regionstockholm.se



Rapport 2024:3



ISBN 978-91-988021-6-0



Författare: Anna Ohlis, Susanne Wicks, Christina Dalman, Johan Åhlén

Språkgranskning: Emma Frekke

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Yanan Li

Stockholm september 2024

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,  
[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

# Förord

Allt fler invånare i Stockholms län får vård för psykisk ohälsa. De flesta får vård för någon form av för ångestproblematik. En tidigare kartläggning av vård för psykisk ohälsa som CES gjort visade att andelen unga kvinnor som fått vård för någon ångestproblematik fördubblats på sju år till drygt 15 procent år 2021. Bakom begreppet ångestproblematik döljer sig flera olika former av ångest med olika svårighetsgrad. För att kunna förebygga och ge adekvat vård är det viktigt att förstå vilka diagnoser och vilket vårdbehov som döljer sig bakom den kontinuerligt ökande andelen invånare som söker vård för ångestproblematik. Därför har CES nu genomfört en mer detaljerad kartläggning av vården för ångestproblematik som spänner mellan år 2014 och år 2022, med fokus på typ av ångestdiagnos (ospecificerad eller specificerad), vårdform (primärvård eller psykiatrisk specialistvård), samsjuklighet och behandling.



*Henna Hasson*

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

# Innehåll

Förord .....	3
Innehåll.....	4
Sammanfattning.....	5
Bakgrund .....	6
Syfte.....	7
Metod .....	8
Resultat .....	9
Ångestdiagnoser inom vården.....	9
Ångestdiagnoser inom primärvården .....	11
Ångestdiagnoser inom primärvården .....	11
Ångestdiagnoser inom specialistvården .....	14
Psykiatrisk samsjuklighet vid ångestdiagnos .....	16
Behandling vid ångestdiagnos .....	17
Diskussion och slutsatser.....	19
Referenser.....	21

# Sammanfattning

Andelen unga som varit i kontakt med vården med ångestdiagnos ökar över tid. Framför allt har det skett en stor ökning i andelen flickor, tonårstjejer och tonårskillar som haft primärvårdskontakt med mindre specificerade ångesttillstånd.

Tidsmässigt sammanfaller denna ökning med det gradvisa införandet av vårdreformen *Första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa* inom primärvården. Det kan vara en indikation på att första linjen når en grupp unga som tidigare stått utanför vården och som i dag erbjuds vård.

Tidiga insatser kan förebygga förvärrade symtom och negativ påverkan på skolgång, fritid och sociala relationer. Färre än hälften av behandlingsinsatserna som ges till unga innefattar kognitiv beteendeterapi (KBT), som är en evidensbaserad behandling vid ångest. Att inte fler får KBT skulle kunna förklaras av att det vid mildare besvär i stället kan vara lämpligt med stödjande samtal och för yngre barn med ångesttillstånd kan till exempel riktat föräldrastöd erbjudas.

Rapporten visar att många får antidepressiva läkemedel vid ångesttillstånd samtidigt som samsjuklighet med depression eller adhd är vanligt.

Oavsett om allt fler drabbas av ångest eller om en grupp som tidigare stått utan vård nu får vård, talar rapportens resultat för att första linjen fångar upp en stor grupp ungdomar och unga vuxna med ångestproblematik i länet. Det verkar också vara så att första linjen med sin tillgänglighet och ambition om att hålla en låg tröskel, når grupper som inte annars söker vård för psykisk ohälsa.

# Bakgrund

En nyligen genomförd kartläggning visar att andelen invånare som får vård för psykiska ohälsa ökar kontinuerligt i Stockholms län (15). Kartläggningen som spänner över åren 2014 till och med år 2021 visar att ökningen är störst bland unga kvinnor 18–24 år och framför allt rör vård för ångesttillstånd. Under 2021 hade drygt 15 procent av alla unga kvinnor 18–24 år i länet haft vårdkontakt för ångest. År 2014 låg motsvarande andel på 7–8 procent.

Ångesttillstånd utgörs av flera olika ångestdiagnoser, både mer specificerade tillstånd som till exempel *specifika fobier*, *panikångest*, *generaliserat ångestsyndrom*, *social ångest*, och mindre specificerade tillstånd som *ospecificerat ångesttillstånd* och *blandade ångest- och depressionstillstånd*. De båda sistnämnda diagnoserna används då en individ uppvisar ångestsymtom som medför ett kliniskt signifikant lidande eller en försämrad funktion, men symtombilden inte helt stämmer överens med en mer specifik ångestdiagnos, det vill säga att diagnoskriterierna för en viss specifik ångestdiagnos inte är uppfyllda. Svårighetsgraden och behovet av vård varierar sannolikt både inom och mellan de olika ångestdiagnoserna.

Med tanke på att vård för ångest ökat kraftigt över tid är det viktigt att undersöka: 1) vilka olika ångestdiagnoser som driver ökningen bland unga; 2) var inom vården ökningen sker; 3) vilken vård patienterna får; 4) samt hur vanligt det är med annan psykiatrisk samsjuklighet.

# Syfte

Syftet med den här rapporten är att undersöka förekomst av ångestdiagnoser, övergripande och uppdelat på olika typer av ångestdiagnoser, över tid fördelat på ålder, kön och vårdnivå (primär- eller psykiatrisk specialistvård). Vi undersöker också förekomst av samsjuklighet i neuropsykiatriska tillstånd och depression samt vilka behandlingsinsatser som de diagnostiserade har fått.

# Metod

Materialet är framtaget ur Region Stockholms befintliga vårdregister, de så kallade VAL-databaserna. Vi har använt uppgifter från regionfinansierad öppen- och slutenvård (oavsett om den är privat eller regiondriven) samt läkemedelsinformation från åren 2014–2022. I öppenvården ingår fysiska besök och distanskontakter. Unga personer (6–29 år), boende i Stockholms län, med ångestdiagnos (se tabell 1) redovisas i relation till det totala antalet personer boende i Stockholms län under aktuellt år, per kön och åldersgrupp, 6–12 år, 13–17 år, 18–29 år.

