

Socioekonomisk ojämlikhet i psykisk ohälsa i Sverige – hur stora är skillnaderna och vad driver utvecklingen?

**ANNA LINDER,
GAWAIN HECKLEY
OCH ULF-G
GERDTHAM**

Anna Linder är doktorand i hälsoekonomi vid Lunds universitet.
anna.linder@med.lu.se

Gawain Heckley är postdoktor i hälsoekonomi vid Lunds universitet.
gawain.heckley@med.lu.se

Ulf-G Gerdtham är professor i hälsoekonomi vid Lunds universitet.
ulf.gerdtham@nek.lu.se

Författarna forskar bl a om ojämlikhet i hälsa samt om samband mellan hälsa och sociala och ekonomiska levnadsförhållanden.

Artikeln är en sammanfattning av Linder m fl (2018), som ursprungligen utformades på uppdrag av Folkhälsomyndigheten inom ett regeringsuppdrag gällande bestämningsfaktorer för jämlik psykisk hälsa.

Utvecklingen av psykisk ohälsa har fått stor uppmärksamhet under senare tid och ses som en av folkhälsans största utmaningar framöver. I studien undersöker vi hur den psykiska ohälsan och dess ojämlikhet har utvecklats bland befolkningen i Sverige och vilka faktorer som har betydelse för utvecklingen. Det är inte mycket som talar för att den psykiska ohälsan har ökat bland den vuxna befolkningen som helhet; däremot kan vi se att den har ökat i vissa redan utsatta grupper. Generellt ser vi ökade ojämlikheter i psykisk ohälsa som är relaterade till kön, utbildning, inkomst och deltagande på arbetsmarknaden.

Det rapporteras att den psykiska ohälsan har ökat (Folkhälsomyndigheten 2019), särskilt bland den unga befolkningen (Socialstyrelsen 2017), men det råder stor osäkerhet kring hur man ska tolka utvecklingen av olika mått på psykisk ohälsa (Bremberg och Dalman 2015). Tidigare forskning visar att de utbildningsrelaterade skillnaderna i dödlighet och för tidig död har ökat i Sverige, samt att de har ökat mer i de nordiska länderna jämfört med övriga västeuropeiska länder (Mackenbach m fl 2015, 2016). Däremot saknas studier på utvecklingen av socioekonomisk ojämlikhet i psykisk ohälsa.¹ Det finns ett behov av bättre kunskap, inte minst bland beslutsfattare på myndigheter och i kommuner, om skillnader i psykisk hälsa som är kopplade till exempelvis kön, socioekonomi och utländsk bakgrund. Den kunskap som behövs rör dels hur stora skillnaderna faktiskt är, dels vilka faktorer som kan förklara utvecklingen.

Vi undersöker därför hur den psykiska ohälsan har utvecklats bland den vuxna befolkningen (31–64 år) i Sverige under perioden 1994–2011, samt hur de inkomst- och utbildningsrelaterade skillnaderna i psykisk ohälsa har förändrats under samma period. Vi undersöker vidare hur ett antal demografiska, sociala och socioekonomiska faktorer har förändrats bland befolkningen och vilken roll dessa faktorer har haft för ojämlikhetens utveckling. Studien baseras dels på svenska registerdata från *The Swedish Interdisciplinary Panel* (SIP; administrerad av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds universitet), dels på Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF; administrerad av SCB).

¹ Med socioekonomisk ojämlikhet i hälsa menas systematiska skillnader i hälsa mellan olika grupper definierade utifrån socioekonomisk status. Socioekonomisk status syftar på social eller ekonomisk situation, ofta beskriven av inkomst, utbildning eller yrke. Socioekonomisk ojämlikhet i hälsa föreligger när hälsan inte är jämnt fördelad mellan grupper utifrån inkomst, utbildning eller yrke. ”Ojämlikhet” och ”skillnad” används omväxlande i denna artikel.

