



Folkhälsomyndigheten

Skillnader i positiv psykisk hälsa bland olika grupper

En kartläggande litteraturöversikt utifrån kön, ålder, socioekonomisk status,
födelseland och sexuell läggning



Skillnader i positiv psykisk hälsa bland olika grupper

En kartläggande litteraturöversikt utifrån kön, ålder, socioekonomisk status, födelseland och sexuell läggning

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

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

© Folkhälsomyndigheten, 2018.

Artikelnummer: 18088

Förord

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Det bidrar Folkhälsomyndigheten till bland annat genom att följa hälsoläget i olika befolkningsgrupper och genom att sammanställa forskning om de faktorer som påverkar hälsa och ojämlikhet i hälsa. Kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället är dock fortfarande begränsad. Därför fick myndigheten år 2016 ett uppdrag av regeringen att sammanställa kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa – ett uppdrag som även faller inom ramen för den nationella strategin för psykisk hälsa. Innehållet i den här rapporten är ett bidrag till kunskapssammanställningen och behandlar specifikt området god psykisk hälsa.

Begreppet psykisk hälsa används ofta i betydelsen psykisk ohälsa. Däremot är god psykisk hälsa inte detsamma som frånvaro av sjukdom utan har en egen betydelse. För att betona att det inte handlar om ohälsa används ibland begreppet positiv psykisk hälsa. Den här rapporten utgör ett underlag för den som är intresserad av vad positiv psykisk hälsa är och vad den vetenskapliga litteraturen säger om dess fördelning i befolkningen.

Med utgångspunkt i WHO:s definition av psykisk hälsa gjordes en kartläggande litteraturöversikt. Syftet var att undersöka om psykisk hälsa i en normalbefolkning varierar utifrån kön, ålder, socioekonomisk status (SES), födelseland och sexuell läggning.

Den kartläggande litteraturöversikten har tagits fram av Fredrik Söderqvist, medicine doktor och epidemiolog vid Region Västmanland. Rapporten i sin helhet är omfattande och lämpar sig för dem som är intresserade av fördjupande läsning och metodologiska aspekter. Resultaten kommer även att presenteras i kortfattade och förenklade format för de som snabbt vill tillgodogöra sig de viktigaste resultaten och slutsatserna. Ansvariga för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit Sara Fritzell och Nadja Trygg vid enheten för Psykisk hälsa och uppväxtvillkor.

Folkhälsomyndigheten

Anna Bessö

Avdelningschef

Avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor

Innehåll

Förkortningar	9
Ordlista	10
Socioekonomisk status	10
P-värde	10
Effektstorlek	10
Sammanfattning	11
Summary	12
Systematic review of inequalities in positive mental health	12
Bakgrund	13
Psykisk hälsa	13
Skillnader i psykisk hälsa	14
Syfte	16
Frågeställningar	16
Metod	17
Urvalskriterier	17
Sökstrategi	17
Relevansbedömning och kvalitetsgranskning	17
Dataextraktion och struktur för rapportering	18
Sammanvägning av resultaten	19
Resultat	20
Beskrivning av sökprocess och inkluderade studier	20
Beskrivning och bedömning av skillnader i psykisk hälsa	22
Könsrelaterade skillnader	22
Åldersrelaterade skillnader	22
Skillnader relaterade till SES	23
Skillnader relaterade till sexuell läggning respektive födelseland	26
Diskussion	27
Sammanfattning av resultaten	27
Diskussion av resultaten och övrig litteratur	27

Diskussion om studiens styrkor och svagheter	28
Slutsatser	30
Referenser	31
Bilagor	36
Bilaga 1. Mall för kvalitetsgranskning av studier	37

Förkortningar

SES:	Socioekonomisk status
WHO:	Världshälsoorganisationen
SKL:	Sveriges Kommuner och Landsting
MHC-SF:	Mental Health Continuum – Short Form
WEMWBS:	Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale
SWEMWBS:	Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale
FAS:	Family Affluence Scale
PCO-komponenter	Population-Comparison-Outcome

Ordlista

Socioekonomisk status

I den här studien ges socioekonomisk status (SES) en bred betydelse för att inkludera samtliga aspekter som vanligen innefattas av begreppet, det vill säga utbildningsgrad, yrkesstatus och inkomstnivå. Det ökar chanserna att fånga upp litteratur som är relevant för studiens syfte och frågeställningar.

P-värde

P-värdet uttrycker sannolikheten för att få ett visst resultat eller extremare (t.ex. en skillnad mellan grupper) om den så kallade nollhypotesen är sann. Nollhypotesen i den här studien innebär att det inte finns någon skillnad i psykisk hälsa mellan de grupper som jämförs. Ett p-värde som är mindre än 0,05 betraktas i den här studien som statistiskt signifikant.

Effektstorlek

Med effektstorlek beskrivs skillnadernas storlek. Det finns olika typer av effektmått och för att göra dem någorlunda jämförbara kategoriseras de i den här studien till små, medelstora eller stora effekter utifrån rekommendationer i litteraturen (1, 2).

Sammanfattning

Kunskapen om skillnader i positiv psykisk hälsa mellan olika grupper i samhället är liten. Med utgångspunkt i WHO:s definition av psykisk hälsa kartläggs och bedöms i den här studien den vetenskapliga litteraturen om skillnader i positiv psykisk hälsa utifrån indelningsgrunderna: kön, ålder, socioekonomisk status (SES), födelseland och sexuell läggning.

Litteratursökningen omfattade studier som är publicerade före 2017 och genomfördes i februari 2017 i tre elektroniska databaser: PubMed, ERIC och PsycINFO. Studier som uppfyllde urvalskriterierna granskades med hjälp av ett kvalitetsbedömningsverktyg för kvantitativa studier. De som bedömdes ha bristande kvalitet uteslöts. All litteratur bedömdes och granskades av två personer oberoende av varandra, och resultatet jämfördes och diskuterades. Totalt 1 859 studier identifierades varav 35 uppfyllde urvalskriterierna, och 17 inkluderades i bedömningen av skillnader i psykisk hälsa inom de studerade indelningsgrunderna.

Den här kartläggande litteraturöversikten visar att tecken på psykisk hälsa är vanligare bland individer med socioekonomiskt gynnad position. Sambanden med kön och migration är oklara. Även sambandet med ålder får anses oklart då skillnaderna som påvisas inte tyder på ett konsistent samband, det vill säga att psykisk hälsa antingen förbättras eller försämras med ålder. Studier av effekter av sexuell läggning saknas. Mellan grupper med olika SES är skillnaderna i psykisk hälsa generellt att betrakta som små till medelstora.

Kartläggningens resultat talar för att interventioner för att minska ojämlikhet i psykisk hälsa bör ta särskild hänsyn till skillnaderna i SES. Studien pekar också på ett behov av mer forskning på området, särskilt när gäller betydelsen av migration och sexuell läggning.

Summary

Systematic review of inequalities in positive mental health

Little is known about differences in positive mental health between different population groups. Based on WHO's definition of mental health, this study identifies and assesses the scientific literature on differences in positive mental health associated with: gender, age, socioeconomic status (SES), country of birth and sexual orientation.

The literature search included studies published before 2017 and was conducted in February 2017 using three bibliographic databases: PubMed, ERIC and PsycINFO. Studies that met the criteria were reviewed using a quality assessment tool for quantitative studies. Those rated high in risk of bias or with samples not representative of general populations were excluded. All literature was rated and reviewed by two persons independently and results were compared and discussed. A total of 1859 studies were identified of which 35 met the criteria for inclusion and a final 17 studies were included in the assessment of effects between population groups.

The review shows that signs of mental health are more common among individuals with a socioeconomically advantaged position. Associations with gender and migration are unclear. The association with age may also be considered unclear as the differences detected do not indicate a consistent association, i.e. mental health either improve or deteriorate with age. Studies of effects of sexual orientation are missing. Between groups with different SES, the differences in mental health are generally of small to medium effect size.

The study indicates that interventions to reduce inequality in mental health should take into account differences in SES. It also points to the need for more research in the field, especially regarding possible effects of migration and sexual orientation.

