



Folkhälsomyndigheten

Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?

Utvecklingen under perioden 1985–2014



Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?

Utvecklingen under perioden 1985–2014

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 Folkhälsomyndigheten, 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: 18023-2

Förord

Sedan mitten av 1980-talet har andelen unga som uppger att de har återkommande psykosomatiska symtom fördubblats, och nästan hälften av 15-åringarna har denna typ av besvär. Vi har i denna rapport försökt finna svar på varför den psykiska ohälsan ökat bland unga. Rapporten pekar bl.a. på att både brister i skolans funktion och förändringar på arbetsmarknaden med allt högre krav på utbildning och kompetens kan ha haft betydelse. Vår roll är inte att uttala oss om hur t.ex. skolan kan förbättras, utan snarare att öka kunskapen om levnadsvanor och levnadsförhållanden som är viktiga för barns hälsa, samt att följa utvecklingen över tid och mellan länder.

Denna rapport är Folkhälsomyndighetens första tematiska kunskapsunderlag, vilket är en del i myndighetens samordnade folkhälsorapportering. Folkhälsomyndigheten rapporterar fortlöpande om hälsoläget i befolkningen och de faktorer som påverkar detta. Den samordnade folkhälsorapporteringen består av en kontinuerlig basrapportering på hemsidan som kompletteras med fördjupande tematiska kunskapsunderlag. Avsikten är att fungera som kunskapsunderlag för det övergripande folkhälsomålet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Målgruppen för rapporten är beslutsfattare för verksamheter som rör de områden som tas upp i rapporten. Även yrkesgrupper som i sitt vardagliga arbete möter barn och unga kan ha intresse av innehållet.

Rapporten är genomförd i samarbete mellan flera utredare på Folkhälsomyndigheten. Petra Löfstedt, Lina Wiklander och Maria Corell, enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor, har varit projektansvariga.

Ett varmt tack riktas till Beata Jablonska Paraszcak och Christina Boström Dalman, båda vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin vid Stockholms läns landsting samt Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet, för värdefulla synpunkter på innehållet i rapporten. Sofia Ljungdahl vid Folkhälsomyndigheten har varit till stor hjälp som intern granskare av rapporten.

Folkhälsomyndigheten

Johan Carlson
Generaldirektör

Innehåll

Begrepp	9
Sammanfattning.....	10
Summary.....	13
1. Inledning	16
1.1 Bakgrund	16
1.2 Syfte.....	16
1.3 Hälsans bestämningsfaktorer	16
1.4 Datakällor och analys	18
1.5 Innehåll och struktur	19
1.6 Avgränsningar och begränsningar.....	19
1.7 Begrepp.....	20
2. Utveckling av psykisk ohälsa bland barn och unga och konsekvenser av tidiga besvär ...	21
2.1 Sammanfattning	21
2.2 Utveckling av psykosomatiska symtom bland 11-, 13- och 15-åringar i Sverige	21
2.3 Utveckling av besvär av ångslan, oro eller ångest bland 16–29-åringar i Sverige.....	23
2.4 Utveckling av psykosomatiska symtom bland barn och unga i Norden.....	24
2.5 Konsekvenser av psykiska besvär tidigt i livet	26
3. Faktorer inom familjen och deras betydelse för psykisk ohälsa bland barn och unga	27
3.1 Sammanfattning	27
3.2 Inledning	27
3.3 Teoretisk bakgrund	28
3.4 Utveckling av faktorer inom familjen.....	30
3.5 Resultat från litteraturöversikt	41
3.6 Sammanfattande kommentarer	48
4. Familjens socioekonomiska förutsättningar och deras betydelse för barns och ungas psykiska ohälsa	50
4.1 Sammanfattning	50
4.2 Inledning	50
4.3 Teoretisk bakgrund	51
4.4 Utveckling av socioekonomiska förutsättningar	52