Det är komplicerat att mäta förekomsten av psykisk ohälsa, vilket medför osäkerhet vid uppskattningar av storleken på den psykiska ohälsan bland befolkningen. Vårdregisterbaserade och självrapporterade mått på psykiska besvär speglar att personer som drabbas av psykiska besvär söker vård i olika utsträckning, respektive att de över- eller underrapporterar besvär. Inte sällan används suicid som en ”mer objektiv” indikator på psykisk ohälsa. Även detta mått kan dock ifrågasättas, då suicid snarare är en konsekvens av psykisk ohälsa och har stark koppling till om man får behandling för sina psykiska besvär och hur framgångsrik denna behandling är. Det finns också problem med att mäta förekomsten av psykisk ohälsa över tid, dels för att samsyn och praxis för diagnostisering förändras över tid, dels för att synen på och stigmatiseringen av psykisk ohälsa förändras över tid, vilket i sin tur kan påverka rapporteringen av sådana besvär. På grund av dessa mätproblem använder vi i studien flera olika indikatorer för psykisk ohälsa: självrapporterad ångest, psykiatriska diagnoser² inom slutenvården och inom den specialiserade öppenvården samt suicid som dödsorsak. På så vis kan vi jämföra resultaten och se om slutsatserna skiljer sig mellan de olika indikatorerna på psykisk ohälsa.

Det finns också svårigheter med att jämföra ojämlikhet i hälsa över tid. Jämförelser mellan olika inkomst- och utbildningsgrupper blir lätt godtyckliga eftersom dessa sällan tar hänsyn till att befolkningssammansättningen inom de olika grupperna förändras över tiden. Om man jämför hur skillnader i psykisk ohälsa har utvecklats mellan låg- och högutbildade bör man exempelvis ta hänsyn till att andelen i befolkningen som är lågutbildad har minskat. Förändringen i ojämlikhet kan både bero på att den psykiska ohälsan har förändrats i olika takt i olika grupper, eller att grupperna i sig har förändrats. I studien används därför koncentrationsindex för att mäta den socioekonomiska ojämlikheten i psykisk hälsa.³ Förändringen av ojämlikhet beror dock både på ursprunglig nivå av psykisk ohälsa och förändringstakt, och utvecklingen kan gå i olika riktning beroende på om man mäter absoluta eller relativa skillnader. Vi mäter därför koncentrationsindex baserat på både relativa och absoluta skillnader.⁴

² De psykiatriska diagnoser som inkluderas är följande diagnosgrupper (ICD-10): F20–29, F30–39, F40–48 och F60–69.

³ Koncentrationsindex (KI) mäter graden av ojämn fördelning av ett hälsoutfall, exempelvis självrapporterad ångest, rangordnat på en socioekonomisk indikator, exempelvis inkomstnivå. Relativt koncentrationsindex (RKI) är ett standardiserat mått som för relativ ojämlikhet ligger mellan -1 (fullständig koncentration av hälsoutfallet till de fattigaste individerna) och +1 (fullständig koncentration av hälsoutfallet till de rikaste individerna). RKI = 0 återspeglar en jämn fördelning av hälsoutfallet över den socioekonomiska rangordningen. Absolut KI (AKI) ligger på liknande vis mellan 0 och \pm medelnivån i hälsoutfallet.

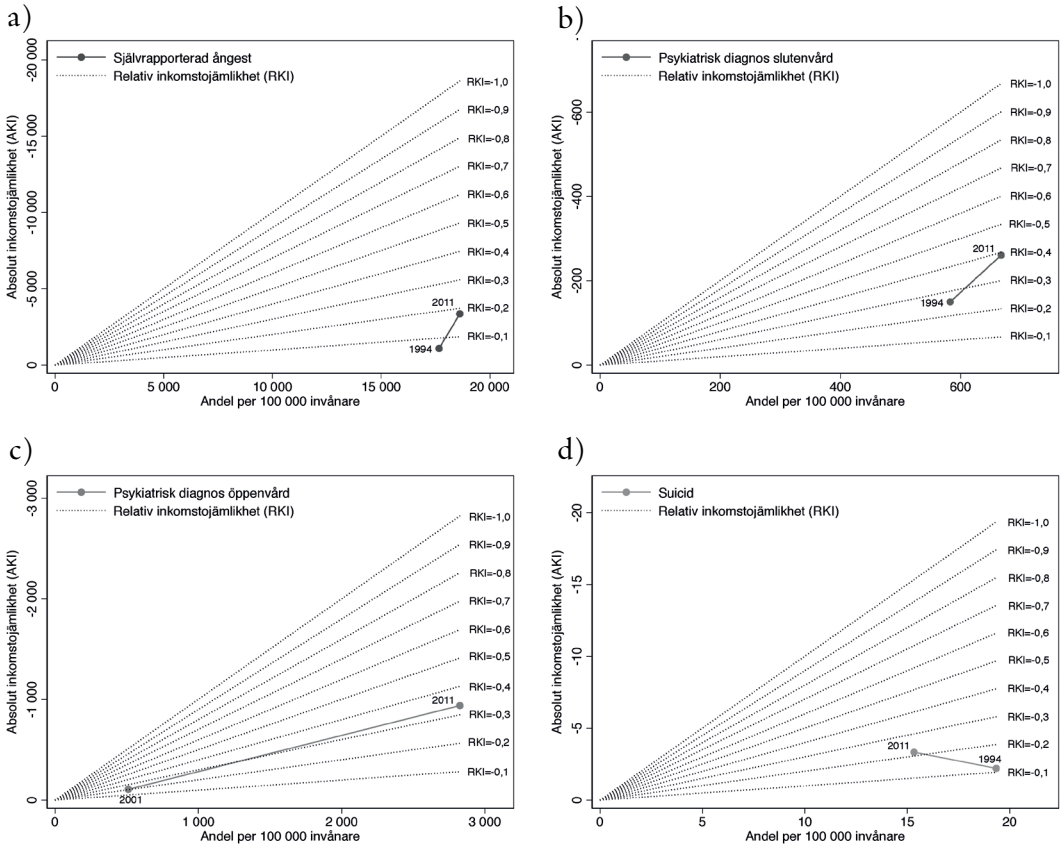
⁴ Med absolut och relativ ojämlikhet i hälsa menas skillnaden i hälsa mellan grupper (eller individer) i absoluta eller relativa termer. Skillnaden i exempelvis medellivslängd mellan två grupper reflekterar en absolut ojämlikhet, medan kvoten av medellivslängder reflekterar en relativ ojämlikhet.