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

Bakgrund

Folkhälsan i Sverige är generellt sett god men det finns skillnader mellan grupper – hälsan är inte jämlikt fördelad (3). Sociala förutsättningar såsom socioekonomi, kön och andra diskrimineringsgrundande faktorer har betydelse (4) för både den somatiska och den psykiska hälsan (5-7). Skillnader i sociala förutsättningar leder inte bara till skillnader i välbefinnande och lidande mellan olika grupper utan innebär också ökade kostnader för samhället (8, 9).

Psykisk hälsa

Ett led i arbetet med att öka kunskapen om skillnader i psykisk hälsa så att verkningsfulla insatser kan utformas är att sammanställa litteratur inom kunskapsområdet. Omfattningen av relevant litteratur beror bland annat på hur centrala begrepp definieras och görs mätbara. I vid bemärkelse innefattar begreppet psykisk hälsa vanligen både positiva och negativa aspekter, det vill säga olika typer av välbefinnande såväl som psykiska besvär och psykiska sjukdomar (10). När det gäller besvär och sjukdomar finns det viss kunskap om skillnader mellan olika grupper (6, 7, 11-18). Betydligt mindre är känt om skillnader i positiv psykisk hälsa som den här rapporten begränsar sig till.

Den vetenskapliga litteraturen som berör positiva aspekter av psykisk hälsa och som på engelska ofta benämns subjektivt välbefinnande ("subjective well-being"), men som även inkluderar litteraturen om lycka (happiness) och positiv psykologi (positive psychology), är omfattande (19, 20). Den kännetecknas av en mångfald som gör sammanställningar av den utmanande då såväl innebörd som användning av centrala begrepp kan variera beroende på vilken typ av vetenskaplig tradition studierna har sin teoretiska grund i – om den specificeras. Sökningar i elektroniska databaser ger träffar som omfattar allt från lycka (20), livstillfredsställelse (21), social funktion (22), psykologisk funktion (23) eller en kombination av dessa (24, 25) till utvalda delar av hälsorelaterad livskvalitet (26). Hur dessa abstrakta begrepp sedan har definierats teoretiskt (om alls) och gjorts mätbara varierar också.

För att litteraturen om skillnader i positiv psykisk hälsa ska kunna sammanställas och vägas samman på ett meningsfullt sätt är det viktigt att begrepp är teoretiskt definierade och mätmetoder psykometriskt utvärderade. Relativt få studier uppfyller dock dessa krav och än färre av dem utgör populationsstudier av skillnader mellan olika sociala grupper. Kunskapen på området kan därför anses tämligen liten, särskilt när det gäller skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Den teoretiska utgångspunkten för positiv psykisk hälsa i den här rapporten är Världshälsoorganisationens (WHO) definition: *ett tillstånd av mentalt välbefinnande där individen kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av normala påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle han eller hon lever i* (27). Av den här definitionen, som är en av de mest citerade i litteraturen, framgår att psykisk hälsa har ett värde i sig. Den är något annat än bara frånvaro av psykiska besvär och psykisk sjukdom (28, 29) varför skillnader i välbefinnande bör

studeras för sig (19). Vidare framgår också att psykisk hälsa innefattar både välbefinnande och funktion. Teoretiskt sett inkluderas därmed två skolor inom den vetenskapliga litteraturen om psykisk hälsa – *hedonism* och *eudaimonism* (30). Medan *hedonism*, alltså välbefinnande, främst handlar om positiva känslor och att vara nöjd med livet (31, 32) handlar *eudaimonism*, det vill säga funktion, om självacceptans, personlig utveckling, autonomi, upplevelsen av mening, social integration och social acceptans (23, 28, 30). Med psykisk hälsa avses här alltså båda dessa perspektiv.

Skillnader i psykisk hälsa

Ojämlighet i psykisk hälsa uppkommer genom att sociala grupper har olika livsvillkor och resurser att tillgå (5, 8, 33, 34). Det kan t.ex. handla om utbildning, arbete, boende och levnadsvanor samt för barn även uppväxtvillkor såsom familjens ekonomi, skolmiljö och skolprestation. Dessa villkor och resurser är självförstärkande, vilket innebär att de som lever under gynnsamma förhållanden och har gott om resurser har bättre förutsättningar att skaffa sig mer av detsamma medan motsatsen gäller för dem som lever under sämre villkor och har få resurser (5, 33). Det gör att sambanden mellan hälsan och dess bestämningsfaktorer går i båda riktningarna; våra livsvillkor och resurser formar vår hälsa men hälsan utgör en förutsättning för att vi ska kunna bibehålla och utveckla dem (4).

I ett samhälle där det finns skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper krävs alltså ett pågående arbete endast för att hålla ojämlikheten konstant (4). Är målet dessutom att minska skillnaderna krävs politisk styrning och ett omfattande arbete och samverkan mellan samhällsaktörer, och det är inte bara en fråga för hälso- och sjukvården (4, 11). Förslag på hur ett sådant långsiktigt arbete kan se ut och vad det bör fokusera på har getts av Kommissionen för jämlik hälsa i sitt slutbetänkande (4), och en sammanhållen strategi för hur landets välfärdsverksamheter ska styras och samordnas har tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillsammans med elev-, brukar- och patientorganisationer (35). Viktigt är att insatser som kommer ut av arbetet är universella och genomsyrar hela samhället men anpassas både i omfattning och i utformning till de grupper som har störst behov av dem (11, 36). Det senare förutsätter emellertid att det finns kunskap om skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Kunskap om skillnader i positiv psykisk hälsa har dock än så länge inte sammanställts på ett systematiskt sätt.

Ojämlighet i psykisk hälsa definieras här som systematiska skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper som definierats utifrån en indelningsgrund. Dessa består av *socioekonomiska* (utbildning, inkomst och yrkesstatus), *diskrimineringsgrundande* (sexuell läggning och födelseland) och *kombinerade faktorer* (ålder och kön). Den första indelningsgrunden utgörs av en gradient som löper genom hela samhället (4, 5, 11) och där utbildning, inkomst och yrkesstatus (socioekonomisk status, SES) kan ses som markörer (proxies) för en persons sociala position. Skillnader i psykisk hälsa utifrån de övriga indelningsgrunderna

handlar om att vissa grupper befinner sig i mer utsatta situationer eller positioner än vad andra människor gör (4, 7, 37).

Syfte

Syftet är att med hjälp av en kartläggande litteraturöversikt klargöra om psykisk hälsa i en normalbefolkning varierar utifrån kön, ålder, socioekonomisk status, födelseland och sexuell läggning.

Frågeställningar

För att uppfylla syftet besvaras följande två frågeställningar:

1. Finns det skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper inom nämnda indelningsgrunder?
2. Om det finns skillnader, tyder de på ett konsistent samband och hur stora är de? Här undersöks storleken dels inom respektive indelningsgrund, dels då hänsyn tas till samvariation mellan de olika indelningsgrunderna och psykisk hälsa.

Metod

Den här litteraturöversikten är både beskrivande och värderande. Det innebär att den syftar till att extrahera och strukturera resultatet från kartläggningen genom tabeller och text men också att beakta tillförlitligheten i det vetenskapliga underlaget. Det senare görs med hjälp av särskilda urvals- och exklusionskriterier, och genom kvalitetsgranskning av studier samt en narrativ analys och sammanvägning av de olika resultaten utifrån granskningen. Arbetet har följt de riktlinjer som anges i Folkhälsomyndighetens handledning för litteraturöversikter (38).

Urvalskriterier

PCO-komponenterna (Population, Comparison, Outcome) utgår från studiens syfte och frågeställningar som formulerats tillsammans med utredare vid Folkhälsomyndigheten. I den här studien står P för normalpopulation, C står för jämförelse mellan grupper inom respektive indelningsgrund där minst en av de fem indelningsgrunderna ska finnas representerad, och O står för utfallet psykisk hälsa som ska omfatta både hedoniskt och eudaimoniskt välbefinnande.

