

Økt bruk av psykiske diagnoser for unge

TEKST

Ragnhild Haugli Bråten
Susanna Sten-Gahmberg
Christoffer Bugge
Ivar Sønbo Kristiansen
Erlend Strand Gardsjord
Erik Magnus Sæther

PUBLISERT 1. april 2023

DOI <https://doi.org/10.52734/VHHP4493>

ABSTRACT:

Background/aim: Substance abuse and mental illness cause considerable health loss in Norway. Prescription and survey data indicate increased occurrence of such ailments among young people. The aim of this study was to explore the trend in the assignment of mental health diagnoses among primary care physicians and in specialist health care.

Methods: We linked data from the national primary care register Norwegian Control and Payment of Health Reimbursements Database (KUHR) and the Norwegian Patient Registry for specialist care for the years 2008-2018 for individuals born between 1986 and 1997. For each episode of care, we received information on age, sex and registered diagnosis. We estimated proportions of the population that had been diagnosed with various mental illnesses for the age groups 15-21 and 22-28 in the birth cohorts 1993-1997 and 1986-1990.

Results: In the cohort that turned 21 years of age in 2018, 30% of women and 23% of men had been diagnosed with a mental illness during the period 2012-2018. The proportions increased from 23% for women and 21% for men in the cohort that turned 21 years of age in 2014. A similar increase was observed among those aged 22-28. Anxiety and depression-related diagnoses accounted for the greatest increases in both age groups.

Implications: We find increased assignment of mental health diagnoses for young people during the period 2008-2018. This increase may be caused by a higher occurrence of mental health problems and illnesses, expanded treatment provision, change of diagnostic criteria among clinicians and/or a lower threshold for seeking help.

Keywords: mental health diagnoses, mental illness, mental disorders, young adults, youth

EMNER

psykiske diagnoser

psykiske lidelser

psykiske plager

unge voksne

Ungdommer

Psykiske lidelser og ruslidelser rammer svært mange mennesker. De medfører en betydelig reduksjon i livskvalitet og var i 2016 de nest viktigste årsakene til helsetap i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Blant unge i alderen 18 til 29 år er psykiske lidelser den vanligste årsaken til uførhet (Bragstad, 2018), noe som viser hvor viktig det er med forebygging og behandling. For å kunne organisere helse- og velferdstjenester på en effektiv måte trenger vi mer kunnskap om omfanget og utviklingen av psykiske plager og lidelser i de yngre aldersgruppene. Samtidig er forekomsten av psykiske plager og lidelser hos ungdom og unge voksne lite kjent, både nasjonalt og internasjonalt.

Spørreundersøkelser viser at andelen unge i Norge som rapporterer om psykiske plager, har økt. Ungdataundersøkelsen omfatter 666 000 ungdomsskole- og videregående-elever. Fra 2011 til 2019 økte andelen jenter som rapporterte om psykiske plager, fra 16 % til 22 %. Andelen var omtrent uforandret hos gutter (Bakken, 2020). I perioden 2015–2019, og blant videregåendeelevne spesifikt, økte andelen fra 26 % til 30 % hos jenter og fra 9 % til 12 % hos gutter (Bakken, 2020). Levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå (SSB) omfatter aldersgruppen 16 til 24 år. Fra 2015 til 2019 økte andelen som rapporterte å ha vært deprimert det siste året, fra 8 % til 14 % blant kvinner og 4 % til 8 % blant menn (SSB, 2019). Blant ungdom i andre vestlige land har det også vært en økning i selvrapporterte psykiske vansker (Wiens et al., 2020).