Vi skapade fyra olika diagnosgrupper (oavsett var personen vårdades): 1) de som under året enbart hade en ospecificerad ångestdiagnos (F419); 2) de som enbart hade blandade ångest- och depressiondiagnos (F412); 3) de som hade en specifik ångestdiagnos<sup>1</sup>; och 4) en övergripande grupp med de som under året hade någon av dessa diagnoser (tabell 1).

Dessutom redovisas andelen personer med ångestdiagnos som under året fick KBT (åtgärdskod DU011 eller DU010) eller träffade en psykolog, kurator eller psykoterapeut. Vi presenterar också andel som under året hämtade ut antidepressiva läkemedel (ATC-kod=NO6A), adhd-läkemedel (ATC-kod=NO6BA exklusive NO6BA07), eller lugnande läkemedel (NO5B). Samsjuklighet med autism (ICD10=F84), adhd (ICD10=F90) och depression (ICD10=F32, F33, F34, F38, F39) undersöktes.

**Tabell 1. Gruppering av diagnoser efter ICD10-koder.**

<b>Någon ångestdiagnos</b>
F40 (Fobier)
F410, 411, 412, 413, 418, 419 (andra ångestsyndrom)
F930, F931, F932 (separationsångest i barndomen, fobisk ångest i barndomen, social ångest i barndomen)
<b>Ångesttillstånd, ospecificerat</b>
F419
<b>Blandade ångest- och depressionstillstånd</b>
F412
<b>Enbart specifik ångestdiagnos (ej ångesttillstånd ospecificerat eller blandade ångest- och depressionstillstånd)</b>
F40, F410, F411, F413, F418, F930, F931, F932

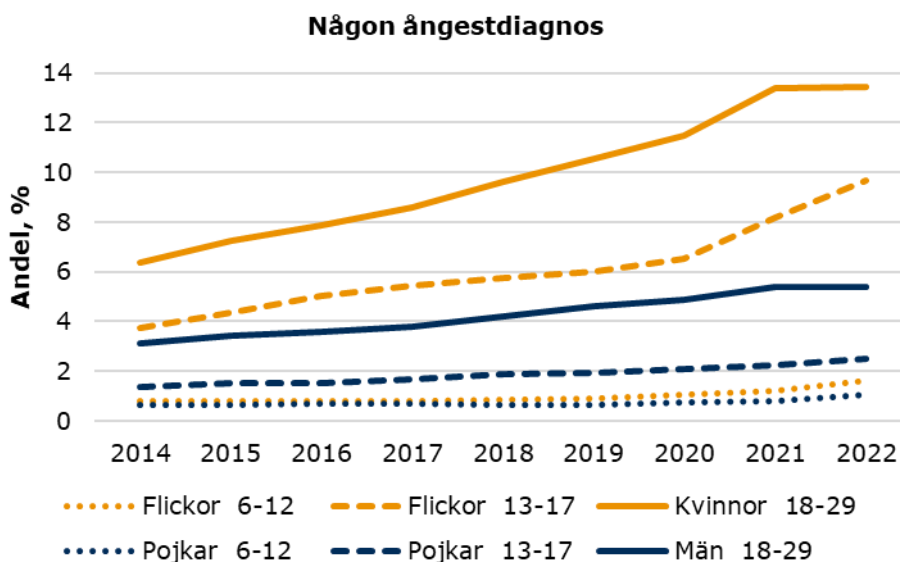
<sup>1</sup> Oavsett om de också vårdats med ospecificerat ångesttillstånd eller blandade ångest- och depressionstillstånd



# Resultat

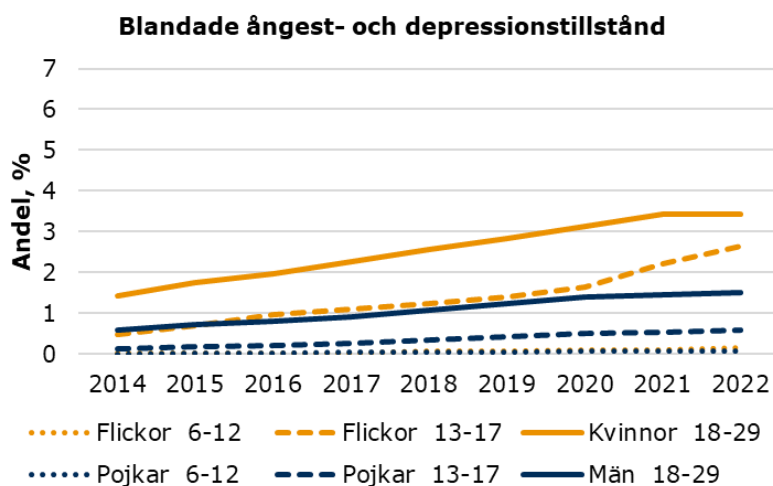
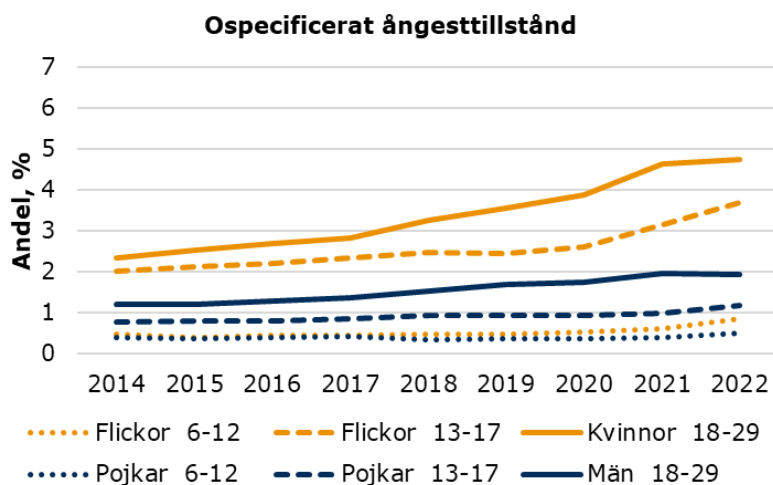
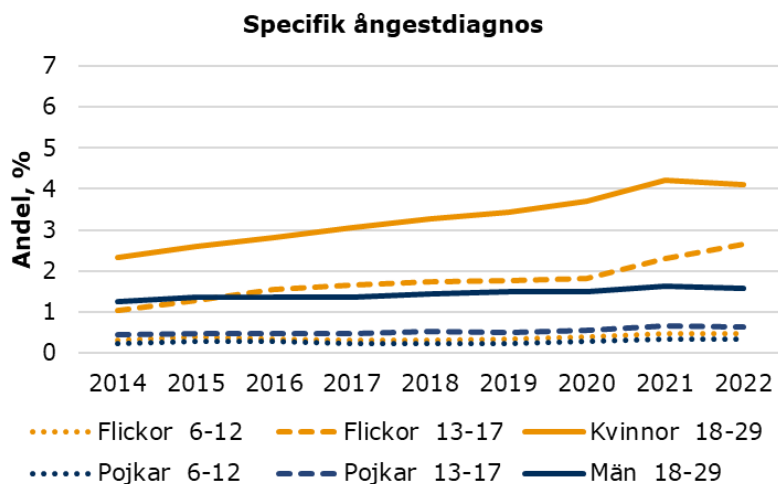
## Ångestdiagnoser inom vården