4.5 Resultat från litteraturoversikt	57
4.6 Sammanfattande kommentarer	62
5. Skolans och lärandets betydelse för barns och ungas psykiska ohälsa.....	64
5.1 Sammanfattning	64
5.2 Inledning	64
5.3 Teoretisk bakgrund	65
5.4 Utveckling av skolrelaterade faktorer	67
5.5 Könsskillnader i skolprestationer, skolstress och psykosomatiska symtom.....	72
5.6 Resultat från litteraturoversikt	72
5.7 Sammanfattande kommentarer	74
6. Övergripande samhällsfaktorer.....	76
6.1 Sammanfattning	76
6.2 Inledning	76
6.3 Arbetsmarknadens villkor för unga	77
6.4 Individualisering och krav på individen.....	80
6.5 Andra kulturella förändringar	81
6.6 Digitala medier	82
6.7 Sammanfattande kommentarer	83
7. Diskussion.....	85
Referenser	89
Bilagor.....	100

Begrepp

Psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett tillstånd av mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle individen lever i (1). Psykisk hälsa innefattar således mer än frånvaro av psykisk sjukdom.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är en samlande beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem såsom oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos (2).

Psykiatriska tillstånd

Psykiatriska tillstånd innebär en allvarlig psykisk ohälsa, som tar sig uttryck i olika syndrom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos, t.ex. adhd eller depression (2).

Psykiska besvär

Psykiska besvär innebär nedsatt välbefinnande i samband med psykisk obalans eller vid symtom såsom oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter (2).

Psykosomatiska symtom

Psykosomatiska symtom ingår i begreppet psykisk ohälsa. I denna rapport utgår vi från de symtom som finns med i studien Skolbarns hälsovanor, dels fyra psykiska symtom: sömnsvårigheter, nedstämdhet, irritation och nervositet, dels fyra somatiska symtom: huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen och yrsel.

Internaliserande och externaliserande problem

Psykisk ohälsa delas ofta in i två huvudkategorier, nämligen externaliserande och internaliserande problem. De förra inkluderar hyperaktivitet, impulsivitet och aggressivitet medan de senare omfattar oro, depressiva symtom och psykosomatiska symtom såsom huvudvärk eller magont samt självskadebeteende (2).

Hur begreppen tillämpas i rapporten

I denna rapport används begreppet psykosomatiska symtom i samband med analyser av materialet från Skolbarns hälsovanor. De litteraturöversikter som Folkhälsomyndigheten genomfört fokuserar på internaliserande problem. I hänvisningar till annan litteratur och i texter som sammanfattar olika typer av underlag används oftast begreppen psykiska besvär eller psykiska problem. I de mer övergripande diskussionerna används ibland begreppet psykisk ohälsa.

Sammanfattning

Andelen 13- och 15-åriga flickor och pojkar i Sverige som rapporterar återkommande psykosomatiska symtom har fördubblats sedan mitten av 1980-talet. I psykosomatiska symtom ingår sömnsvårigheter, nedstämdhet, irritation, nervositet, huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen och yrsel. År 2013/14 rapporterade över hälften av de 15-åriga flickorna och närmare en tredjedel av pojkarna i samma ålder psykosomatiska symtom. Besvären är alltså mer utbredda bland flickorna, men ökningen är densamma bland pojkarna som bland flickorna. Jämfört med andra nordiska länder har ökningen av psykosomatiska symtom varit mer omfattande i Sverige.

Folkhälsomyndigheten har undersökt vilka faktorer som kan ha påverkat ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige, utifrån fyra olika områden:

- faktorer inom familjen
- familjens socioekonomiska förutsättningar
- skolan och lärande
- övergripande samhällsförändringar

Relationer inom familjen är bättre eller oförändrade

De flesta faktorer som vi studerat som rör relationer inom familjen har förbättrats eller inte förändrats nämnvärt under de senaste decennierna. Separationerna mellan föräldrar har varierat i omfattning sedan 1990-talet, och det är allt fler barn till separerade föräldrar som bor växelvis hos sina föräldrar. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen visar på ett alltför begränsat underlag för att kunna dra några säkra slutsatser om sambandet mellan separationer och risken att barnen utvecklar internaliserande problem.