Selv om spørreskjemastudiene tyder på en økt forekomst av psykiske plager og lidelser over tid, krever pålitelige anslag at man gjennomfører befolkningsbaserte studier med kliniske intervjuer. En internasjonal systematisk oversikt fant økning over tid både av hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), autismspekterlidelser, angst og depresjon blant barn og unge (Collishaw, 2015). Funnene er imidlertid vanskelige å tolke fordi oversikten omfatter studier som dekker ulike tidsperioder, og som har brukt ulike metoder for å stille diagnoser. Diagnosekriterier endrer seg over tid, og mer åpenhet om mental helse kan ha økt tilbøyeligheten til å rapportere psykiske plager. Samtidig har også senere studier funnet en økning siden århundreskiftet i angst- og depresjonslidelser blant unge (Thorisdottir et al., 2017; Twenge et al., 2018). Norske befolkningsbaserte studier som har brukt kliniske intervjuer på barn, har funnet en økning av angstlidelser (Steinsbekk et al., 2022) og depressive lidelser (Morken al., 2021) fra 4 til 14 år. Den eneste tilsvarende studien av unge voksne fant en forekomst av psykiske lidelser på 26 % i aldersgruppen 20–29 år i 2020 (Knudsen et al., 2021). Vi vet imidlertid ikke hvordan forekomsten av psykiske lidelser blant unge har utviklet seg over tid.

Data fra helseregistre om bruk av legemidler og helsetjenester, og diagnoser på psykiske lidelser og plager, kan også gi indikasjoner på forekomsten. Data fra Reseptregisteret viser økt bruk av legemidler som virker på nervesystemet hos tenåringer og unge voksne i perioden 2004–2017 (Oslo Economics & Frischsenteret, 2020). Oslo Economics og Frischsenteret (2020) har analysert bruk av diagnoser for psykiske plager og lidelser blant unge i perioden 2008–2018 som er blitt registrert hos fastleger (fra KUHR) og i spesialisthelsetjenesten (fra NPR). I kullet som fylte 21 år i 2018 hadde 43 % kvinner og

32 % menn fått en diagnose for psykiske plager eller lidelser gjennom ungdomstiden (15–21 år), noe økning fra tidligere fødselskull (Oslo Economics & Frischsenteret, 2020). Rapporten viser imidlertid ikke hvor mye av økningen som skyldes psykiske lidelser alene, eller hvordan diagnosene fordeler seg mellom ulike undergrupper av psykiske lidelser.

Basert på tidligere undersøkelser er det altså uklart om det faktisk er en økning i psykiske plager og lidelser over tid hos unge, og hvordan forekomsten er fordelt på ulike undergrupper. Formålet med denne studien er å beskrive bruken av diagnoser for psykiske plager og lidelser for to ulike aldersgrupper, 15–21 år og 22–28 år, og se på om det er en økning over tid, og hvilke diagnosegrupper som eventuelt driver utviklingen.

Metode

Datamateriale

Vi innhentet aidentifiserte data på individnivå fra KUHR og NPR for alle behandlingsepisoder registrert av fastleger (primærhelsetjenesten) og i spesialisthelsetjenesten der en psykisk plage eller lidelse var oppført som hoved- eller bidiagnose. Vi definerte psykiske plager registrert av fastleger som diagnosekodene P01–P29 i ICPC-2, psykiske lidelser registrert av fastleger som diagnosekodene P70–P84 og P86–P99 (International Classification of Primary Care; World Health Organization, 2003) og psykiske lidelser registrert i spesialisthelsetjenesten som kodene F00–F99 i ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; World Health Organization, 1993).

For hver behandlingsepisode fikk vi utlevert informasjon om personens diagnose og datoen den ble stilt. Uttrekket ble gjort for fødselskullene 1986–1997, og datamaterialet inneholdt alle behandlingsepisoder i perioden 2008–2018. Dataene ble sammenstilt (koblet) med data fra SSB om personers kjønn og fødselsår. Datamaterialet inneholdt informasjon om totalt 4 632 136 episoder, fordelt på 2 350 001 episoder i årskullene 1986–1990 og 2 282 135 episoder i årskullene 1993–1997.

Dataene fra KUHR omfattet episoder hos fastleger i Norge, mens dataene fra NPR inkluderte opplysninger om polikliniske konsultasjoner, dagbehandlinger og innleggelse ved somatiske sykehus, psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne, private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med helseforetak, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og avtalespesialister innen somatikk og psykisk helsevern.