Ökningen av vårdkontakter relaterade till ångesttillstånd över tid ses för både specifika och ospecifika ångestdiagnoser, men är något mer uttalad för de ospecifika diagnoserna, se figur 1–2. Ångestdiagnoser är vanligast bland tonårsflickor och unga kvinnor, år 2022 hade nästan var tionde tonårstjej och mer än var sjunde ung kvinna i länet någon vårdkontakt med ångestdiagnos. Hos båda könen och i alla åldersgrupper (utom pojkar 6–12 år) sker en ungefärlig fördubbling i förekomst av ångestdiagnoser mellan år 2014 och år 2022. Ospecificerat ångesttillstånd är den vanligast förekommande diagnosen, men bland både tonårstjejer och tonårskillar ökar förekomsten av blandade ångest- och depressionstillstånd flerfaldigt. Bland tonårstjejer har det skett en femfaldig ökning (från 0,5 till 2,6 procent) och bland pojkar har diagnosen blivit sex gånger vanligare över tid (en ökning från 0,1 till 0,6 procent). I tabell 2 visas förekomst av ångestdiagnos, specifik och ospecifik, bland de olika åldersgrupperna i länet år 2014 och år 2022.



**Figur 1. Andel unga individer i Stockholms län med någon ångestdiagnos inom vården (primärvård eller psykiatrisk specialistvård) mellan år 2014 och år 2022, fördelat på kön och åldersgrupp (6–12 år, 13–17 år och 18–29 år).**

Källa: VAL-databaserna, 2023.



**Figur 2. Andel unga individer i Stockholms län med ångestdiagnos, inom vården (primärvård eller psykiatrisk specialistvård) mellan år 2014 och år 2022. Fördelat på kön och åldersgrupp samt uppdelat på *specifik* ångestdiagnos, *ospecificerat* ångesttillstånd eller *blandade* ångest- och depressionstillstånd.**

Källa: VAL-databaserna, 2023.

**Tabell 2. Jämförelse mellan år 2014 och 2022 gällande förekomst av ångestdiagnos, specifik och ospecifik inom vården (primärvård eller psykiatrisk specialistvård) i Stockholms län, fördelat på kön och ålder.**

	Kvinnor (%)						Män (%)					
	6–12 år		13–17 år		18–29 år		6–12 år		13–17 år		18–29 år	
	2014	2022	2014	2022	2014	2022	2014	2022	2014	2022	2014	2022
Någon ångestdiagnos	0,8	1,6	3,7	9,7	6,4	13,4	0,6	1,0	1,4	2,5	3,1	5,4
En specifik ångest-diagnos under året	0,3	0,6	1,0	2,7	2,3	4,1	0,2	0,4	0,4	0,6	1,2	1,6
Bara ospecificerat ångesttillstånd under året	0,5	0,9	2,0	3,7	2,3	4,7	0,4	0,5	0,8	1,2	1,2	1,9
Bara blandade ångest- och depressionstillstånd under året	0,0	0,1	0,5	2,6	1,4	3,4	0,0	0,1	0,1	0,6	0,6	1,5

Källa: VAL-databaserna, 2023.

## Ångestdiagnoser inom primärvården

### Ångestdiagnoser inom primärvården

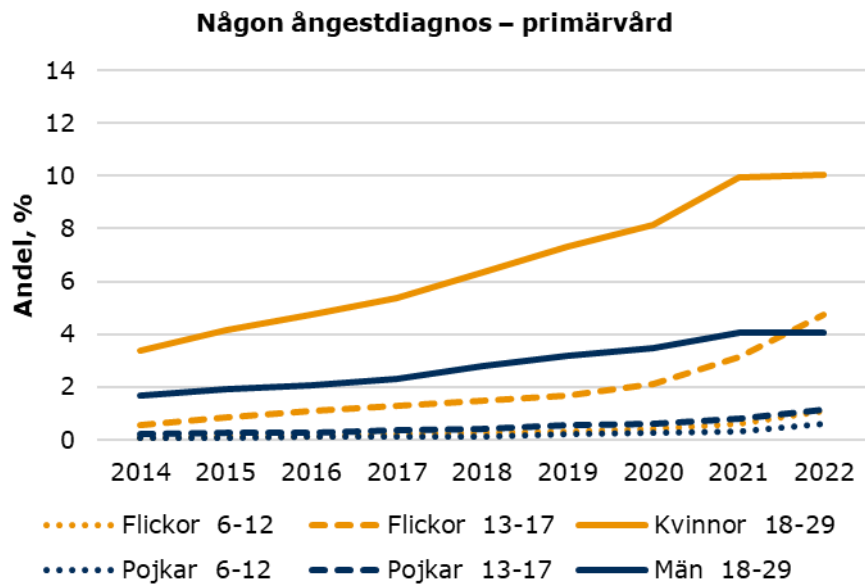
Det är framför allt inom primärvården som ökningen av vårdkontakter med ångesttillstånd återfinns, se figur 3, 5 och tabell 3. Den största ökningen ses bland flickor 6–12 år (från 0,1 till 1,1 procent) och bland tonårsflickor (från 0,6 till 4,7 procent), för vilka primärvårdskontakt med ångestdiagnos blivit mellan 8–11 gånger vanligare år 2022 jämfört med år 2014. Även bland tonårskillar syns en tydlig ökning, där primärvårdskontakt med ångestdiagnos har mer än femfaldigats (från 0,2 till 1,1 procent). Bland unga kvinnor har primärvårdskontakt med ångestdiagnos blivit nästan tre gånger vanligare sedan år 2014, och för unga män har förekomsten mer än fördubblats.