Resultat från studien Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland de elever som uppger att de har svårt att tala med en eller båda föräldrar om bekymmer. Andelen elever som har svårt att tala med sina föräldrar har dock inte ökat över tid.

Föräldrars sätt att uppföstra sina barn har blivit mindre auktoritärt sedan 1980-talet. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen tyder på att ett mindre auktoritärt föräldraskap minskar risken för att barnen ska utveckla internaliserande problem. Sammantaget tycks inte faktorer inom familjen ha påverkat utvecklingen av psykosomatiska symtom bland barn och unga.

Ökade skillnader i socioekonomiska förutsättningar

Andelen ekonomiskt utsatta barnfamiljer i Sverige har minskat enligt absoluta mått som s.k. låg inkomststandard eller om familjen får ekonomiskt bistånd. Däremot har andelen ekonomiskt utsatta barn och unga ökat om man ser till relativa mått,

det vill säga en familjs inkomst i relation till inkomsterna hos den övriga befolkningen. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen tyder på att ekonomisk utsatthet i absoluta termer ökar risken för internaliserande problem bland barn och unga. Däremot är det inte klart hur relativ socioekonomisk utsatthet påverkar barns och ungas psykiska hälsa.

Sammanfattningsvis tycks inte ekonomisk utsatthet i absoluta termer ha bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga. Däremot är det oklart vilka konsekvenser de ökade inkomstskillnaderna har för barns och ungas psykiska hälsa.

Skolan fungerar sämre

Sedan 1990-talets början har det svenska skolsystemet genomgått flera genomgripande förändringar. Skolprestationerna bland högstadiel elever försämrades under perioden 1995–2012 enligt de internationella undersökningarna Pisa och TIMSS. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen indikerar ett samband mellan sämre skolprestationer och ökad risk för internaliserande problem bland barn och unga.

Data från Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att de känner sig stressade av skolarbetet. Utvecklingen av andelen som känner sig stressade har till stor del sammanfallit med utvecklingen av psykosomatiska symtom sedan 1990-talets slut.

De sjunkande skolprestationerna och den utbredda skolstressen kan ses som indikatorer på att skolan som helhet fungerar sämre. Sammanfattningsvis har brister i skolans funktion troligen bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga.

Större utmaningar på arbetsmarknaden för unga

Unga möter i dag en arbetsmarknad som är osäkrare och som kräver högre utbildning och kompetens än tidigare. Många unga vuxna känner sig oroliga för sin framtida utbildning och möjligheter på arbetsmarknaden. Det är troligt att även de yngre är medvetna om dessa förändringar och att det medfört en ökad press på dem att fullfölja gymnasiet med bra betyg för att kunna fortsätta på en eftergymnasial utbildning. Förändringarna på arbetsmarknaden har troligen bidragit till utvecklingen av psykosomatiska symtom bland unga.

Ökad användning av digitala medier

Studien Skolbarns hälsovanor visar att såväl användningen av datorer, surfplattor och smartphones som datorspelandet ökat bland 13- och 15-åringar under 2000-talet. Studien visar också att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som ägnar mer tid åt tv, datorer och datorspel. Den vetenskapliga litteraturen är dock otillräcklig för att kunna dra några säkra slutsatser om effekter av den digitala medieanvändningen på den psykiska hälsan hos barn och unga. Det kan finnas

såväl positiva som negativa hälsoeffekter av att ägna sig åt internetbaserade aktiviteter.

Framtida forskning får visa om spridningen av hemdatorer, surfplattor och smarta mobiler som ägt rum under 2010-talet bidragit till ökningen av symtom på psykisk ohälsa bland unga under samma period.