1. Utvecklingen av psykisk ohälsa och dess fördelning

I figur 1 presenteras utvecklingen av psykisk ohälsa och utvecklingen av dess ojämlikhet baserat på absoluta och relativa inkomstskillnader. Förändringen i självrapporterad ångest, psykiatriska diagnoser inom slutenvård och specialiserad öppenvård samt suicid som dödsorsak visas längs x-axeln. Exempelvis kan vi se att andelen i befolkningen som rapporterar ångest inte har förändrats avsevärt – den låg på ungefär 17 700 per 100 000 invånare år 1994 och på ungefär 18 600 per 100 000 invånare år 2011. Suicid som dödsorsak har minskat över den studerade perioden, medan psykiatriska diagnoser inom slutenvården och den specialiserade öppenvården har ökat. Det är dock endast diagnoserna inom slutenvården som tyder på en ökning av ohälsan i sig. Detta beror på att det har skett betydande förändringar gällande inrapportering av diagnoser till öppenvårdsregistret.⁵ En samlad bild av resultaten tyder således inte på att förekomsten av psykisk ohälsa har ökat bland den vuxna befolkningen och dessa resultat visar att det har stor betydelse *på vilket sätt psykisk ohälsa mäts* för slutsatser gällande dess utveckling. Skulle vi bara se till utvecklingen av psykiatriska diagnoser så skulle denna tyda på en ökning av den psykiska ohälsan, medan självrapporterade psykiska besvär och suicid indikerar en oförändrad respektive minskad nivå av psykisk ohälsa.

Däremot visar analyserna att de inkomstrelaterade skillnaderna i psykisk ohälsa har ökat signifikant över den studerade perioden, både vad gäller relativa och absoluta ojämlikheter. Psykisk ohälsa är ojämnt koncentrerad till dem med lägre inkomster, vilket kan ses genom de negativa värdena på koncentrationsindex för alla de indikatorer på psykisk ohälsa som beaktas. Förändringen i absolut inkomstojämlikhet visas längs y-axeln i figur 1 och förändringen i relativ inkomstojämlikhet visas med hjälp av konturlinjerna. Exempelvis kan vi se att absolut koncentrationsindex (AKI) för självrapporterad ångest ökade från AKI -1 086 år 1994 till AKI -3 358 år 2011. Relativt koncentrationsindex (RKI) för självrapporterad ångest ökade från RKI -0,06 år 1994 till RKI -0,18 år 2011. Mest har de relativa ojämlikheterna ökat för just självrapporterad ångest, men även för suicid kan vi se kraftigt ökade inkomstrelaterade skillnader under den studerade perioden, från RKI -0,11 år 1994 till RKI -0,22 år 2011. Störst ojämlikhet ser vi däremot när psykisk ohälsa mäts med diagnoser inom slutenvården och den specialiserade öppenvården, RKI -0,39 och RKI -0,33 för slutenvård respektive öppenvård år 2011, vilket alltså reflekterar en högre grad av ojämlikhet jämfört med självrapporterad ångest och suicid (kom ihåg att RKI 0 motsvarar ingen ojämlikhet och RKI -1 motsvarar fullständig ojämlikhet).