Beregning av antall personer med ulike diagnoser

For å fange utviklingen i ungdomsperioden ble fem fødselskull, født i årsspennt 1993 til 1997, fulgt fra de var 15 år til de fylte 21 år. For å fange utviklingen i ung voksen alder ble fem fødselskull, født i årsspennt 1986 til 1990, fulgt fra de var 22 år til de fylte 28 år (se tabell 1). Vi kunne slik undersøke om det var en økning i forekomsten i disse to aldersperiodene fra årene 2008–2014 til 2012–2018. For hvert fødselskull beregnet vi

antall personer som i løpet av syvårsperioden hadde minst én behandlingsepisode, der en eller flere av de definerte diagnosekodene var oppgitt som årsak til episoden (hoved- eller bidiagnose). Resultatene ble uttrykt som andel av befolkningen med minst én diagnose i løpet av syvårsperioden og gruppert etter psykiske plager, diagnoser på psykiske lidelser stilt av fastlege eller i spesialisthelsetjenesten og diagnoser på psykiske lidelser som er stilt kun i spesialisthelsetjenesten. Diagnoser som er stilt i yngre alder – før denne syvårsperioden – er ikke inkludert, dersom de ikke også ble registrert i helsetjenesten i løpet av den gitte syvårsperioden. Ettersom en person kan ha flere diagnoser i løpet av syvårsperioden, kan samme person telles i ulike diagnosegrupper. Andelene i de ulike diagnosegruppene summeres derfor ikke til den samlede andelen med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten.

Etisk godkjenning

Dispensasjon fra taushetsplikten ble gitt av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2018/2019/REK sør-øst).

Resultater

Utviklingen i psykiske diagnoser

Figur 1 viser andel av befolkningen som hadde fått diagnoser for psykiske plager eller lidelser i aldersgruppene 15–21 år og 22–28 år, etter kjønn. Figuren skiller mellom diagnoser for psykiske plager registrert av fastlege, psykiske lidelser registrert av fastlege eller i spesialisthelsetjenesten og psykiske lidelser registrert i spesialisthelsetjenesten. Tabell A1 og tabell A2 i appendiks viser antall personer som ligger bak prosentandelene beregnet i figur 1, for fødselskullene som fylte 21 og 28 år.

Andelen som fikk diagnoser for psykiske plager eller lidelser i alderen 15–21 år, har økt for både menn og kvinner over de fem fødselskullene vi studerte (figur 1, øvre panel). Dette gjelder også dersom vi kun ser på psykiske lidelser registrert i spesialisthelsetjenesten. I kullet som fylte 21 år i 2018, hadde 31 % av kvinnene og 22 % av mennene fått diagnoser for psykiske plager i alderen 15–21 år (blå linje i figuren).

Tabell 1

Observert alder blant de undersøkte fordelt etter fødselsår og observasjonsår

	Fødselsår									
	1986	1987	1988	1989	1990	1993	1994	1995	1996	1997
2008	22	21	20	19	18	15	14	13	12	11
2009	23	22	21	20	19	16	15	14	13	12
2010	24	23	22	21	20	17	16	15	14	13
2011	25	24	23	22	21	18	17	16	15	14
2012	26	25	24	23	22	19	18	17	16	15
2013	27	26	25	24	23	20	19	18	17	16
2014	28	27	26	25	24	21	20	19	18	17
2015	29	28	27	26	25	22	21	20	19	18
2016	30	29	28	27	26	23	22	21	20	19
2017	31	30	29	28	27	24	23	22	21	20
2018	32	31	30	29	28	25	24	23	22	21

Merknad. Tabellen gir en oversikt over datasettet og hvilke aldersperioder vi har kunnet følge de ulike fødselskullene. De fargede feltene markerer hvilke årstall vi har benyttet i beregning av antall som har fått diagnoser i alderen 22-28 år og de i alderen 15-21 år.

Andelen med diagnoser for psykiske plager økte med 19 % blant kvinner og 15 % blant menn over de fem fødselskullene vi studerte. Tilsvarende hadde 30 % av kvinnene og 23 % av mennene fått diagnoser for psykiske lidelser, enten i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlege (grønn linje i figuren). Andelene økte over de fem fødselskullene vi studerte. I alt 24 % av kvinnene og 17 % av mennene hadde fått slike diagnoser stilt i spesialisthelsetjenesten (det vil si der diagnoser stilt av fastlege ikke ble tatt med) (rød linje).