Sökstrategi

Sökstrategin arbetades fram i samarbete med utredare och en sökspecialist vid Folkhälsomyndigheten. Eftersom litteraturen som uppfyller samtliga urvalskriterier inte förväntades vara särskilt omfattande – vilket bekräftades av sonderande sökningar i syfte att utarbeta lämpliga söksträngar – gjordes breda sökningar som endast inkluderade den sista PCO-komponenten, utfallet. Detta resulterade i förhållandevis många sökträffar, något som ansågs nödvändigt för att fånga in så många relevanta studier som möjligt. Sökningarna genomfördes i tre elektroniska databaser och begränsades till vetenskaplig litteratur som är publicerad från den 1 januari 2000 till den 28 februari 2017. Av tabell 1 nedan framgår vilka sökmotorer, söksträngar (med söktermer och booleska operatorer) och sökperioder som användes. Utöver sökningar i de tre databaserna identifierades även ett mindre antal studier via nyckelreferenser i andra publikationer. Med stöd av en bibliotekarie vid Sjukhusbiblioteket, Region Västmanland, upprättades sedan ett EndNote-bibliotek för samtlig identifierad litteratur.

Relevansbedömning och kvalitetsgranskning

Relevansbedömningen gjordes i två steg och av två oberoende granskare, rapportens författare och en annan forskare. I relevansbedömningens första steg poängsattes varje publikations titel och abstrakt (i EndNote) utifrån urvalskriterierna, det vill säga PCO-komponenterna. Artiklar som saknade relevans fick låg poäng och kom senare att exkluderas medan publikationer som bedömdes relevanta eller potentiellt relevanta fick en hög poäng och lästes i fulltext. De studier som vid en närmare granskning uppfyllde urvalskriterierna bedömdes i ett andra steg utifrån en för den här studien anpassad version (bilaga 1) av SBU:s mall

för kvalitetsgranskning av observationsstudier (39). Bedömningen grundar sig på tre typer av systematiska fel: selektionsbias, bedömningsbias och bortfallsbias. Utifrån granskningen formulerades sedan tre exklusionskriterier för bristande kvalitet: 1) oklar eller ej rapporterad metod för rekrytering av studiedeltagare; 2) instrumentet som användes för att mäta utfallet oklart beskrivet, ej utvärderat eller ej specifikt utformat för psykisk hälsa (t.ex. hälsorelaterad livskvalitet som även kan inkludera fysiska och miljörelaterade aspekter); 3) deltagandet lägre än 60 procent eller rapporterades ej. Respektive steg i relevansbedömningen avslutades med en jämförelse och diskussion av skillnader i bedömningen granskarna emellan.

Tabell 1. Sökmotorer, söksträngar och sökperioder som användes i litteraturoversikten.

Sökmotor 1: PubMed	Sökperiod: 2000-01-01–2017-02-28
Söksträng: ((((mental health[MeSH Major Topic]) AND positive mental health[Title/Abstract]) OR (hedonic[Title/Abstract] AND eudaimonic[Title/Abstract])) OR mental well-being[Title/Abstract]) OR two continua model[Title/Abstract]) OR flourishing[Title]) OR flourish[Title]	
Sökmotor 2: PsycINFO	Sökperiod: 2000-01-01–2016-12-31
Söksträng: (TX hedonic AND TX eudaimonic) OR SU positive mental health)	
Sökmotor 3: ERIC	Sökperiod: 2000-01-01–2016-12-31
Söksträng: (DE "Well Being") AND ((TX hedonic AND TX eudaimonic) OR TX positive mental health))	

Dataextraktion och struktur för rapportering

Kartläggningen gjordes genom att extrahera relevant information från de inkluderade studierna vilken sedan strukturerades till en sammanställning. Först extraherades information om författare och årtal, population (land och ålder), studerade indelningsgrunder (kön, ålder, SES, sexuell läggning och födelseland), och det instrument som användes för att mäta utfallet (psykisk hälsa). Denna information användes som struktur för att beskriva den inkluderade litteraturen (tabell 2). Därefter extraherades information om statistisk säkerhet (p-värde), effektstorlek (Cohens *d*, R-värde eller oddskvoter), typ av analys (uni- eller multivariabel) och eventuellt samband mellan psykisk hälsa och respektive indelningsgrund, som tillsammans med resultatet av kvalitetsgranskningen användes som struktur för rapportering och grund för sammanvägningen av resultaten (tabell 3–6).

Sammanvägning av resultaten

Sammanvägningen av de enskilda studiernas resultat gjordes främst utifrån studiernas grad av samstämmighet när det gäller påvisade skillnader och deras samband. Med skillnader avses statistiskt signifikanta skillnader med en signifikansnivå på 0,05, det vill säga ett p-värde som är mindre än 0,05. Om en hög andel studier visar sådana skillnader i psykisk hälsa inom en indelningsgrund och sambandet som är kopplat till skillnaderna är konsistent kan samstämmigheten mellan studierna anses vara god. En slutsats kan då dras om att samband existerar. Är samstämmigheten inte fullt så god men ändå acceptabel, t.ex. att en övervägande majoritet av studierna visar ett konsistent samband, kan resultaten anses tyda på ett samband. Det räcker alltså inte med att skillnader påvisas, utan de måste även spegla ett konsistent samband. Antalet studier som slutsatserna baseras på får heller inte vara för litet. Om bara några få studier (< 3) eller inga alls påvisas blir slutsatsen att kunskapsläget är oklart och att det behövs mer forskning. Även effektstorleken påverkar huruvida ett samband är troligt och relevant. Information om effektstorlek kategoriserades utifrån Cohens (1) och senare Fergusons (2) förslag om vad som utgör små, medelstora och stora effekter. Ju större effektstorleken är, desto troligare är det att ett reellt samband existerar som inte kan förklaras av systematiska fel.

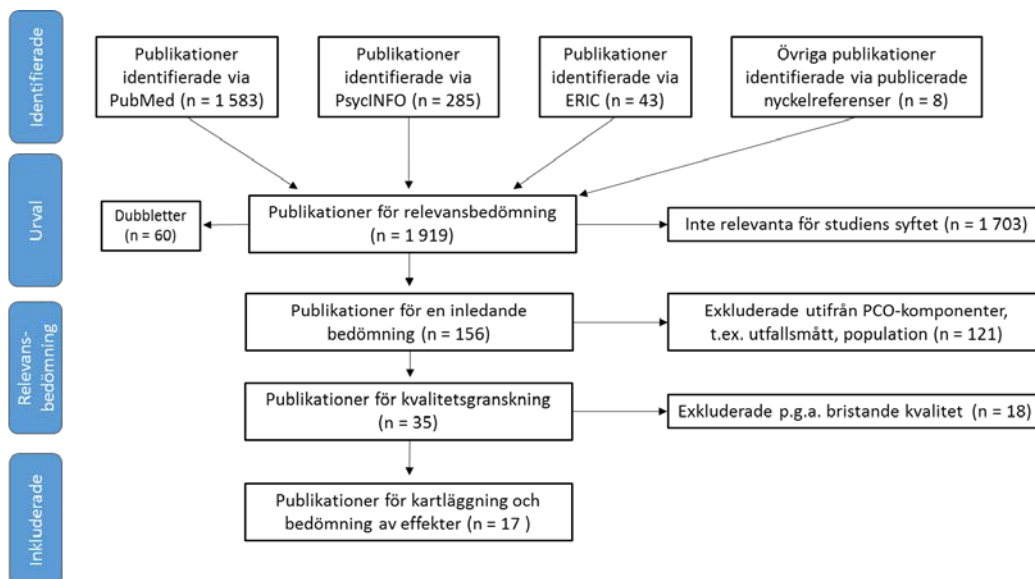
Resultat

Beskrivning av sökprocess och inkluderade studier

Sökningarna i de tre databaserna gav totalt 1 919 träffar, varav 1 703 inte var relevanta för studiens syfte och frågeställningar och 60 visade sig vara dubletter. Kvar fanns då 156 publikationer för relevansbedömning utifrån titel och abstrakt; 35 av dessa kvalitetsgranskades och 17 inkluderades i bedömningen av skillnader i psykisk hälsa inom de studerade indelningsgrunderna. Samtliga inkluderade studier bygger på tvärsnittsdata, oftast från tvärsnittsstudier men ibland från baslinjemätningar eller uppföljande mätningar i kohortstudier.