⁵ Läkarpbesök inom den specialiserade öppenvården började samlas in till patientregistret först år 2001 och det har sedan dess varit stora brister i inrapporteringen. Bortfallet består både av besök som inte registrerats, särskilt under de första åren, och besök som registreras utan diagnoskod. Bortfallet av diagnoser var vid början av inrapporteringen (år 2001) runt 30 procent men har minskat över tid och därmed bidragit till ökat antal diagnoser, varför förändringar i öppenvårdsdiagnoser bör tolkas med försiktighet.

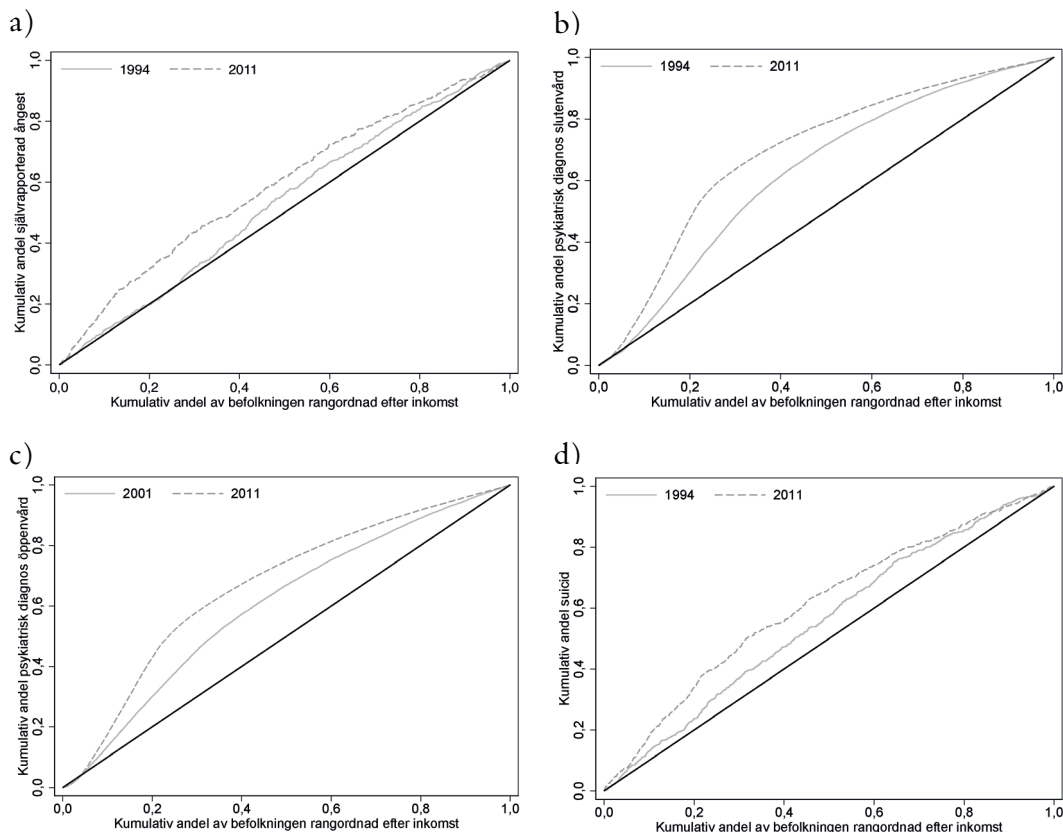


Ann: Medelnivå anges längs x-axeln, absolut koncentrationsindex (AKI) längs y-axeln och relativt koncentrationsindex (RKI) längs konturlinjerna. Socioekonomisk rankingvariabel är ekvivalerad disponibel hushållsinkomst, vilken tar hänsyn till hushållets sammansättning.

Källa: Egna beräkningar av data från SCB och Socialstyrelsen, se Linder m fl (2018).