Specifik ångestdiagnos, ospecificerat ångesttillstånd och blandade ångest- och depressionstillstånd inom primärvården

Bland tonårstjejer har primärvårdskontakt med ospecificerat ångesttillstånd blivit tio gånger vanligare år 2022 jämfört med 2014 (från 0,2 till 2,0 procent). Blandade ångest- och depressionstillstånd har blivit nio gånger vanligare och specifika ångestdiagnoser sex gånger vanligare under samma tidsperiod. Bland unga kvinnor har det skett ungefär en lika stor ökning av primärvårdskontakt med specifika ångestdiagnoser som med ospecificerat ångesttillstånd (nästan tre gånger vanligare år 2022 än år 2014). Blandade ångest- och depressionstillstånd har ökat mest och blivit mer än tre gånger vanligare.

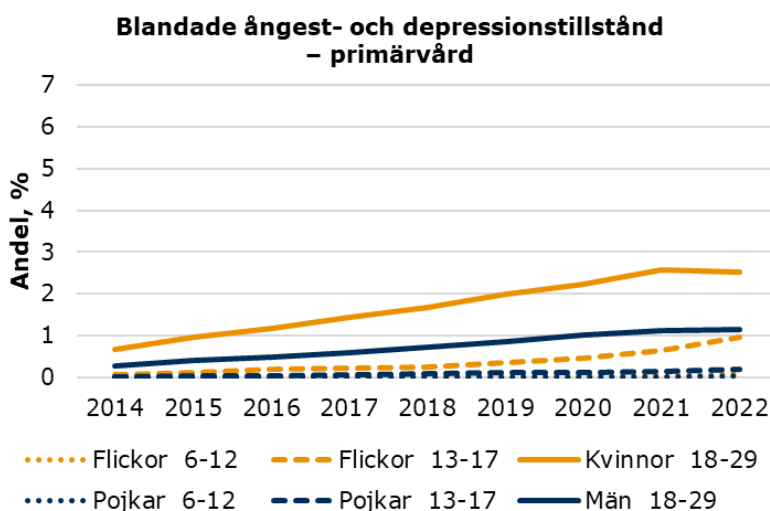
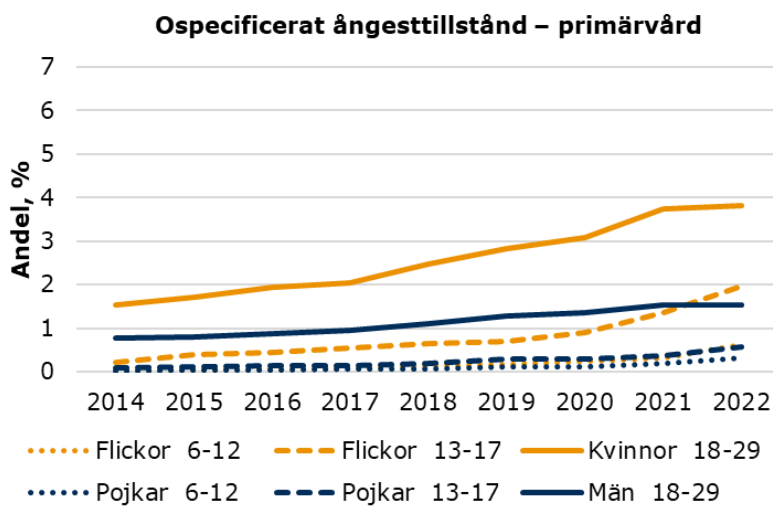
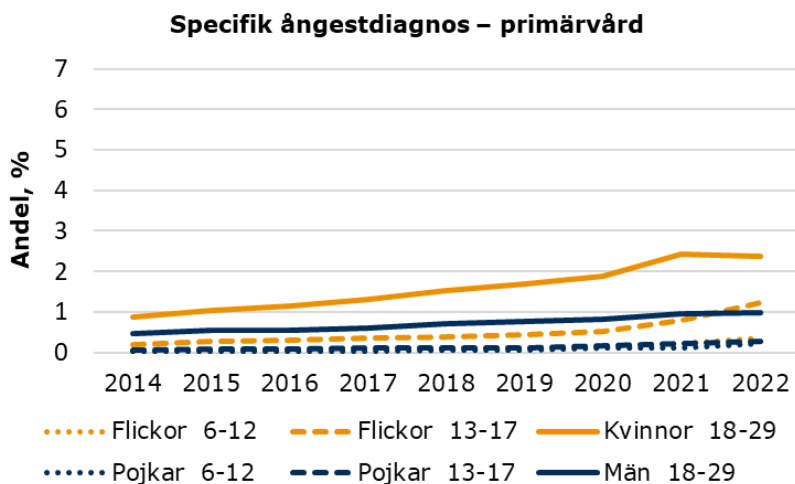
Bland tonårskillar har primärvårdskontakt med ospecificerat ångesttillstånd blivit sex gånger vanligare och specifika ångestdiagnoser tre gånger vanligare. Samtidigt har landade ångest- och depressionstillstånd gått från att inte förekomma alls till att förekomma hos två per tusen tonårskillar i länet. För unga män har andelen med primärvårdskontakt med ospecificerat ångesttillstånd nästan fördubblats, andelen med

specifik ångestdiagnos fördubblats medan diagnosen blandade ångest- och depressionstillstånd nästan fyrfaldigats (från 0,3 till 1,1 procent). Se figur 4 och tabell 3.