For aldersgruppen 22–28 år var andelen diagnostisert med psykiske plager eller lidelser noe høyere. Her hadde 38 % av kvinnene og 27 % av mennene fått diagnoser for psykiske plager. Disse andelene har også økt over tid (figur 1, nedre panel). Når det gjelder diagnoser for psykiske lidelser registrert hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten (grønn linje), hadde 31 % av kvinnene og 23 % av mennene fått diagnoser. Dersom vi kun ser på diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten (rød linje), hadde 22 % av kvinnene og 16 % av mennene fått slike diagnoser.

Figur 1

Andel av befolkning som fikk minst én diagnose i alderen 15–21 år (øverst) og 22–28 år (nederst), i gitte diagnosegrupper. Etter kjønn og kalenderår for fylte 21 år (oppe) og fylte 28 år (nede).



Merknad. Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Psykiske plager er definert ved ICPC-2-kodene P01–P29, psykiske lidelser er definert ved ICD-10-kodene F00–F99 og ICPC-2-kodene P70–P84 og P86–P99, og psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er definert ved ICD-10-kodene F00–F99. Kilde: NPR og KUHR

Tabell 2

Antall og andel av befolkning som har fått minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten i alderen 15–21 år, etter kjønn og fødselskull. Vekst (relativ) fra kullet født 1993 til kullet født 1997.

	Kvinner					Menn				
	1993		1997		Vekst i andel	1993		1997		Vekst i andel
	Antall	Andel	Antall	Andel		Antall	Andel	Antall	Andel	
N	218 369		221 764			230 706		236 608		
Organiske psykiske lidelser, F00–F09	348	0.2 %	336	0.2 %	-5 %	409	0.2 %	332	0.1 %	-21 %
Rusrelaterte psykiske lidelser, F10–F19	6343	2.9 %	6121	2.8 %	-5 %	7866	3.4 %	8039	3.4 %	0 %
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoider, F20–F29	1011	0.5 %	1064	0.5 %	4 %	1418	0.6 %	1404	0.6 %	-3 %
Depresjon og affektive lidelser, F30–F39	18487	8.5 %	23761	10.7 %	27 %	9490	4.1 %	10743	4.5 %	10 %
Nevrotiske, belastningsrelaterte, somatoforme lidelser, F40–F48	21552	9.9 %	29697	13.4 %	36 %	11332	4.9 %	14004	5.9 %	20 %
Atferdssyndromer (fysiologiske faktorer), F50–F59	5385	2.5 %	7207	3.2 %	32 %	765	0.3 %	1178	0.5 %	50 %
Personlighets- og atferdsforstyrrelser voksne, F60–F69	2590	1.2 %	4333	2.0 %	65 %	1452	0.6 %	2227	0.9 %	50 %
Psykisk utviklingshemming, F70–F79	1941	0.9 %	1832	0.8 %	-7 %	2441	1.1 %	2528	1.1 %	1 %
Utviklingsforstyrrelser, F80–F89	3605	1.7 %	4324	1.9 %	18 %	5891	2.6 %	5271	2.2 %	-13 %
Atferdsforstyrrelser barn/ungdom, F90–F98	10343	4.7 %	11044	5.0 %	5 %	13745	6.0 %	14318	6.1 %	2 %

Merknad. For 1993-kullet er diagnoser registrert 2008–2014 (fylte 21 år i 2014), for 1997-kullet er diagnoser registrert 2012–2018 (fylte 21 år i 2018). Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Diagnoser definert ved ICD-10-kodene F00–F98, kategorisert i undergruppene F00–F09, F10–F19, osv., til F90–F98. Kilde: NPR

Tabell 3

Antall og andel av befolkning som har fått minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten i alderen 22–28 år, etter kjønn og fødselskull. Vekst (relativ) fra kullet født 1986 til kullet født 1990.