Figur 1
Utvecklingen av psykisk ohälsa och dess fördelning

Som tidigare nämnts har både de absoluta och de relativa inkomstrelaterade skillnaderna i psykisk ohälsa ökat under den studerade perioden och det är intressant att studera hur denna utveckling förhåller sig till förändringen av nivå. Som visas i figur 1 ökade den absoluta skillnaden i psykiatriska slutenvårdsdiagnoser från AKI -149 år 1994 till AKI -260 år 2011, medan andelen som fick en diagnos ökade från 580 till 670 per 100 000 invånare under samma period (AKI 0 reflekterar ingen ojämlikhet och AKI -580 och AKI -670 vid respektive tidpunkt motsvarar fullständig ojämlikhet). De absoluta inkomstrelaterade skillnaderna i psykiatriska slutenvårdsdiagnoser ökade alltså mer än själva nivån, vilket indikerar att ökningen drevs främst, eller enbart, av dem med lägre inkomster. Detsamma gäller för självrapporterad ångest, där AKI ökade nästan tre gånger så mycket som ökningen av den totala nivån. Andelen med psykiatriska diagnoser inom den specialiserade öppenvården ökade dramatiskt under den studerade perioden, vilket som tidigare nämnts inte bör tolkas som en ökning av ohäl-



Figur 2
Förändringen av koncentrationskurvan över inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk ohälsa

Ann: Kurvan anger kumulativ andel av respektive hälsoutfall på y-axeln och kumulativ andel av befolkningen rankad efter hushållsinkomst på x-axeln. Den diagonala linjen representerar en jämlik fördelning av hälsoutfallet efter inkomst. Om koncentrationskurvan ligger ovanför denna jämlikhetslinje är hälsoutfallet oproportionellt koncentrerat till personer med lägre inkomst och om koncentrationskurvan ligger under jämlikhetslinjen är hälsoutfallet oproportionellt koncentrerat till personer med högre inkomst.

Källa: Egna beräkningar av data från SCB och Socialstyrelsen; se Linder m fl (2018).

san i sig; däremot tyder resultaten på ökad absolut och relativ ojämlikhet även för dessa diagnoser. När det gäller suicid ökade både absoluta och relativa ojämlikheter samtidigt som den totala nivån minskade. Det innebär att suicid som dödsorsak minskade relativt mer, eller enbart, bland dem med högre inkomster. Resultaten visar att förekomsten av psykisk ohälsa skiljer sig stort baserat på socioekonomi och med facit i hand är det därför svårt att dra slutsatser om utvecklingen av psykisk ohälsa bland den studerade gruppen som helhet.

I figur 2 visas hur de olika indikatorerna för psykisk ohälsa är fördelade över befolkningen baserat på inkomst med sk koncentrationskurvor. Kurvorna visar att det är dem med allra lägst inkomster som är särskilt drabbade; 30 procent av dem som rapporterar ångest och 40 procent av dödsfall som är orsakade av suicid återfinns år 2011 i den femtedel av befolkningen

som har lägst inkomster. Dessutom tillhör runt hälften av dem som fått en psykiatrisk diagnos inom sluten- eller öppenvården samma ekonomiskt utsatta grupp.

Sammantaget tyder våra resultat på att de absoluta såväl som de relativa inkomstrelaterade ojämlikheterna i psykiska ohälsa har ökat bland den vuxna befolkningen i Sverige. Resultaten tyder vidare på att det är de med allra lägst inkomster som är särskilt utsatta. Däremot är det inte lika tydligt hur förekomsten av psykisk ohälsa har utvecklats bland den vuxna befolkningen som helhet och här skulle mer stratifierade analyser behövas.

De utbildningsrelaterade skillnaderna i psykisk ohälsa är betydande och ökande över tid, dock är de något mindre än de inkomstrelaterade skillnaderna (Linder m fl 2018). Utbildningsrelaterade skillnader i psykisk ohälsa diskuteras inte vidare i denna artikel.