Jämförelser av resultaten från relevansbedömningens två steg visade totalt sett god överensstämmelse mellan de oberoende granskarna. Av de 1 919 publikationerna var det 14 som i poängsättningen inför kvalitetsgranskningen hade klassats olika av granskarna eller som det fanns frågetecken kring och som därför behövdes diskuteras. Flertalet av dessa 14 krävde för bedömning vissa specialistkunskaper i ämnet och mätinstrumenten, som främst en av granskarna hade. Efter en kortare diskussion om respektive studie där även en senior utredare vid Folkhälsomyndigheten konsulterades, var granskarna eniga i bedömningens båda steg. Figur 1 beskriver processen från identifiering till inkludering av studier.

Figur 1. Flödesschema över sökprocessen från identifiering till inkludering av studier.



Tabell 2 beskriver de inkluderade studierna (40-56) utifrån population, indelningsgrund och utfall. Studierna är publicerade från 2006 till 2016. Av dem ger 15 information om variationer i psykisk hälsa utifrån kön och ålder, 14 utifrån SES, 0 utifrån sexuell läggning och 2 utifrån födelseland. 5 av studierna är gjorda i USA och Kanada, 7 i England och Skottland, 2 i Nederländerna, ytterligare 2 i Nya Zeeland och Australien och 1 i Kina. Av de 17 studierna inkluderar 8 endast

Tabell 2. Beskrivning av inkluderade studier utifrån population (P), indelningsgrund (C) och utfall (O).

Inkluderad studie	Population		Indelningsgrunder representerade					Utfall	
	Författare (år)	Land	Ålders-spänn	Kön	Ålder	SES	Sexuell läggning	Födelse-land	Instrument
Keyes (2006)	USA	12–18		X					MHC-SF ^a
Tennant m.fl. (2007)	Skottland	16–74	X	X	X				WEMWBS ^b
Westerhof & Keyes (2010)	Nederländerna	18–87	X	X	X			X	MHC-SF
Clarke m.fl. (2011)	Skottland & England	13–16	X	X	X				WEMWBS
Keyes & Simoes (2012)	USA	25–74	X	X	X				MHC-SF
Keyes & Westerhof (2012)	USA	45–74		X					MHC-SF
Bellis m.fl. (2013)	England	18–65 +	X	X	X				SWEMWBS ^c
Forero m.fl. (2014)	Skottland (endast)	15–65 +	X	X	X				WEMWBS
Jones m.fl. (2014)	Storbritannien	16–65 +	X	X	X				WEMWBS
Gilmour (2014)	Kanada	15–65 +	X	X	X			X	MHC-SF
Spittlehouse m.fl. (2014)	Nya Zeeland	46–51	X		X				WEMWBS
Gilmour (2015)	Kanada	18–65 +	X	X	X				MHC-SF
Guo m.fl. (2015)	Kina	14–17 ^d	X	X					MHC-SF
Stewart-Brown m.fl. (2015)	England	16–55 +	X	X	X				WEMWBS
Davies m.fl. (2016)	Australien	18–60 +	X	X	X				WEMWBS
Fahy m.fl. (2016)	England	12–13	X		X				WEMWBS
Schotanus-Dijkstra m.fl. (2016)	Nederländerna	18–64	X	X	X				MHC-SF
Antal totalt: 17				15	15	14	0	2	3

^a Mental Health Continuum – Short Form.

^b Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale.

^c Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale.

^d Ålder anges ej, endast årskurs (åldersintervallet är dock 14–17 år).

vuxna personer, 3 inkluderar personer 16 år och äldre och ytterligare 3 studier endast barn och ungdomar.

Vidare kan noteras att samtliga amerikanska studier, de 2 från Holland och Nederländerna samt den från Kina har använt instrumentet Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF), som mäter psykisk hälsa med 14 frågor. Övriga 9 studier har använt Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) som mäter psykisk hälsa med 14 eller (som i en studie) den korta versionen av WEMWBS, SWEMWBS, som innehåller 7 frågor. De studier som har använt MHC-SF har genomgående i multivariabel analys behandlat utfallet som en kategorisk (i de flesta fall dikotom) variabel och använt logistiska

regressionsanalyser för att testa skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper. Effektstorleken har i univariabla analyser (om alls) rapporterats i form av chitvårde och i multivariabel (justerad) analys i form av oddskvoter. De flesta studier som använt WEMWBS har behandlat utfallsvariabeln som kontinuerlig. Effektstorleken har då (om alls) presenterats som Cohens *d* i univariabla analyser och i justerade analyser som R-värde eller motsvarande från regressionsanalysen.

Beskrivning och bedömning av skillnader i psykisk hälsa

Nedan beskrivs resultaten från inkluderade studier avseende skillnader i psykisk hälsa utifrån respektive indelningsgrund. I de fall dessa studier redovisar statistiskt signifikanta skillnader och effektmått för dessa skillnader bedöms även storleken på dem. Detta görs både för respektive studie och i form av en sammanvägning av resultaten för respektive indelningsgrund.

Könsrelaterade skillnader

Som framgår av tabell 3 visar två tredjedelar av de inkluderade studierna inte några signifikanta skillnader i psykisk hälsa utifrån kön. Fastän studiernas resultat är motstridiga är de jämförbara vad gäller kvalitet, mätinstrument och studiepopulation. När det gäller de skillnader som påvisas kan ett par saker noteras. Den ena är att alla skillnader inte går i samma riktning: studierna från Holland och Nederländerna visar båda en något bättre psykisk hälsa bland kvinnor än män medan övriga studier – en skotsk (41), en engelsk (56) och en amerikansk (44) – visar motsatsen. Den andra är att skillnadernas storlek i de fem studierna generellt är små eller mycket små. Av de tre sistnämnda studierna är effekten mest påtaglig i den engelska studien av barn i åldern 12–13 år, där den är liten till medelstor.

Åldersrelaterade skillnader

Tabell 4 sammanfattar inkluderade studier avseende åldersrelaterade skillnader i psykisk hälsa. Sambanden mellan ålder och psykisk hälsa varierar: några studier tyder på att psykisk hälsa förbättras med ålder och andra på motsatsen. I flertalet studier antar analyserna ett linjärt samband mellan ålder och psykisk hälsa. Ett sådant samband är dock inte självklart eftersom det kan vara kurvlinjärt, det vill säga att det blir starkare fram till en viss ålder för att därefter avta. I analyserna har hänsyn dock inte tagits till denna möjlighet. Samtliga studier utom en visar signifikanta skillnader i univariabla analyser. Av dessa är det åtta studier som även presenterar justerade resultat där hänsyn tagits till bland annat SES, kön och födelseland. I två av studierna försvinner då de åldersrelaterade skillnaderna i psykisk hälsa helt: I den ena, en holländsk studie på vuxna (53), är effekten av justeringen direkt kopplad till SES (utbildningsgrad), och i den andra (43), en studie på brittiska ungdomar, är effekten kopplad till självrapporterad SES (Family Affluence Scale) och kön. Av resterande sex studier som presenterar justerade resultat visar tre amerikanska studier (45, 48, 51) positiva samband, det vill säga att den psykiska hälsan förbättras med ålder, medan tre brittiska studier endast ger belägg för att den psykiska hälsan varierar med ålder. En tendens i dessa

variationer är dock att den psykiska hälsan minskar från ung vuxen ålder fram till pensionsåldern, efter vilken den ser ut att förbättras. Storleken på de åldersrelaterade skillnaderna i psykisk hälsa varierar något mellan studierna men de är generellt sett att betrakta som små eller mycket små.

Tabell 3. Beskrivning av inkluderade studier och effekter avseende positiv psykisk hälsa (PPH) och kön.