	Kvinner					Menn				
	1986		1990		Vekst i andel	1986		1990		Vekst i andel
	Antall	Andel	Antall	Andel		Antall	Andel	Antall	Andel	
N	212 099		246 642			222 868		254 989		
Organiske psykiske lidelser, F00–F09	355	0.2 %	583	0.2 %	41 %	535	0.2 %	605	0.2 %	-1 %
Rusrelaterte psykiske lidelser, F10–F19	5448	2.6 %	6851	2.8 %	8 %	10288	4.6 %	12195	4.8 %	4 %
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoider, F20–F29	1217	0.6 %	1279	0.5 %	-10 %	2425	1.1 %	2689	1.1 %	-3 %
Depresjon og affektive lidelser, F30–F39	18046	8.5 %	24695	10.0 %	18 %	10433	4.7 %	13951	5.5 %	17 %
Nevrotiske, belastningsrelaterte, somatoforme lidelser, F40–F48	23105	10.9 %	32330	13.1 %	20 %	12089	5.4 %	17781	7.0 %	29 %
Atferdssyndromer (fysiologiske faktorer), F50–F59	5030	2.4 %	6168	2.5 %	5 %	825	0.4 %	1492	0.6 %	58 %
Personlighets- og atferdsforstyrrelser voksne, F60–F69	4535	2.1 %	7068	2.9 %	34 %	3595	1.6 %	5045	2.0 %	23 %
Psykisk utviklingshemming, F70–F79	773	0.4 %	1492	0.6 %	66 %	1052	0.5 %	1519	0.6 %	26 %
Utviklingsforstyrrelser, F80–F89	522	0.2 %	1111	0.5 %	83 %	606	0.3 %	1143	0.4 %	65 %
Atferdsforstyrrelser barn/ungdom, F90–F98	4002	1.9 %	6287	2.5 %	35 %	4798	2.2 %	7337	2.9 %	34 %

Merknad. For 1986-kullet er diagnoser registrert 2008–2014 (fylte 28 år i 2014), for 1990-kullet er diagnoser registrert 2012–2018 (fylte 28 år i 2018). Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Diagnoser definert ved ICD-10-kodene F00–F98, kategorisert i undergruppene F00–F09, F10–F19, osv., til F90–F98. Kilde: NPR

Undergrupper av psykiske lidelser

Tabell 2 viser antall og andel av befolkningen som hadde fått minst en diagnose for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten i alderen 15–21 år, fordelt etter diagnosegruppe, kjønn og fødselskull. Tabellen viser også prosentvis vekst fra 1993-kullet (fylte 21 år i 2014) til 1997-kullet (fylte 21 år i 2018). Tabell 3 viser tilsvarende for alderen 22–28 år. Blant kvinner utgjør angst- og depresjonslidelser de to største diagnosegruppene. I aldersgruppen 15–21 år hadde 13 % av kvinnene fått angstdiagnoser og 11 % depresjonsdiagnoser. Andelene med disse diagnosene var tilsvarende i aldersgruppen 22–28 år. Blant menn var diagnosene noe jevnere fordelt mellom diagnosegrupper, hvor atferdsforstyrrelser hos barn og unge (inkludert ADHD), angstlidelser, depresjonslidelser og rusrelaterte lidelser utgjorde de største gruppene.

Blant kvinner drev hovedsakelig angst- og depresjonsdiagnoser veksten i psykiske lidelser i perioden. Disse diagnosegruppene var i utgangspunktet størst, og har økt med mellom 18 % og 36 %. De fleste diagnosekategoriene har imidlertid hatt en vekst i perioden. I aldersgruppen 15–21 år har veksten vært betydelig også innen atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (herunder spiseforstyrrelser) og personlighets- og atferdsforstyrrelser for voksne. I aldersgruppen 22–28 år har veksten vært betydelig også innen personlighets- og atferdsforstyrrelser for voksne, utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, og atferdsforstyrrelser for barn og ungdom. Blant menn var veksten i hovedsak drevet av en økning innen angstdiagnoser, både blant 15–21-åringene og 22–28-åringene, og i aldersgruppen 22–28 år skyldtes veksten også depresjonsdiagnoser og atferdsforstyrrelser. Diagnoser innen psykoselidelser (schizofreni) og rusrelaterte lidelser hadde til sammenligning liten eller negativ vekst i perioden.

Diskusjon

Andelen av den unge befolkningen som har fått diagnoser for psykiske plager og lidelser, har økt, både blant kvinner og menn. Blant kvinner er angst og depresjon de vanligste psykiske lidelsene, og det er disse diagnosegruppene som i størst grad har drevet veksten. Blant menn er diagnosene i større grad fordelt på flere grupper, herunder angst, depresjon, atferdsforstyrrelser (for eksempel ADHD) og rusrelaterte psykiske lidelser. Veksten blant menn er i hovedsak drevet av en økning i diagnoser for angst, depresjon og atferdsforstyrrelser.