2. Vad påverkar den psykiska ohälsans fördelning?

De ökande socioekonomiska skillnaderna i psykisk ohälsa visar att förebyggande insatser kan riktas mot vissa grupper för att åstadkomma en mer jämlik fördelning. Men för att kunna ta fram verkningsfulla åtgärder så behöver man veta mer om vilka faktorer som har betydelse för den psykiska hälsan. Sådana bestämningsfaktorer kan vara omständigheter eller egenskaper som antingen leder till en högre risk för psykisk ohälsa, s k riskfaktorer, eller sådana som leder till en lägre risk, s k skyddsfaktorer. Vi undersöker därför kopplingen mellan psykisk ohälsa och flera demografiska, sociala och socioekonomiska faktorer såsom kön, ålder, civilstånd, social isolering, utländsk bakgrund, utbildning och arbetskraftsdeltagande. Vi undersöker också kopplingen mellan dessa faktorer och *socioekonomisk ojämlikhet i psykisk ohälsa* (mätt med koncentrationsindex) genom att använda en nyligen utvecklad metod, s k RIF-regression (Heckley m fl 2016). RIF-regression (*Re-Centered Influence Function*) bryter ner indikatorn för ojämlikhet i psykisk ohälsa, exempelvis koncentrationsindex, till hur mycket varje individ bidrar till ojämlikheten. På så vis kan man använda vanlig regressionsanalys för att skatta hur var och en av de demografiska, sociala och socioekonomiska bestämningsfaktorerna bidrar till ojämlikheten.

Vår analys visar att flera av de undersökta faktorerna har betydelse för psykisk ohälsa och dess fördelning. Låg utbildning (endast grundskola) är en riskfaktor och hög utbildning (eftergymnasial utbildning) är i sin tur en skyddsfaktor, jämfört med personer som har medelhög utbildning (gymnasieutbildning). Troligtvis beror den sämre psykiska hälsan bland lågutbildade inte bara på det faktum att de har låg utbildning, utan att man genom att ha en låg utbildning också utsätts för en rad andra riskfaktorer, exempelvis ekonomisk utsatthet, sämre fysisk hälsa, mindre socialt skydds nät etc, som i kombination leder till sämre psykisk hälsa inom vissa grupper (se exempelvis Diderichsen m fl 2012). Att inte ha ett arbete är den riskfaktor som är starkast kopplad till psykisk ohälsa och att vara kvinna är vidare en

riskfaktor för både självrapporterad ångest och psykiatriska diagnoser. Att vara kvinna är dock en skyddsfaktor för suicid. Resultaten visar också att relationer och socialt umgänge har stor betydelse för den psykiska hälsan. Den som lever som gift eller sambo har betydligt lägre risk för att rapportera ångest, att få en psykiatrisk diagnos och att avlida genom suicid. För självrapporterad ångest kan vi även undersöka vilken betydelse ensamhet har. De som upplever sig som socialt isolerade, dvs inte träffar familj eller nära vänner på veckobasis, rapporterar betydligt oftare ångest. Att vara socialt isolerad är en lika stor riskfaktor för ångest som att inte ha ett arbete, men en mindre andel av befolkningen upplever att de är socialt isolerade.

När det gäller kopplingen mellan utländsk bakgrund och psykisk ohälsa skiljer sig sambanden beroende på vilket utfall som studeras och om man undersöker betydelsen av att vara utrikes född eller att ha utrikes födda föräldrar. De som är födda utanför Sverige rapporterar i högre utsträckning att de lider av ångest medan de som har utrikes födda föräldrar oftare får en psykiatrisk diagnos inom slutenvården, jämfört med dem som inte har någon utländsk bakgrund. Båda indikatorerna för utländsk bakgrund är också kopplade till en högre risk för diagnoser inom öppenvården. När det gäller suicid går sambanden emellertid åt olika håll: att vara utrikes född är kopplat till en lägre risk och att ha utrikes födda föräldrar är kopplat till en högre risk, jämfört med dem födda i Sverige.

Det finns kopplingar mellan flera av de studerade faktorerna och *ojämlikhet i psykisk ohälsa* (mätt med koncentrationsindex). Att inte ha ett arbete har stark koppling till högre grad av ojämlikhet för alla de använda måtten på psykisk ohälsa. Det beror dels på att samvariationen mellan psykisk ohälsa och inkomst är hög bland dem som står utan arbete, dels på att en relativt stor del av befolkningen står utan arbete. Vidare är både hög och låg utbildning kopplat till högre ojämlikhet i vissa mått av psykisk ohälsa. Det är inte helt enkelt att förstå denna koppling eftersom hög utbildning är en skyddsfaktor för psykisk ohälsa medan låg utbildning är en riskfaktor. Att både hög och låg utbildning är kopplat till högre ojämlikhet beror på att samvariationen mellan psykisk ohälsa och inkomst är högre både för dem med hög och låg utbildning jämfört med dem som har medelhög utbildning. Att vara kvinna, att leva som gift eller sambo eller att vara utrikes född är i stället kopplat till en jämnare fördelning av psykiatriska diagnoser, dvs lägre ojämlikhet. Detta beror i sin tur på att samvariationen mellan psykisk ohälsa och inkomst är lägre i dessa grupper jämfört med respektive motpart.