**Figur 3. Andel unga individer i Stockholms län med någon ångestdiagnos inom primärvård mellan år 2014 och år 2022, fördelat på kön och åldersgrupp (6–12 år, 13–17 år och 18–29 år).**

Källa: VAL-databaserna, 2023.



**Figur 4. Andel unga individer i Stockholms län med ångestdiagnos inom primärvård mellan år 2014 och år 2022. Fördelat på kön och åldersgrupp samt uppdelat på *specifik* ångestdiagnos, *ospecificerat* ångesttillstånd och *blandade* ångest- och depressionstillstånd.**

Källa: VAL-databaserna, 2023.

## Ångestdiagnoser inom specialistvården

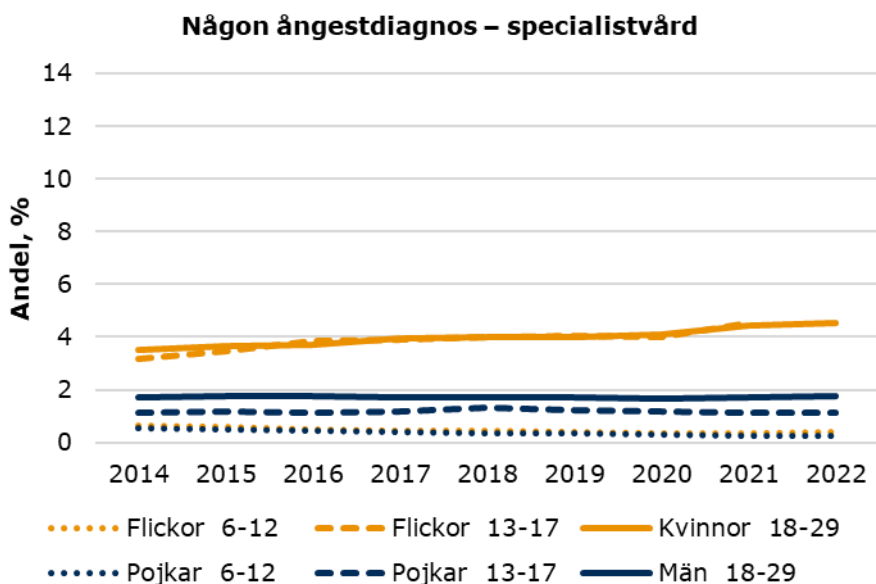
### Ångestdiagnoser inom specialistvården

Andelen unga individer som varit i kontakt med specialistvården med ångestdiagnos är mycket lägre än inom primärvården och har dessutom förändrats i mindre utsträckning mellan år 2014 och år 2022 (figur 5 och tabell 3). Bland tonårstjejer och unga kvinnor har andelen som haft specialistvårdskontakt med någon ångestdiagnos ökat med mellan 1 och 1,5 procentenheter (från 3,2 till 4,8 procent för tonårstjejer och från 3,5 till 4,5 procent för unga kvinnor). Bland tonårskillar finns en minskning med 0,1 procentenheter och bland unga män en antydd ökning med 0,1 procentenheter. Bland barn 6–12 år minskar andelen som haft specialistvårdskontakt med ångestdiagnos med 0,3 procentenheter.

Specifik ångestdiagnos, ospecificerat ångesttillstånd och blandade ångest- och depressionstillstånd inom specialistvården

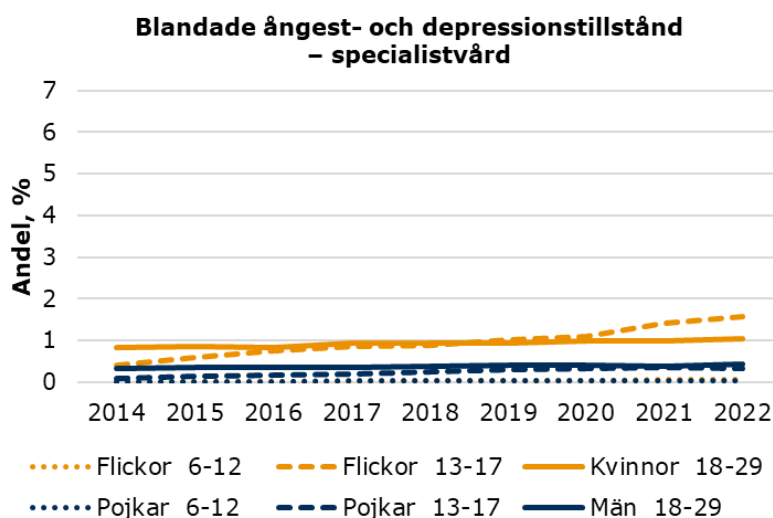
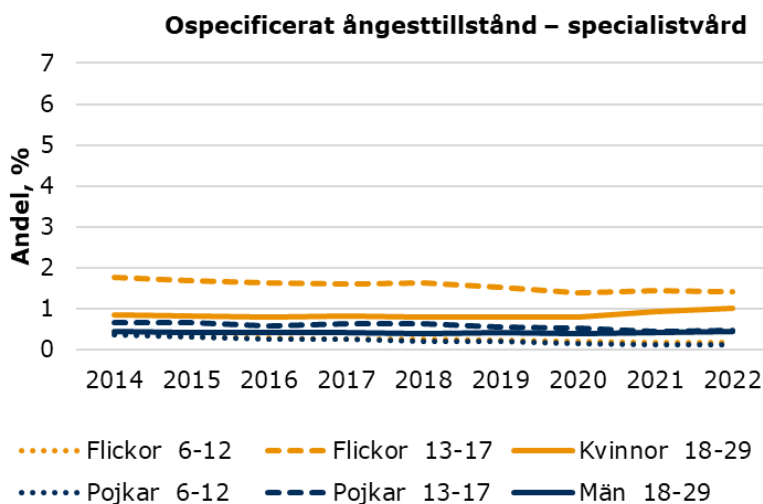
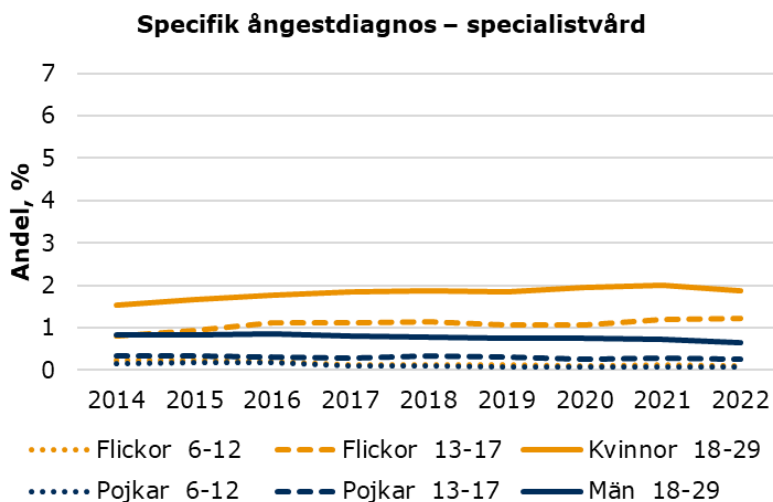
Andelen tonårstjejer och unga kvinnor i länet som varit i kontakt med specialistvården med någon specifik ångestdiagnos har ökat med 0,4 procentenheter mellan år 2014 och år 2022. Andelen tonårskillar och unga män med någon specifik ångestdiagnos inom specialistvården har minskat med 0,1 procentenheter.