En mulig forklaring på veksten kan være økt behandlingsskapitet. Antall fastleger per innbygger har økt, fra 8,3 fastleger per 10 000 innbyggere i 2008 til 9,0 i 2018 (+8,4 %) (Claus, 2019), men trolig er noe av denne økningen blitt tatt ut i form av redusert arbeidstid og kortere fastlegelister. I samme periode økte antall psykologer i helse- og sosialtjenesten fra 4109 til 6076 (+48 %) (Statistisk sentralbyrå, 2022), mens antall legespesialister i psykiatri økte fra 1349 til 1896 (+40 %) (Den norske legeforening, 2022).

Samfunnsendringer kan også påvirke forekomsten av psykiske lidelser. Perioden vi presenterer data fra, sammenfaller med fremveksten av sosiale medier, noe som kan ha bidratt til økningen i psykiske plager hos unge (Twenge et al., 2018). Forskning har vist

en sammenheng mellom bruk av sosiale medier og økt forekomst av depressive symptomer, men de fleste studiene er basert på tverrsnittsdata og gir ikke grunnlag for konklusjoner om årsak (Vidal et al., 2020).

Større aksept for og oppmerksomhet om psykisk helse kan også ha bidratt til økt bruk av psykiske diagnoser. Mindre stigma kan senke terskelen både for å søke hjelp og å stille diagnoser. Krav om diagnose for å få ekstraressurser i skolen kan også ha medvirket til den observerte økningen. Videre kan endret praksis i helsetjenesten ha bidratt til vekst i enkeltdiagnoser. For eksempel kan økt bruk av ADHD-diagnoser for unge voksne handle om at denne diagnosen, i større grad enn før, oppfattes som hensiktsmessig å sette også i voksen alder. Økningen i utviklingsforstyrrelser blant de unge voksne kan delvis handle om økt oppmerksomhet rundt autismespekterforstyrrelser i behandlingsapparatet.

Det er også mulig at terskelen for å stille diagnoser blant fagfolk er blitt lavere, som gjenspeiler en samfunnsutvikling der normale utfordringer i livet blir sykeliggjort og grensene for normalitet gradvis innsnevres (Frances 2013). Beeker og medarbeidere (2021) har lansert en teori om en gradvis økende «psykiatisering» i samfunnet, med økt risiko for overdiagnostikk og en dreining av tjenestene fra de alvorligst syke til dem med lettere psykiske plager. Våre resultater kan tas til inntekt for mulig overdiagnostikk, ved at økningen spesielt vises blant de mindre alvorlige psykiske lidelsene, der det kan være særlig vanskelig å trekke grensen mot normalitet. Økningen i diagnostisert ADHD og utviklingsforstyrrelser i voksen alder er i denne sammenhengen særlig interessant, da de som diagnostiseres i voksen alder, kan antas å ha en mindre alvorlig variant enn de som fanges opp som barn.

Økt bruk av psykiske diagnoser betyr ikke nødvendigvis at den psykiske helsen i befolkningen er dårligere enn før. Dersom flere også behandles for psykiske plager og lidelser, kan det ha bedret befolkningens psykiske helse. Den økende og omfattende bruken av psykiske diagnoser i ungdomsbefolkningen gir likevel grunn til bekymring. Dersom årsaken til økt diagnostisering er at flere har psykiske lidelser, utgjør dette et betydelig helsetap for unge. Dersom økningen er drevet frem av at flere oppsøker helsetjenesten og får tilbud om behandling for psykiske plager, er det grunn til å spørre om dette kan ha negative konsekvenser. Har ungdommene blitt friskere av oppmerksomheten, eller kan det tenkes at den medfører sykeliggjøring? En norsk studie indikerer at økt bruk av psykiske diagnoser i helsetjenesten kan ha bidratt til at flere unge faller utenfor utdanning og arbeidsliv (Markussen & Røed, 2020).