3. Kan vi hitta förklaringar till utvecklingen av psykisk ohälsa och dess ojämlikhet?

I föregående avsnitt kunde vi se att de inkomstrelaterade ojämlikheterna i psykisk ohälsa har ökat över tid bland befolkningen i Sverige. Vi kunde också se att flera demografiska, sociala och socioekonomiska faktorer är

kopplade till psykisk ohälsa och dess fördelning. Vi fortsätter därför att undersöka om, och i så fall på vilket sätt, förändringar i befolkningens sammansättning har bidragit till utvecklingen av psykisk ohälsa och dess ojämlikhet. I studien genomförs därför en sk Oaxaca-Blinder-dekomponering (Blinder 1973; Oaxaca 1973) av förändringen i psykisk ohälsa och dess ojämlikhet mellan 1994 och 2011. Med denna metod kan vi se hur förändringar i befolkningen, exempelvis ökad invandring och högre utbildningsnivå, kopplas till utvecklingen.⁶ Vi kan också se om betydelsen av dessa faktorer har förändrats över tid, exempelvis om psykisk ohälsa har blivit mer koncentrerad bland kvinnor och på så vis bidragit till utvecklingen.⁷

Överlag så förklarar förändringar i befolkningens sammansättning inte utvecklingen av psykisk ohälsa, förutom den ökade förekomsten av psykiatriska slutenvårdsdiagnoser, som till viss del förklaras av befolkningsförändringar. Dock kan vi se att det faktum att utbildningsnivån har ökat, och att andelen av befolkningen som är gift eller sambo har minskat, har haft betydelse för utvecklingen. Färre personer är lågutbildade och fler är högutbildade år 2011 jämfört med år 1994, vilket förklarar lägre nivåer av psykisk ohälsa, eftersom utbildning har ett skyddande samband med psykisk ohälsa. Samtidigt visar resultaten att betydelsen av att vara lågutbildad har ökat över tid och att låg utbildning kopplas till en ökad risk för att få en psykiatrisk diagnos. I befolkningen har vi alltså en över tid krympande grupp av lågutbildade personer som har en allt högre förekomst av psykisk ohälsa. Vidare har andelen av befolkningen som lever med en annan människa minskat över tid, vilket förklarar ökade nivåer av ohälsa (eftersom det finns ett skyddande samband mellan att vara gift/sambo och psykisk ohälsa). Dessutom verkar det skyddande sambandet av att leva tillsammans med en annan människa minska i betydelse över tid, vilket också kan kopplas till ökad psykisk ohälsa, åtminstone när det gäller slutenvårdsdiagnoser och suicid.

Andra förändringar är att en större andel av befolkningen står utan arbetsinkomst och en större andel har utländsk bakgrund. Båda dessa förändringar förklarar ökad förekomst av psykisk ohälsa, förutom för suicid, där att vara utrikes född är en skyddande faktor och således förklarar en

⁶ Med denna metod är det alltså möjligt att förklara skillnader mellan två grupper, eller som i detta fall förändringar mellan två tidsperioder, genom att bryta ner den observerade skillnaden/förändringen i två delar. Den första delen avser det som kan förklaras med hjälp av en förändrad sammansättning bland befolkningen ("förklarad del"). Exempelvis: Hur har en ökande andel utrikesfödda i befolkningen påverkat utvecklingen av suicid? Den andra delen avser det förändrade sambandet mellan de studerade faktorerna och utfallet ifråga ("oförklarad del"). Exempelvis: Hur har det förändrade sambandet mellan suicid och att vara utrikes född påverkat utvecklingen av suicid? På så vis kan vi se hur stor del av förändringen i psykisk ohälsa som kan kopplas till sammansättningsförändringar i befolkningen, respektive hur stor del av förändringen som kan kopplas till förändrad betydelse av de studerade demografiska, socioekonomiska och sociala faktorerna.

⁷ I vissa fall hänvisar vi till förändringar i befolkningen som "förklaringar" till utvecklingen av psykisk ohälsa. Vi vill understryka att inga kausala tolkningar av resultaten bör göras och att denna formulering refererar till den "förklarande delen" inom metoder för dekomponering.

(liten) del av den nedåtgående trenden i suicid. Betydelsen av att inte ha ett arbete har också ökat över tid; förutom att andelen utan arbete alltså har ökat har denna grupp också fått sämre psykisk hälsa, relativt sett, jämfört med dem som arbetar.