Medan andel tonårstjejer och tonårskillar som haft specialistvårdskontakt med diagnosen ospecificerat ångesttillstånd minskat över tid (mellan 0,2–0,4 procentenheter), har andelen som haft specialistvårdskontakt med diagnosen blandade ångest- och depressionstillstånd fyrfaldigats bland tonårstjejer (från 0,4 till 1,6 procent) och trefaldigats bland tonårskillar (från 0,1 till 0,3 procent). Andelen unga kvinnor och unga män som haft specialistvårdskontakt med diagnosen ospecificerat ångesttillstånd eller diagnosen blandade ångest och depressionstillstånd har ökat med 0,1–0,2 procentenheter mellan år 2014 och år 2022. Se figur 6 och tabell 3.



**Figur 5. Andel unga individer i Stockholms län med någon ångestdiagnos inom specialistvård mellan år 2014 och år 2022, fördelat på kön och åldersgrupp (6–12 år, 13–17 år och 18–29 år).**

Källa: VAL-databaserna, 2023.



**Figur 6. Andel unga individer i Stockholms län med ångestdiagnos inom specialistvård mellan år 2014 och år 2022. Fördelat på kön och åldersgrupp samt uppdelat på *specifik* ångestdiagnos, *ospecificerat* ångesttillstånd eller *blandade* ångest- och depressionstillstånd.**

Källa: VAL-databaserna, 2023.

För att lättare kunna jämföra utvecklingen över tid visas i tabell 2 andel unga kvinnor och män med specificerad och ospecificerad ångestdiagnos under år 2014 och motsvarande andel under år 2022, både inom specialistvården och inom primärvården.

**Tabell 3. Jämförelse mellan år 2014 och 2022 gällande förekomst av ångestdiagnos, specifik och ospecificerad inom specialistvård och primärvård i Stockholms län, fördelat på kön och ålder.**

	Kvinnor (%)						Män (%)					
	6–12 år		13–17 år		18–29 år		6–12 år		13–17 år		18–29 år	
	2014	2022	2014	2022	2014	2022	2014	2022	2014	2022	2014	2022
<b>Specialistvård</b>												
Någon ångestdiagnos	0,7	0,4	3,2	4,8	3,5	4,5	0,5	0,2	1,2	1,1	1,7	1,8
En specifik ångest-diagnos under året	0,2	0,1	0,8	1,2	1,5	1,9	0,2	0,1	0,3	0,2	0,8	0,7
Bara ospecificerat ångesttillstånd under året	0,4	0,2	1,8	1,4	0,9	1,0	0,4	0,1	0,7	0,5	0,4	0,5
Bara blandade ångest- och depressionstillstånd under året	0,0	0,1	0,4	1,6	0,8	1,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3	0,4
<b>Primärvård</b>												
Någon ångestdiagnos	0,1	1,1	0,6	4,7	3,4	10,0	0,1	0,6	0,2	1,1	1,7	4,1
En specifik ångestdiagnos under året	0,0	0,4	0,2	1,2	0,9	2,4	0,0	0,2	0,1	0,3	0,5	1,0
Bara ospecificerat ångesttillstånd under året	0,0	0,6	0,2	2,0	1,5	3,8	0,0	0,3	0,1	0,6	0,8	1,5
Bara blandade ångest- och depressionstillstånd under året	N/A	N/A	0,1	0,9	0,7	2,5	N/A	N/A	0,0	0,2	0,3	1,1

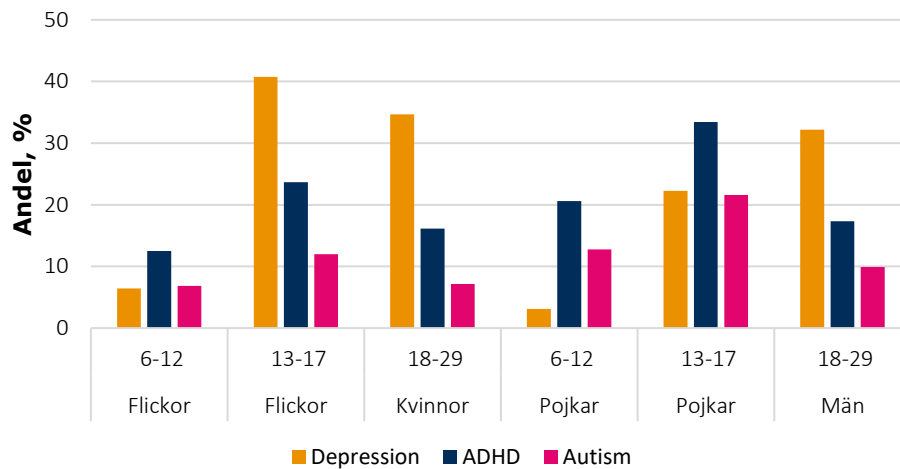
Källa: VAL-databaserna, 2023.