Styrken ved denne undersøkelsen er at den er basert på nasjonale registerdata og i prinsippet gir et komplett bilde av registrerte diagnoser. Studien har imidlertid også svakheter. På den ene siden må vi anta at ikke alle med psykiske plager eller lidelser oppsøker helsetjenesten. Det vil si at den reelle forekomsten kan være høyere enn det våre tall viser. På den andre siden er det forhold som tilsier at våre tall basert på registrerte diagnoser kan være høyere enn den reelle forekomsten av psykiske lidelser. Konsultasjoner i helsetjenesten registreres med én eller flere diagnoser, og det er ikke nødvendigvis slik at diagnosene er basert på en fullstendig utredning hver gang.

Diagnosene vi teller, kan derfor være basert på en overordnet vurdering eller diagnoser stilt ved tidligere konsultasjoner, og feilregistrering kan forekomme. Det er grunn til å tro at diagnosene registrert i spesialisthelsetjenesten er mer presise enn hos fastleger. Videre har vi undersøkt samlede diagnoser over en syvårsperiode (syvårs periodeprevalens), som tilsier høyere tall sammenlignet med epidemiologiske studier som gjerne studerer periodeprevalens i en mer avgrenset tidsperiode. Våre prevalensanslag for aldersgruppen 22–28 er likevel på nivå med tidligere anslag basert på diagnostiske intervjuer i en norsk befolkningsstudie (Knudsen et al., 2021). En annen svakhet ved denne studien er at vi ikke har tatt høyde for at samme pasient kan ha flere psykiske diagnoser samtidig. En del av veksten i enkelte diagnosegrupper kan være drevet av økt registrering av bidiagnoser. Dette kan imidlertid ikke forklare at det samlede antallet med psykiske diagnoser har økt over tid.

Konklusjon

Vår undersøkelse viser at stadig flere unge får diagnoser for psykiske plager og lidelser, og at dette særlig gjelder diagnoser innen angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Det er uvisst om dette reflekterer en reell økning i psykiske plager og lidelser i den unge befolkningen. Vi mener at både pasienter, helsepersonell og samfunnet i sin alminnelighet gjør klokt i å drøfte dagens bruk av psykiske diagnoser og mulige årsaker til den økningen vi har beskrevet.

Appendiks

Tabell A1

Antall og andel av befolkning som har fått minst én diagnose i alderen 15–21 år, i gitte diagnosegrupper, etter kjønn og fødselskull. Vekst (relativ) fra kullet født 1993 til kullet født 1997.

	Kvinner					Menn				
	1993		1997		Vekst	1993		1997		Vekst
	Antall	Andel	Antall	Andel		Antall	Andel	Antall	Andel	
<i>N</i>	218 369		221 764			230 706		236 608		
Psykiske plager og lidelser samlet	80245	37 %	93000	42 %	14 %	66482	29 %	75863	32 %	11 %
Psykiske plager	56508	26 %	68246	31 %	19 %	43363	19 %	50954	22 %	15 %
Psykiske lidelser	57704	26 %	67534	30 %	15 %	47475	21 %	53478	23 %	10 %
Psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten	44378	20 %	52920	24 %	17 %	36640	16 %	40366	17 %	7 %

Merknad. For 1993-kullet er diagnoser registrert 2008–2014 (fylte 21 år i 2014), for 1997-kullet er diagnoser registrert 2012–2018 (fylte 21 år i 2018). Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Psykiske plager er definert ved ICPC-2-kodene P01–P29, psykiske lidelser er definert ved ICD-10-kodene F00–F99 og ICPC-2-kodene P70–P84 og P86–P99, og psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er definert ved ICD-10-kodene F00–F99. Kilde: NPR og KUHR

Tabell A2

Antall og andel av befolkning som har fått minst én diagnose i alderen 22–28 år, etter kjønn og fødselskull. Vekst (relativ) fra kullet født 1986 til kullet født 1990.