Författare (år)	Land	Ålders-spann	Risk för bias ^a	Statistisk säkerhet	Effektstorlek (typ av analys)	Samband mellan PPH och kön
Tennant m.fl. (2007)	Skottland	16–74	Medel	$p < 0,05$	-	Män bättre
Westerhof & Keyes (2010)	Holland	18–87	Låg	$p < 0,01$	Liten (multivariabel)	Kvinnor bättre
Clarke m.fl. (2011)	Skottland & England	13–16	Låg	ej signifikant	-	-
Keyes & Simoes (2012)	USA	25–74	Medel	$p < 0,01$	-	Män bättre
Bellis m.fl. (2013)	England	18–65 +	Låg	ej signifikant	-	-
Forero m.fl. (2014)	Skottland	15–65 +	Låg	ej signifikant	-	-
Jones m.fl. (2014)	Storbritannien	16–65 +	Låg	ej signifikant	-	-
Gilmour (2014)	Kanada	15–65 +	Låg	ej signifikant	-	-
Spittlehouse m.fl. (2014)	Nya Zeeland	46–51	Medel	ej signifikant	-	-
Gilmour (2015)	Kanada	18–65 +	Låg	ej signifikant	-	-
Guo m.fl. (2015)	Kina	14–17 ^b	Låg	(ej signifikant)	-	-
Stewart-Brown m.fl. (2015)	England	16–55 +	Medel	ej signifikant	-	-
Davies m.fl. (2016)	Australien	18–60 +	Medel	ej signifikant	-	-
Fahy m.fl. (2016)	England	12–13	Låg	$p < 0,001$	Liten (multivariabel)	Pojkar bättre
Schotanus-Dijkstra m.fl. (2016)	Nederländerna	18–64	Låg	$p < 0,05$	Liten (multivariabel)	Kvinnor bättre

^a Bedömdes utifrån en för den här studien anpassad version av SBU:s granskningsmall för observationsstudier.

^b Endast årskurs anges i publikationen, åldersintervallet är dock 14–17 år.

Skillnader relaterade till SES

Skillnader i psykisk hälsa som är relaterade till SES presenteras i tabell 5. Av totalt 14 inkluderade studier visar 10 statistiskt signifikanta skillnader från en univariabel analys. Ytterligare 1 studie (50) visar att medelvärdena för psykisk hälsa ökar med utbildningsnivå. Sambandet testas dock inte statistiskt och information (bland annat standardavvikelse) saknas för att räkna ut det manuellt. Kvaliteten kan generellt anses vara något bättre bland de studier som visar signifikanta skillnader jämfört med de som inte gör det; bland dem som visar skillnader bedöms två tredjedelar av studierna ha låg risk för bias medan motsvarande andel bland studier som inte visar några skillnader är hälften. I en av de senare, en studie på brittiska barn (56), mäts inte objektiva uppgifter utan självrapporterad SES, och det skulle kunna vara en förklaring till att studien inte visar några skillnader. I övrigt finns inget utmärkande

bland studierna som inte visar några signifikanta skillnader jämfört med de som visar sådana. Exempelvis finns en geografisk spridning bland studierna och båda mätinstrumenten för psykisk hälsa är representerade. Bilden av resultaten förändras inte heller när endast studier som presenterar justerade resultat beaktas; det är då 7 av 9 studier som visar signifikanta skillnader.

Tabell 4. Beskrivning av inkluderade studier och effekter avseende positiv psykisk hälsa (PPH) och *ålder*.

Författare (år)	Land	Åldersspann	Risk för bias ^a	Statistisk säkerhet	Effektstorlek (typ av analys)	Samband mellan PPH och ålder
Keyes (2006)	USA	12–18	Låg	$p < 0,01$	Liten (univariabel)	PPH minskar
Tennant m.fl. (2007)	Skottland	16–74	Låg	$p < 0,001$	Liten till medelstor (univariabel)	PPH varierar
Westerhof & Keyes (2010)	Holland	18–87	Låg	ej signifikant	- (multivariabel)	-
Clarke m.fl. (2011)	Skottland & England	13–16	Låg	($p < 0,05$) ej signifikant	Liten (univariabel); - (multivariable) ^b	-
Keyes & Simoes (2012)	USA	25–74	Medel	$p < 0,01$	- (univariabel)	PPH ökar
Keyes & Westerhof (2012)	USA	25–74	Låg	$p < 0,001$	< liten (multivariabel)	PPH ökar
Bellis m.fl. (2013)	England	18–65 +	Låg	$p < 0,05$	< liten (multivariabel)	PPH varierar
Forero m.fl. (2014)	Skottland	15–65 +	Låg	$p < 0,001$	< liten (univariabel)	PPH varierar
Jones m.fl. (2014)	Storbritannien	16–65 +	Låg	$p < 0,001$	Liten (multivariabel)	PPH minskar
Gilmour (2014)	Kanada	15–65 +	Låg	$p < 0,01$	< liten (multivariabel)	PPH ökar
Gilmour (2015)	Kanada	18–65 +	Låg	$p < 0,05$	< liten (multivariabel)	PPH ökar
Stewart-Brown m.fl. (2015)	England	16–55 +	Medel	$p < 0,001$	Liten (multivariabel)	PPH varierar
Guo m.fl. (2015)	Kina	11–19	Låg	$p < 0,001$	Liten (univariabel)	PPH varierar
Schotanus-Dijkstra (2016)	Nederländerna	> 18	Låg	($p < 0,001$) ej signifikant	Liten till medelstor (univariabel), ej signifikant (multivariabel)	- ^c
Davies m.fl. (2016)	Australien	> 18	Låg	$p < 0,05$	Liten (univariabel)	PPH varierar

^a Bedömdes utifrån en för den här studien anpassad version av SBU Granskningsmall för observationsstudier.

^b Signifikans i univariat analys som försvann vid justering för kön och SES.

^c Effekten försvinner helt efter justering för utbildningsgrad.

Ser vi till storleken på dessa skillnader generellt är de visserligen större än inom övriga indelningsgrunder, men de flesta får ändå betraktas som små. Av de sju studierna med signifikanta skillnader i en justerad analys visar fyra en liten effekt (43, 48, 51, 53), två en liten till medelstor effekt (49, 54) och en studie en liten till stor effekt (46) beroende på vilken aspekt av SES som avses och hur denna har mätts och analyserats statistiskt. Exempelvis visar studien ifråga en stor effekt som är kopplad till yrkesstatus men en liten till medelstor effekt som är kopplad till social utsatthet mätt med Index of Multiple Deprivation.

Tabell 5. Beskrivning av inkluderade studier och effekter avseende psykisk hälsa (PPH) och *socioekonomisk status (SES)*.

Författare (år)	Land	Ålders-spann	Risk för bias ^a	SES-indikatorer	Statistisk säkerhet	Effektstorlek (typ av analys)	Samband mellan PPH och SES
Tennant m.fl. (2007)	Skottland	16–74	Medel	Inkomst, yrkesstatus	$p < 0,001$	Medelstor (univariabel) ^b	PPH bättre vid hög SES
Westerhof & Keyes (2010)	Holland	18–87	Låg	Hushållsinkomst, utbildningslängd	ej signifikant	- (multivariabel)	-
Clarke m.fl. (2011)	Skottland & England	13–16	Låg	Family Affluence Scale (FAS)	$p < 0,001$	Liten (multivariabel)	PPH bättre vid hög SES
Keyes & Simoes (2012)	USA	25–74	Medel	Utbildningsnivå	$p < 0,001$	Liten till medelstor (univariabel)	PPH bättre vid hög SES
Bellis m.fl. (2013)	England	18–65 +	Låg	Yrkesstatus, social klass	$p < 0,001$	Liten till stor (multivariabel) ^c	PPH bättre vid hög SES
Forero m.fl. (2014)	Skottland	15–65 +	Låg	Yrkesstatus, social klass (yrke), utbildningsnivå	$p < 0,01$	Medelstor (univariabel) ^d	PPH bättre vid hög SES
Jones m.fl. (2014)	Storbritannien	16–65 +	Låg	Social klass (yrke)	$p < 0,001$	Liten till medelstor (multivariabel)	PPH bättre vid hög SES
Gilmour (2014)	Kanada	15–65 +	Låg	Inkomst, yrkesstatus	$p < 0,01$	Liten (multivariabel)	PPH bättre vid hög SES
Spittlehouse m.fl. (2014)	Nya Zeeland	46–51	Medel	Utbildningsnivå	(testas ej)	-	(PPH bättre vid hög SES)
Gilmour (2015)	Kanada	18–65 +	Låg	Hushållsinkomst, utbildning	$p < 0,01$	Liten (multivariabel)	PPH bättre vid hög SES
Stewart-Brown m.fl. (2015)	England	16–55 +	Medel	Utbildning, inkomst, yrkesstatus	$p < 0,001$	Liten till medelstor (multivariabel) ^e	PPH bättre vid hög SES
Davies m.fl. (2016)	Australien	18–60 +	Medel	Hushållsinkomst, utbildningsnivå	ej signifikant	- (univariabel)	-
Fahy m.fl. (2016)	England	12–13	Låg	FAS	ej signifikant	- (multivariabel)	-
Schotanus-Dijkstra m.fl. (2015)	Nederländerna	18–64	Låg	Utbildningsnivå och yrkesstatus	$p < 0,001$; $p < 0,05$	- (univariabel analys); Liten (multivariabel) ^f	PPH bättre vid hög SES

^a Bedömdes utifrån en för den här studien anpassad version av SBU Granskningsmall för observationsstudier.