### Psykiatrisk samsjuklighet vid ångestdiagnos

Det är vanligt med annan psykiatrisk samsjuklighet vid ångestdiagnos. Bland tonårstjejer och unga kvinnor med ångestdiagnos har mer än var tredje individ också en samtidig depressionsdiagnos, bland tonårskillar och unga män med ångestdiagnos har omkring var fjärde individ också en samtidig depressionsdiagnos. Omkring vara femte tonårstjej och var tredje av tonårspojke med ångestdiagnos har också en adhd-diagnos.



Autismdiagnos återfanns hos omkring var tionde tonårstjej och var femte tonårspojke med ångestdiagnos. Se figur 7.

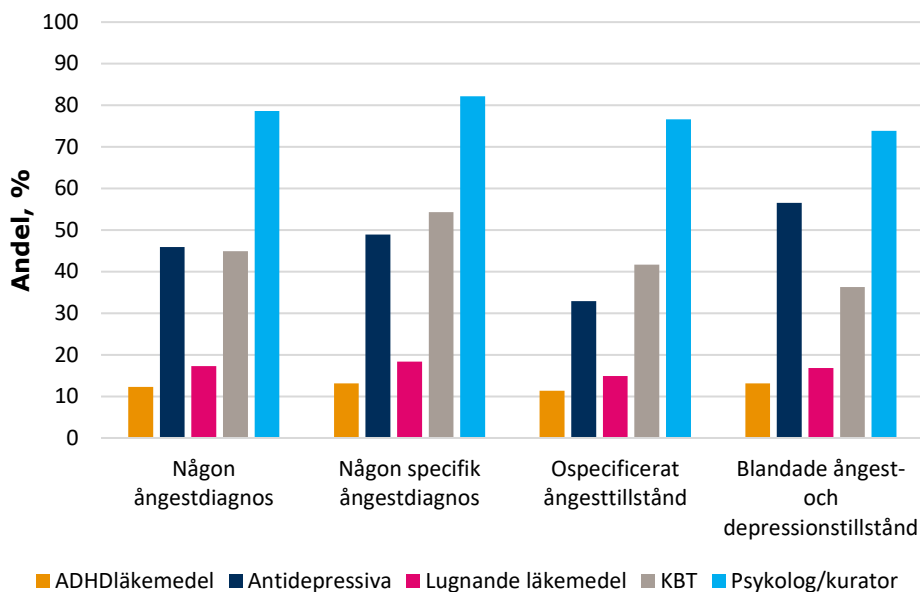


**Figur 7. Andel unga individer i Stockholms län med någon ångestdiagnos som har en depressionsdiagnos, adhd-diagnos eller autismdiagnos år 2022, fördelat på kön och åldersgrupp (6–12 år, 13–17 år och 18–29 år).**

Källa: VAL-databaserna, 2023.

### Behandling vid ångestdiagnos

Av de som får en ångestdiagnos träffar omkring fyra av fem (79 procent) psykolog eller kurator. Det gäller både individer med specifik ångestdiagnos (82 procent), ospecifik ångestdiagnos (77 procent) och blandade ångest- och depressionstillstånd (74 procent). Av de med ångestdiagnos får drygt var tionde adhd-medicinering (11–13 procent beroende på diagnosgrupp). Omkring var sjätte individ med ångestdiagnos får lugnande läkemedel (15–18 procent beroende på diagnosgrupp). Nästan hälften av de med specifik ångestdiagnos och mer än hälften av de med blandade ångest- och depressionstillstånd får antidepressiv medicinering. En tredjedel av de med ospecificerat ångesttillstånd får antidepressiv medicinering. Bland individer med en specifik ångestdiagnos får drygt hälften KBT (54 procent). Bland de med ospecificerat ångesttillstånd får drygt fyra av tio KBT (42 procent), och bland de med blandade ångest- och depressionstillstånd får drygt tre av tio KBT (36 procent). Se figur 8.



**Figur 8. Andel av de unga individer i Stockholms län mellan 6–29 år med 1) någon ångestdiagnos (ospecificerad och specificerad), 2) specifik ångestdiagnos, 3) ospecificerat ångesttillstånd och 4) blandade ångest- och depressionstillstånd år 2022, som fått adhd-läkemedel, antidepressiv medicinering, lugnande medicinering, KBT eller träffat psykolog/kurator.**

Källa: VAL-databaserna, 2023.

# Diskussion och slutsatser

Bland både unga kvinnor och män har ökningen av vård för ångesttillstånd varit mest uttalad inom primärvården. Den största ökningen av primärvårdskontakter ses hos flickor, tonårstjejer och tonårskillar, framför allt för diagnosen ospecificerat ångesttillstånd. Även bland unga kvinnor och män ökar andelen med primärvårdskontakt, men framför allt för diagnosen blandade ångest- och depressionstillstånd. Förekomst av primärvårdskontakt med ångestdiagnos är mer än fyra gånger så vanligt hos tonårstjejer jämfört med tonårskillar, och mer än dubbelt så vanligt hos unga kvinnor jämfört med unga män.

Ökningen av vård för ångesttillstånd inom primärvården sammanfaller med den gradvisa starten av den nya vårdreformen *Första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa* år 2014 inom primärvården i Region Stockholm. Första linjen ska ge stöd och hjälp till barn och unga som visar tidiga tecken på att må psykiskt dåligt, med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa, en patientgrupp som det tidigare saknats insatser för (3, 4). Att allt fler ungdomar och unga vuxna i länet får vård för ångest skulle alltså kunna bero på att individer med mildare symtom på ångest, som tidigare stått utan vård, nu i allt större utsträckning erbjuds vård via första linjens verksamhet. Det är svårt att avgöra om ökningen i andelen som får vård framför allt beror på tillkomsten av första linjen eller om fler individer än tidigare har ångestbesvär, eftersom det finns väldigt få högkvalitativa studier som undersökt förekomst av ångestsyndrom hos unga i befolkningen.