	Kvinner					Menn				
	1986		1990		Vekst	1986		1990		Vekst
	Antall	Andel	Antall	Andel		Antall	Andel	Antall	Andel	
<i>N</i>	212 099		246 642			222 868		254 989		
Psykiske plager og lidelser samlet	95826	45 %	118799	48 %	7 %	72322	32 %	90826	36 %	10 %
Psykiske plager	74070	35 %	94309	38 %	9 %	54488	24 %	69233	27 %	11 %
Psykiske lidelser	61682	29 %	77153	31 %	8 %	45691	21 %	57830	23 %	11 %
Psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten	39841	19 %	53850	22 %	16 %	29529	13 %	39735	16 %	18 %

Merknad. For 1986-kullet er diagnoser registrert 2008–2014 (fylte 28 år i 2014), for 1990-kullet er diagnoser registrert 2012–2018 (fylte 28 år i 2018). Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Psykiske plager er definert ved ICPC-2-kodene P01–P29, psykiske lidelser er definert ved ICD-10-kodene F00–F99 og ICPC-2-kodene P70–P84 og P86–P99, og psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er definert ved ICD-10-kodene F00–F99. Kilde: NPR og KUHR

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 4, 2023, side 208-215

TEKST

Ragnhild Haugli Bråten

KONTAKT: rbr@osloeconomics.no

Susanna Sten-Gahmberg

Christoffer Bugge

Ivar Sønbo Kristiansen

Erlend Strand Gardsjord

Erik Magnus Sæther

+ Vis referanser

Bakken, A. (2020). Ungdata 2020. Nasjonale resultater (NOVA Rapport 16/20). NOVA, OsloMet. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/08/Ungdata-NOVA-Rapport-2020.pdf>

Beeker, T., Mills, C., Bhugra, D., Te Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M. & von Peter, S. (2021). Psychiatrization of Society: A Conceptual Framework and Call for Transdisciplinary Research. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 645556. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645556>

Bragstad, T. (2018). Vekst i uføretrygding blant ungdom. *Arbeid og velferd*, 2. https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2018/2/m-2651/Vekst_i_uf%C3%B8retrygding_blant_unge

Claus, G. (2019). Flest fastleger per innbygger i små kommuner. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flest-fastleger-per-innbygger-i-sma-kommuner>

- Collishaw, S. (2015). Annual Research Review: Secular Trends in Child and Adolescent Mental Health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370-393.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12372>
- Folkehelseinstituttet. (2018). Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: William Morrow.
- Knudsen, A. K., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., Skogen J. C., Øverland, S. & Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health - Europe*, 4(27), 10071.
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100071>
- Den norske legeforening. (2022). Statistikk over godkjente spesialister.
<https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/spesialister/>
- Markussen, S. & Røed, K. (2020). Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv? *Søkelys på arbeidslivet*, 37(4), 219-237.
<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/issn.1504-7989-2020-04-01>
- Morken, I. S., Viddal, K. R., Ranum, B. & Wichstrøm, L. (2021). Depression from preschool to adolescence - five faces of stability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(8), 1000-1009.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13362>
- Oslo Economics & Frischsenteret. (2020). Psykisk helse og uførhet blant unge (OE-rapport 2020-43). <https://osloeconomics.no/en/publication/psykisk-helse-og-uforhet-blant-unge/>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). Sykelighet. Sykdom, skade eller funksjonshemming, etter kjønn og alder (prosent) 1998-2019. <https://www.ssb.no/statbank/table/11190/>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). Tabell 07941: Næringsfordeling blant sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning. <https://www.ssb.no/statbank/table/07941>
- Steinsbekk, S., Ranum, B. & Wichstrøm, L. (2022). Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(5), 527-534. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>
- Thorisdottir, I., Asgeirsdottir, B. B., Sigurvinsdottir, R., Allegrante, J. P. & Sigfusdottir, I. D. (2017). The increase in symptoms of anxiety and depressed mood among Icelandic adolescents: time trend between 2006 and 2016. *European Journal of Public Health* 27(5), 856-861.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx111>
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L. & Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3-17.
<https://doi.org/10.1177/2167702617723376>
- Vidal, C., Lhaksampa, T., Miller, L. & Platt, R. (2020). Social media use and depression in adolescents: a scoping review. *International Review of Psychiatry*, 32(3), 235-253.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1720623>
- Wiens, K., Bhattarai, A., Pedram, P. A. D., Williams, J., Bulloch, A. & Patten, S. (2020). A growing need for youth mental health services in Canada: examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29, 1-9.
<https://doi.org/10.1017/S2045796020000281>
- World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*.
- World Health Organization (WHO). (2003). *International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2)*.