^b Vid jämförelse av lägsta mot högsta inkomstkategori fås en Cohens d på 0,67 i univariabel analys.

^c Multivariabel logistisk regression med arbetslös mot anställd gav oddskvot 4,05; ekologiskt Index of Multiple Deprivation (IMD) av most deprived jämfört med least deprived gav oddskvot 2,04 ($r = 0,19$).

^d Effektstorleken beräknad från gruppmedelvärden och standardavvikelser. Små till medelstora skillnader ses för yrkesstatus och social klass, ingen skillnad ses för utbildningsnivå.

^e Statistiskt signifikant trend ses för utbildningsnivå. Signifikant skillnad ses även för yrkesstatus och för inkomst.

^f Statistiskt signifikant skillnad ses i univariabel analys ($p < 0,001$) men effektmått rapporteras ej. I multivariabel analys ses endast signifikans för utbildningsnivå, effektstorleken är mycket liten ($p < 0,05$; oddskvot = 1,15).

Skillnader relaterade till sexuell läggning respektive födelse land

Inga studier uppfyllde urvalskriterierna avseende skillnader i psykisk hälsa utifrån sexuell läggning. De få studier som sökningen gav är inte av normalpopulationer eller saknar jämförelsegrupp. Två studier inkluderades som gav information om skillnader som är relaterade till födelse land, det vill säga om man är född i det land där studien genomfördes eller om man immigrerat till det. Resultaten för de två studierna, en europeisk och en amerikansk, sammanfattas i tabell 6. I den europeiska studien presenteras justerat resultat som visar att de som immigrerat har något bättre psykisk hälsa jämfört med de inrikes födda (oddskvot = 1,49; $p < 0,05$). I den amerikanska studien presenteras resultat för jämförelser av psykisk hälsa mellan inrikes och utrikes födda, och resultat för de senare delar även upp utifrån antal år som man vistats i landet där studien genomfördes. I en ojusterad analys ses signifikant bättre psykisk hälsa bland utrikes födda som varit i landet i 0–4 år ($p < 0,5$) respektive 15 år ($p < 0,01$) eller mer men inte för immigranter som vistats i landet i 5–14 år. I en justerad analys försvinner de signifikanta skillnaderna. Även om den ena studien visar signifikanta skillnader i en justerad analys och den andra inte, finns tendenser som går i samma riktning. Med det sagt är skillnaderna (om några) att betrakta som mycket små. För att kunna dra några säkra slutsatser behövs fler studier som belyser skillnader i psykisk hälsa mellan inrikes och utrikes födda.

Tabell 6. Beskrivning av inkluderade studier och effekter avseende positiv psykisk hälsa (PPH) och födelse land (migration).

Författare (år)	Land	Åldersspann	Risk för bias ^a	Statistisk säkerhet	Effektstorlek av analys)	(typ Samband mellan PPH och migration
Westerhof & Keyes (2010)	Holland	18–87	Låg	$p < 0,05$	Liten (multivariabel)	PPH bättre bland utlandsfödda
Gilmour (2014)	Kanada	15–65+	Låg	$p < 0,01$; ej signifikant	- (multivariabel)	-

^a Bedömdes utifrån en för forskningsfrågan anpassad version av SBU:s granskningsmall för observationsstudier.

Diskussion

Sammanfattning av resultaten

Sammanställningen visar att tecken på psykisk hälsa är vanligare bland individer med socioekonomiskt gynnad position. Sambanden med kön och migration är oklara. Även sambandet med ålder får anses oklart då skillnaderna som påvisas inte tyder på ett konsistent samband, det vill säga att psykisk hälsa antingen förbättras eller försämras med ålder. Studier av effekter av sexuell läggning saknas. Mellan grupper med olika SES är skillnaderna i psykisk hälsa generellt att betrakta som små till medelstora.

Diskussion av resultaten och övrig litteratur

Det här är den första kartläggningen av vetenskaplig litteratur om skillnader i positiv psykisk hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Att jämföra resultaten med liknande studier är alltså inte möjligt. Den närmaste jämförelsen som kan göras är med studier som undersökt skillnader i psykisk ohälsa, det vill säga skillnader i förekomst av vanliga psykiska besvär (6, 7, 17, 57) och sjukdomar (11, 14, 33, 58-60). Psykisk hälsa är visserligen något annat än frånvaro av psykiska besvär och psykisk sjukdom (28, 29). Ändå kan det vara meningsfullt att jämföra resultaten utifrån de olika indelningsgrunderna eftersom det finns ett negativt samband mellan psykisk hälsa och psykisk ohälsa (61, 62).

En litteraturöversikt av Reiss visar att 52 av 55 studier ger stöd åt att psykisk ohälsa är vanligare bland unga personer med en socioekonomiskt missgynnad position (17). Liksom i föreliggande studie varierar skillnaderna mellan studerade grupper enligt Reiss från små till stora. Liknande resultat när det gäller sambandet mellan internaliserande (emotionella) problem och SES (yrkesstatus och hushållsinkomst) har påvisats bland vuxna i två svenska studier (6, 7). Även studier av skillnader i psykisk sjukdom som är relaterad till SES (och fattigdom) visar liknande samband (11, 13, 14, 33, 58). Alltså liknar sambandet mellan psykisk hälsa och SES som påvisas i denna studie det samband som tidigare studier har visat mellan psykisk ohälsa och SES.

När det gäller ålders- och könsrelaterad ojämlikhet är överensstämmelsen mellan tidigare studier av psykisk ohälsa och föreliggande studie av psykisk hälsa sämre. Den här studien tyder inte på att det finns några skillnader mellan könen när det gäller psykisk hälsa, något som däremot tydligt ses i studier av skillnader i psykisk ohälsa (6, 7, 16, 18, 57). En möjlig förklaring skulle kunna vara att studierna av psykisk hälsa lägger vikt vid funktion (eudaimoni) och inte endast upplevelse av psykiska tillstånd, hedoni respektive psykiska besvär. Kvinnor har t.ex. en högre förekomst av internaliserande problem jämfört med män (16, 18) men det innebär inte nödvändigtvis att de fungerar sämre i vardagen. Detta är en fråga för framtida studier att utreda. Det finns också ett behov av fler studier av könsskillnader i psykisk hälsa bland ungdomar och unga vuxna. Föreliggande studie inkluderade

endast tre sådana studier (43, 52, 56). Det är bland yngre personer som psykisk ohälsa är vanligast och könsskillnaderna är som störst (16, 63-65), vilket för diskussionen vidare in på ålder. Flertalet studier visar att det finns åldersrelaterade skillnader i psykisk hälsa. Skillnaderna tyder dock inte på ett konsistent samband, då några studier visar att den psykiska hälsan förbättras med ålder och andra att den försämras. Därmed går även resultaten när det gäller åldersrelaterade skillnader i den här studien emot vad som kan förväntas utifrån litteraturen om psykisk ohälsa. Enligt den senare är det i tidig vuxen ålder som sjukdomsördan i form av funktionsjusterade levnadsår (66) är störst och olika psykiska besvär är som vanligast (63). Därefter minskar den psykiska ohälsan med stigande ålder.