Kartläggningen visar att den mest tydliga ökningen av vård för ångest drivs av ospecificerat ångesttillstånd eller blandade ångest- och depressionstillstånd. Personer med de diagnoserna får i mindre utsträckning psykofarmaka (ospecificerat ångesttillstånd) eller KBT, vilket skulle kunna signalera lättare besvär. Det går dock inte att utesluta att de ospecificerade diagnoserna också döljer svårare besvär, med ett mer uttalade vårdbehov, som inte kan tillgodoses på grund av bristande resurser eller långa köer till den specialiserade vården.

Tidiga insatser vid psykisk ohälsa kan förebygga förvärrade symtom och negativ påverkan på skolgång, fritid och sociala relationer. Oavsett om allt fler drabbas av ångest eller om en grupp som tidigare stått utan vård nu får vård, talar rapportens resultat för att första linjen fångar upp en stor grupp ungdomar och unga vuxna med ångestproblematik i länet. Det verkar också vara så att första linjen med sin tillgänglighet och ambition om att hålla en låg tröskel, når grupper som inte annars söker vård för psykisk ohälsa. Rapporten visar till exempel att andelen tonårskillar och unga män som erhållit vård för ångestproblematik inom primärvården mer än femfaldigats för tonårskillarna och mer än fördubblats för de unga männen under uppföljningstiden. Tidigare rapporter talar för att unga män och tonårskillar underkonsumerar vård för psykisk ohälsa (7, 15). Framför allt tycks det gälla individer som bor i mer socioekonomiskt utsatta områden. Det går inte att utifrån den här rapporten avgöra om ökningen av vård för ångesttillstånd bland tonårskillar och unga män inom primärvården är jämnt fördelad över olika delar av länet. Det blir viktigt att fortsätta följa denna utveckling och säkerställa att första linjens tillgänglighet och låga trösklar gäller för alla invånare i länet.

Att färre än hälften av behandlingsinsatserna (primär- och specialistvård sammantaget) innefattar kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett observandum. KBT är en effektiv evidensbaserad behandling vid ångest (8), men för yngre barn kan till exempel riktat föräldrastöd istället erbjudas, och för milda besvär kan till exempel stödjande samtal vara lämpligt (5) vilket delvis kan förklara varför inte fler har fått KBT. Mer specifika

ångestdiagnoser har ofta tydliga evidensbaserade behandlingsrekommendationer (KBT eller i vissa fall psykofarmaka) vilket kan bidra till att KBT är något vanligare i den gruppen.

Antidepressiva läkemedel har en dokumenterad effekt vid vissa ångesttillstånd. Det är därför inte oväntat att det förekommer förskrivning av antidepressiva läkemedel vid ångest. Därtill är det mycket vanligt vid ångesttillstånd – som kartläggningen också visar – med samsjuklighet i depression. Det är inte ovanligt att ångestproblematik kan leda till depressiva besvär (11, 14), vilket ytterligare poängterar vikten av tidiga insatser för att förebygga en negativ utveckling. Individer med adhd eller autism har en ökad risk för att utveckla ångesttillstånd. Studier har visat att hos individer med adhd eller autism riskerar samsjuklighet i ångest försämra funktionsnivå och prognos (2, 6, 13). Det är därför angeläget att besvär med ångest uppmärksammas och att adekvat behandling för ångest erhålls bland unga individer med adhd eller autism.

Vid en första anblick kan det te sig alarmerande att allt fler unga i länet diagnostiseras med ångestproblematik. Att ökningarna sker inom primärvård talar dock för att det delvis är en ny grupp som nu erbjuds och nyttjar vård, vilket skulle kunna medföra en förbättrad psykisk hälsa i länet. Det blir viktigt att fortsätta följa utvecklingen och säkerställa att adekvat vård för ångesttillstånd av olika svårighetsgrad kan erbjudas i ett tidigt skede för alla invånare i länet. Kartläggning av vårdkonsumtion utgör en del av det arbetet.

# Referenser

1. Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
2. Chen L, Mittendorfer-Rutz E, Björkenstam E, Rahman S, Gustafsson K, Taipale H, et al. Risk Factors for Disability Pension among Young Adults Diagnosed with Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adulthood. *J Atten Disord*. 2022;26(5):723–734.
3. *Första linjen 2020*. (2020). S. K. o. Regioner.
4. *Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa*. (2014). S. K. o. Regioner.
5. *Förstalinjeboken Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa*. (2018). Sveriges Kommuner och Landsting. <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2020/03/Forstalinjeboken.pdf>
6. Guerrera S, Pontillo M, Tata MC, Di Vincenzo C, Bellantoni D, Napoli E, Valeri G, Vicari S. Anxiety in Autism Spectrum Disorder: Clinical Characteristics and the Role of the Family. *Brain Sci*. 2022 Nov 22;12(12):1597. doi: 10.3390/brainsci12121597. PMID: 36552057; PMCID: PMC9775263.
7. Jablonska B, Dalman C, Wicks S. Förekomst av psykisk ohälsa och vårdkonsumtion i Stockholms län bland ungdomar och vuxna: Geografisk variation och samband med bostadsområdets socioekonomiska struktur. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:4
8. Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 337–346. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>
9. Li, F., Cui, Y., Li, Y., Guo, L., Ke, X., Liu, J., Luo, X., Zheng, Y., & Leckman, J. F. (2022). Prevalence of mental disorders in school children and adolescents in China: diagnostic data from detailed clinical assessments of 17,524 individuals. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(1), 34–46. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/jcpp.13445>
10. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
11. Speranza AM, Liotti M, Spoletini I, Fortunato A. Heterotypic and homotypic continuity in psychopathology: a narrative review. *Front Psychol*. 2023 Jun 15;14:1194249. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1194249. PMID: 37397301; PMCID: PMC10307982.
12. Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
13. Sun S, Kuja-Halkola R, Faraone SV, D'Onofrio BM, Dalsgaard S, Chang Z, Larsson H. Association of Psychiatric Comorbidity With the Risk of Premature Death Among Children and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*

Psychiatry. 2019 Nov 1;76(11):1141-1149. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1944. PMID: 31389973; PMCID: PMC6686979.

14. Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;(406):14-23. PMID: 11131466.
15. Åhlén J, D. H., Muwonge J, Lundin A, Wicks S. (2022). *Psykisk ohälsa i Stockholms län – nuläge och förslag.*



ISBN 978-91-988021-6-0