Andelen kvinnor har inte förändrats under den studerade perioden och kan således inte förklara någon förändring av ohälsan. Däremot har alla indikatorer för psykisk ohälsa blivit mer koncentrerade till kvinnor över tid. Kvinnors psykiska hälsa har således försämrats i relation till mäns psykiska hälsa och detta gäller oavsett om indikatorn för psykisk ohälsa i sig har ökat (psykiatriska diagnoser), minskat (suicid) eller varit oförändrad (självrapporterad ångest) totalt sett bland befolkningen.

Överlag förklaras inte heller de ökande inkomstrelaterade skillnaderna i psykisk ohälsa av sammansättningsförändringar i befolkningen, förutom när det gäller den ökande ojämlikheten i suicid, som verkar bero på sådana förändringar. Om man ser till förändringar i de specifika faktorerna tyder resultaten på att ökade inkomstrelaterade skillnader i psykiatriska diagnoser över tid förklaras av det faktum att fler står utan arbete och att färre lever som gift eller sambo i befolkningen. Att fler står utan arbete förklarar också ökad ojämlikhet i suicid. Detta beror, som tidigare förklarats, på hur psykisk ohälsa och inkomst samvarierar i de olika grupperna. Att vara utrikes född är också kopplat till lägre ojämlikhet i diagnoser och suicid. Att andelen som är utrikes födda har ökat bidrar alltså till minskad ojämlikhet i båda dessa avseenden.

4. Avslutande kommentarer

Studien visar att hur psykisk ohälsa mäts har stor betydelse för vilka slutsatser som dras om utvecklingen av psykisk ohälsa och dess ojämlikhet. Psykiatriska diagnoser, självrapporterade psykiska besvär och suicid går i olika riktning och studier av de enskilda indikatorerna skulle således leda till olika slutsatser gällande utvecklingen av psykisk ohälsa. Det är inte mycket som tyder på att den psykiska ohälsan har ökat bland den vuxna befolkningen som helhet, men däremot skiljer sig förekomsten av psykiska besvär betydligt mellan olika befolkningsgrupper i Sverige. De socioekonomiska ojämlikheterna i psykisk ohälsa är betydande och ökade mellan åren 1994 och 2011. Några grupper i samhället som redan innan studien var särskilt drabbade av psykisk ohälsa, exempelvis kvinnor, personer utanför arbetsmarknaden och de med allra lägst utbildning och inkomster, fick under den studerade perioden en ytterligare försämrad position om man ser till hur den psykiska ohälsan är fördelad. Flera demografiska, sociala och socioekonomiska faktorer bland befolkningen är signifikant kopplade till både psykisk ohälsa och dess ojämlikhet. Däremot är förändringar i befolkningen gällande dessa faktorer inte associerade med de ökande ojämlikheterna i någon högre grad, vilket tyder på att det är något annat som driver utvecklingen.

- Blinder, A S (1973), "Wage Discrimination: Reduced Form and Structural Estimates", *Journal of Human Resources*, vol 8, s 436-455.
- Bremberg, S och C Dalman (2015), "Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga", kunskapsöversikt från Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE), Stockholm.
- Diderichsen, F m fl (2012), "Health Inequality: Determinants and Policies", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol 40, s 12-105.
- Folkhälsomyndigheten (2019), "Folkhälsans utveckling - psykisk ohälsa", www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/.
- Heckley, G, U-G Gerdtham och G Kjellsson (2016), "A General Method for Decomposing the Causes of Socioeconomic Inequality in Health", *Journal of Health Economics*, vol 48, s 89-106.
- Linder, A, D Spika, U-G Gerdtham, S Fritzell och G Heckley (2018), "Mental Health and Its Socioeconomic Inequality in Sweden: The Role of Demographic Changes over Time", Working Paper 2018:26, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- Mackenbach, J P m fl (2016), "Changes in Mortality Inequalities over Two Decades: Register Based Study of European Countries", *BMC*, vol 353, i1732.
- Mackenbach, J P m fl (2015), "Trends in Inequalities in Premature Mortality: A Study of 3.2 Million Deaths in 13 European Countries", *Journal of Epidemiol Community Health*, vol 69, s 207-217.
- Oaxaca, R (1973), "Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets", *International Economic Review*, vol 14, s 693-709.
- Socialstyrelsen (2017), "Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna", rapport, www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-12-29.pdf.