Endast två studier ger information om skillnader i psykisk hälsa som är relaterade till födelseland. Den ena av studierna visar en skillnad som tyder på att den psykiska hälsan är något bättre bland immigranter än bland inrikes födda (42). Den andra studien visar emellertid inte någon skillnad (48) och det behövs fler studier som belyser frågan innan några slutsatser kan dras. Studier av skillnader i psykisk ohälsa mellan immigranter och inrikes födda ger också motstridiga resultat. I en litteraturöversikt över depressions- och ångestsjukdomar har en knapp majoritet av studierna rapporterat en ökad sjukdomsrisk bland immigranter jämfört med ursprungsbefolkningen (67). Teorin bakom utgår ifrån att den stress som det kan innebära att leva i en utländsk kultur leder till psykisk sjukdom (68). Bilden av immigranternas psykiska ohälsa är dock komplex och påverkas av omständigheterna kring migrationen, ursprungslandet och det land som individerna migrerat till (67).

Inga studier om skillnader i psykisk hälsa utifrån sexuell läggning kunde inkluderas i den här kartläggningen. Litteraturen om psykisk ohälsa ger emellertid stöd för att olika stressrelaterade besvär och självskadebeteenden är vanligare bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella (69). Enligt den bakomliggande teorin knyts problemen till det stigma som det kan innebära att tillhöra en sexuell minoritet (37), en position som rimligen också borde påverka den psykiska hälsan. Det är således en angelägen fråga att belysa i framtida studier.

Diskussion om studiens styrkor och svagheter

Som berördes inledningsvis i den här rapporten är litteraturen om psykisk hälsa totalt sett omfattande (19, 20). Det kan därför förvåna att inte fler studier kom att inkluderas i kartläggningen. Litteraturen präglas dock av en sådan mångfald (19) att en sammanställning av den endast blir meningsfull utifrån tydliga teoretiska definitioner och mätmetoder. Den här studien har sin teoretiska utgångspunkt i WHO:s definition av psykisk hälsa (27) som fått vara vägledande både i skapandet av kartläggningens urvalskriterier (PCO-komponenter) och i utarbetandet av sökstrategi. I de inkluderade studierna finns således en tydlig koppling mellan den teoretiska definitionen av psykisk hälsa och de sätt som studierna har mätt den på. Det bör göra studierna teoretiskt och empiriskt jämförbara och resultaten relevanta att sammanställa och väga samman.

För att underlätta sammanvägningen av storleken på redovisade skillnader användes standardiserade mått för effektstorlekar som kategoriserades efter rekommendationer i litteraturen (1, 2). En annan styrka med studien är att relevansbedömning och kvalitetsgranskning av identifierade studier i enlighet med Folkhälsomyndighetens handledning för litteraturoversikter genomfördes av två oberoende granskare vilka gjorde samma bedömningar. Det tyder på att urvalskriterierna som användes är tydliga och relevanta. Även kvalitetsgranskningen i sig kan ses som en styrka. Den gjordes utifrån en för studiens syfte anpassad SBU-mall för granskning av observationsstudier (bilaga 1) och låg till grund för de exklusionskriterier som utformades och som gjorde att studier av bristande eller oklar kvalitet kunde uteslutas före sammanställning och analys.

Studien har också sina svagheter. En av dem är att relativt få studier inkluderades, vilket gör att rapportens slutsatser – i den mån några sådana kan dras – bör tolkas med viss försiktighet. Eftersom det finns få eller inga studier som belyser skillnader i psykisk hälsa utifrån födelseland och sexuell läggning (tabell 6) blir slutsatsen här att det behövs mer kunskap. En annan svaghet, som delvis är kopplad till den förstnämnda, är att kartläggningen begränsades till tre sökmotorer. Även om en anpassad och bred sökstrategi användes går det inte att utesluta att fler studier hade identifierats och inkluderats om sökningarna hade omfattat fler databaser eller även så kallad ”grå litteratur”, det vill säga litteratur utanför den strikt vetenskapliga litteraturen, såsom myndighetsrapporter och uppsatsarbeten.

En tredje svaghet är den variation som finns mellan de inkluderade studierna när det gäller indikatorer, mätmetoder och analyser. Det gäller främst indelningsgrunderna SES och ålder samt utfallet psykisk hälsa. I vissa studier behandlas dessa variabler som kontinuerliga men i andra som kategoriska, något som påverkar valet av analysmetod. De skillnader (och effekter) i psykisk hälsa som ses utifrån indelningsgrunderna skulle alltså – förutom relevanta skillnader utifrån respektive indelningsgrund – delvis kunna bero på metodologiska skillnader mellan studierna. Med det sagt kan huvudfyndet, det vill säga det positiva sambandet mellan psykisk hälsa och SES, dock inte förklaras av varierande metoder eftersom det samband som påvisats är konsistent.

Att kartläggningen inkluderar relativt få studier, att det trots inklusionskriterierna finns vissa metodologiska skillnader och att relevanta effektmått inte alltid presenteras gör också att någon kvantitativ sammanvägning av resultaten i form av en metaanalys inte är meningsfull att göra. Analys och sammanvägning av resultaten begränsar sig alltså till att vara narrativ, vilket också kan ses som en svaghet i studien.

Slutsatser

Den här kartläggningen visar att SES har en effekt på den psykisk hälsa. Individer med en socioekonomiskt gynnad position har generellt sett en bättre psykisk hälsa. Effekten är att betrakta som liten till medelstor. Sambanden med kön, ålder och migration är oklara och studier av effekten av sexuell läggning saknas helt. Studien talar alltså för att interventioner för att minska ojämlikhet i psykisk hälsa bör ta hänsyn till skillnaderna i SES, men den pekar också på ett behov av mer forskning på området. Det gäller särskilt sambanden med migration och sexuell läggning.

Referenser

1. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155-9.
2. Ferguson CJ. An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers. *Professional Psychology Research and Practice.* 2009;40(5):532-8.
3. Folkhälsan i Sverige 2016 Folkhälsomyndigheten; 2016 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsan-i-sverige-2016/>].
4. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47) 2017 [Available from: <http://www.regeringen.se/>].
5. Världshälsoorganisationen. Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation: Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna 2008 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/7/WHO_IER_CSDH_08.1_swe.pdf].
6. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Linden-Bostrom M, Nordstrom E, et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden. *BMC public health.* 2009;9:302.
7. Ahnquist J, Wamala SP. Economic hardships in adulthood and mental health in Sweden. The Swedish National Public Health Survey 2009. *BMC public health.* 2011;11:788.
8. Friedl L. Mental health, resilience and inequalities. World Health Organization Regional Office for Europe: Denmark; 2009.
9. Ngui EM, Khasakhala L, Ndeti D, Roberts LW. Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(3):235-44.
10. Annual Report of the Chief Medical Officer 2013. Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence 2013 [Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/413196/CMO_web_doc.pdf].
11. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry.* 2014;26(4):392-407.
12. Campion J, Bhugra D, Bailey S, Marmot M. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *Lancet.* 2013;382(9888):183-4.
13. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1:14.
14. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2010;71(3):517-28.
15. McNamara CL, Balaj M, Thomson KH, Eikemo TA, Solheim EF, Bambra C. The socioeconomic distribution of non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health.* 2017;27(suppl_1):22-6.

16. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-- Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-9.
17. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2013;90:24-31.
18. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476-93.
19. Jorm AF, Ryan SM. Cross-national and historical differences in subjective well-being. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):330-40.
20. Veenhoven R. Social conditions for human happiness: A review of research. *Int J Psychol*. 2015;50(5):379-91.
21. Block M, Zautra A. Satisfaction and distress in a community: a test of the effects of life events. *Am J Community Psychol*. 1981;9(2):165-80.
22. Keyes C. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 1998;61(2):121-40.
23. Ryff CD. Happiness is everything, or is It - explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;57(6):1069-81.
24. Bartram DJ, Yadegarfar G, Sinclair JM, Baldwin DS. Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) as an overall indicator of population mental health and well-being in the UK veterinary profession. *Vet J*. 2011;187(3):397-8.
25. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*. 2002;43(2):207-22.
26. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:9.
27. Mental health action plan 2013-2020 Geneva: World Health Organization; 2013 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf].
28. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):539-48.
29. Barry M. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2009;11(3):4-17.
30. Huppert FA. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and well-being*. 2009;1(2):137-64.
31. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull*. 1984;95(3):542-75.
32. Kahneman D. Objective happiness. In: Kahneman D, Diener E, Schartz N, editors. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 1999. p. 3-25.
33. WHO and the Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. 2014 [Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/].

34. WHO. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen; 2014.
35. Strategi för hälsa: Sveriges Kommuner och Landsting; [Available from: <https://skl.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html>].
36. Wahlbeck K, Cresswell-Smith J, Haaramo P, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017;52(5):505-14.
37. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-97.
- 38.Handledning för litteraturoversikter: Folkhälsomyndigheten; [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/handledning-for-litteraturoversikter/>].
39. SBU Granskningsmall för observationsstudier [Available from: http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall_observationsstudier.pdf].
40. Keyes CL. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *The American journal of orthopsychiatry*. 2006;76(3):395-402.
41. Tennant R, Joseph S, Stewart-Brown S. The Affectometer 2: A measure of positive mental health in UK populations. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. 2007;16(4):687-95.
42. Westerhof GJ, Keyes CL. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of adult development*. 2010;17(2):110-9.
43. Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A, et al. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC public health*. 2011;11:487.
44. Keyes CL, Simoes EJ. To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality. *American journal of public health*. 2012;102(11):2164-72.
45. Keyes CL, Westerhof GJ. Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode. *Aging & mental health*. 2012;16(1):67-74.
46. Bellis MA, Hughes K, Jones A, Perkins C, McHale P. Childhood happiness and violence: a retrospective study of their impacts on adult well-being. *BMJ open*. 2013;3(9):e003427.
47. Forero CG, Adroher ND, Stewart-Brown S, Castellvi P, Codony M, Vilagut G, et al. Differential item and test functioning methodology indicated that item response bias was not a substantial cause of country differences in mental well-being. *Journal of clinical epidemiology*. 2014;67(12):1364-74.
48. Gilmour H. Positive mental health and mental illness. *Health reports*. 2014;25(9):3-9.
49. Jones R, Heim D, Hunter S, Ellaway A. The relative influence of neighbourhood incivilities, cognitive social capital, club membership and individual characteristics on positive mental health. *Health & place*. 2014;28:187-93.
50. Spittlehouse JK, Vierck E, Pearson JF, Joyce PR. Temperament and character as determinants of well-being. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(7):1679-87.

51. Gilmour H. Chronic pain, activity restriction and flourishing mental health. *Health reports*. 2015;26(1):15-22.
52. Guo C, Tomson G, Guo J, Li X, Keller C, Soderqvist F. Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Chinese adolescents - a methodological study. *Health and quality of life outcomes*. 2015;13:198.
53. Schotanus-Dijkstra M, Pieterse ME, Drossaert CHC, Westerhof GJ, de Graaf R, ten Have M, et al. What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of Happiness Studies*. 2015.
54. Stewart-Brown S, Samaraweera PC, Taggart F, Kandala NB, Stranges S. Socioeconomic gradients and mental health: implications for public health. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2015;206(6):461-5.
55. Davies C, Knuiman M, Rosenberg M. The art of being mentally healthy: a study to quantify the relationship between recreational arts engagement and mental well-being in the general population. *BMC public health*. 2016;16:15.
56. Fahy AE, Stansfeld SA, Smuk M, Smith NR, Cummins S, Clark C. Longitudinal Associations Between Cyberbullying Involvement and Adolescent Mental Health. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2016;59(5):502-9.
57. Folkhälsomyndigheten. European Health Interview Survey 2014: Resultat och genomförande i Sverige 2017 [Available from: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/].
58. Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2003;38(5):229-37.
59. Lund C. Poverty and mental health: a review of practice and policies. *Neuropsychiatry*. 2012;2(3):1-7.
60. Maselko J. Social Epidemiology and Global Mental Health: Expanding the Evidence from High-Income to Low- and Middle-Income Countries. *Curr Epidemiol Rep*. 2017;4(2):166-73.
61. Karas D, Ciecuch J, Keyes C. The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Pers Individ Differ*. 2014(69):104-9.
62. Lamers SM, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, ten Klooster PM, Keyes CL. Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *J Clin Psychol*. 2011;67(1):99-110.
63. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsorapportering & statistik [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/>].
64. Angst J, Paksarian D, Cui L, Merikangas KR, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, et al. The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(1):24-32.
65. Paksarian D, Cui L, Angst J, Ajdacic-Gross V, Rossler W, Merikangas KR. Latent Trajectories of Common Mental Health Disorder Risk Across 3 Decades of Adulthood in a Population-Based Cohort. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(10):1023-31.
66. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*. 2015;10(2):e0116820.

67. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernandez-Gutierrez M, Poza-Mendez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. Arch Psychiatr Nurs. 2017;31(1):111-21.
68. Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Borges G, Kendler KS, Su M, Kessler RC. Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-born descendants: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. J Nerv Ment Dis. 2007;195(3):189-95.
69. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer: Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor 2014 [Available from: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/].

Bilagor

Bilaga 1. Mall för kvalitetsgranskning av studier

Mall för kvalitetsgranskning av studier i kartläggande litteraturoversikt

Mallen är en anpassad version av SBU:s granskningsmall för observationsstudier^a.

BIAS

Selektionsbias/generaliserbarhet	Ja	Nej	Oklart	Ej relevant
Rekryterades deltagarna på ett adekvat sätt?				

Kommentarer:

Bedömningsbias (per utfallsmått)

Mättes utfallet på ett adekvat sätt med definierade mätmetoder? (beskrivning av instrument)			
Mättes utfallet på ett adekvat sätt med standardiserade validerade mätmetoder? (Är instrumentet utvärderat?)			
Har studien tillämpat ett lämpligt statistiskt mått för rapporterad effekt/rapporterat samband?			
Har analysen tagit hänsyn till confounders/förväxlingsfaktorer?			

Kommentarer:

Bortfallsbias (per utfallsmått)

Var deltagandet tillfredställande?			
Var bortfallet efter inklusion tillfredställande lågt? (kohort)			
Var bortfallet lika lågt mellan grupperna?			

Kommentarer:

Rapporteringsbias

Var utfallsmåttet/utfallsmåtten relevanta?			
--	--	--	--

Kommentarer:

	Låg	Medelhög	Hög
Sammanvägning av risk för bias (per utfallsmått)			

^a Originalmallen finns här: http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall_observationsstudier.pdf

I den här rapporten presenteras resultat från en litteraturoversikt om skillnader i positiv (god) psykisk hälsa. Resultaten tyder framför allt på skillnader i positiv psykisk hälsa mellan socioekonomiska grupper. Det tycktes vanligare att individer med hög jämfört med låg socioekonomisk position rapporterade positiv psykisk hälsa. Några entydiga skillnader utifrån kön och ålder kunde inte konstateras eftersom resultatet från de enskilda studierna pekade åt olika håll. Skillnader utifrån migrationsstatus kunde inte heller konstateras eftersom det enbart fanns enstaka studier. Det saknades helt studier om skillnader i positiv psykisk hälsa utifrån sexuell läggning.

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en positiv och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Folkhälsomyndigheten bidrar till detta genom kunskapsuppbyggnad av det här slaget. Den här rapporten utgör en av flera delstudier inom ramen för ett regeringsuppdrag om att sammanställa kunskap om ojämlikheter i positiv psykisk hälsa och ohälsa. Rapporten betonar den goda psykiska hälsan, ibland kallad positiv psykisk hälsa, i motsats till ohälsan som vanligtvis är i fokus. Dessutom är kunskapen om skillnader i positiv psykisk hälsa mellan olika grupper i samhället idag begränsad. I den här rapporten presenterar vi kunskapsläget på området utifrån en kartläggning och bedömning av den vetenskapliga litteraturen.

Resultatet talar för att insatser för att minska ojämlikhet i positiv psykisk hälsa bör ta särskild hänsyn till skillnaderna i socioekonomisk position. De pekar också på ett behov av mer forskning på området, särskilt när gäller betydelsen av migrationsstatus och sexuell läggning. Rapporten vänder sig till forskare och andra som är intresserade av en fördjupande läsning om positiv psykisk hälsa och hur den är fördelad i befolkningen



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se