Övriga samhällsövergripande förändringar

Flera övergripande samhällsföringar som ökad individualisering, ökad öppenhet kring psykisk ohälsa, lägre krav på barnen och medikalisering av barndomen behandlas i rapporten. På grund av ämnenas komplexitet och begränsat vetenskapligt underlag är det osäkert i vilken utsträckning dessa faktorer har påverkat utvecklingen.

Slutsats

Sammantaget är det troligt att såväl brister i skolans funktion, som en ökad medvetenhet om de ökade krav som förändringarna på arbetsmarknaden medför, har bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga. Folkhälsomyndighetens bedömer därför att den svenska skolan behöver stärkas. Såväl Kommissionen för jämlik hälsa som Skolkommissionen har lyft fram förslag som syftar till att skapa en god lärandemiljö i skolan, höjda kunskapsresultat och ett likvärdigt utbildningssystem. Genom att stärka barns och ungas skolresultat ges de bättre framtida möjligheter på arbetsmarknaden och förutsättningar till en god hälsa.

Summary

Why have multiple health complaints increased among children and adolescents in Sweden?

The development between 1985 and 2014.

The proportion of Swedish 13- and 15-year-old girls and boys reporting multiple health complaints has doubled since around 1985. Health complaints include difficulties in getting to sleep, feeling low, feeling irritable or bad tempered, feeling nervous, having headaches, stomach aches, backaches, and feeling dizzy.

In 2013/14, more than half of the 15-year-old girls and almost one third of the boys reported multiple health complaints. Complaints are thus more common among girls, but the increase has been the same among boys. In comparison with other Nordic countries, the increase in multiple health complaints has been more pronounced in Sweden.

The Public Health Agency of Sweden has analysed potential factors causing the increase in multiple health complaints among children and adolescents in Sweden, based on four main areas:

- factors within the family
- the socioeconomic conditions of the family
- school and learning
- structural changes

Improved or unchanged relationships within the family

Most factors relating to the family have not changed significantly or have improved over the last decades. Separations between parents have varied since the 1990s and there are more children living in joint physical custody. The results of our review of scientific literature are insufficient to draw any conclusions about the relationship between separations and the risk of children developing internalising problems.

Data from the Health Behaviour in School-aged Children study (HBSC) show that multiple health complaints are more common among adolescents who report having difficulties talking to their parents about things that really bother them. However, the proportion of children and adolescents who report having difficulties talking to their parents has not increased over time.

Parents' ways of raising their children have become less authoritarian since the 1980s. Our review of scientific literature suggests that a less authoritarian parenthood reduces the risk of developing internalising mental health problems among children.

To summarise, factors within the family do not appear to have contributed to the increase in multiple health complaints among children and adolescents.

Increased socioeconomic inequalities

The proportion of children living in poor families, e.g. those without a decent standard of living or who are receiving welfare, has decreased. However, the proportion of children in Sweden living in families with incomes below 60 per cent of the median household income of the total population has increased.

Our review of scientific literature suggests that a poor standard of living is associated with an increased risk of internalising problems among children and adolescents. However, the importance of socioeconomic inequalities for children's and adolescent's mental health is less explored.

To sum up, it is unlikely that a poor standard of living have contributed to the increase in multiple health complaints. We cannot say whether or not the increased socioeconomic inequalities have contributed to the increase in multiple health complaints among children and adolescents.

A weakened Swedish school system

The Swedish school has undergone several major changes since the beginning of the 1990s. Data from the Trends in International Mathematics and Science Study (TIMSS) and the Programme for International Student Assessment (PISA) show that school performance has deteriorated over the period 1995–2012. Our review of scientific literature suggests that there is a connection between poor school performance and increased risk of internalising problems among children and adolescents.

Data from the HBSC study show that multiple health complaints are more common among children and adolescents who report feeling pressured by schoolwork. The trends in perceived school pressure and the multiple health complaints have largely coincided since the end of the 1990s.

The fact that school performance has deteriorated and that school pressure is widespread indicates that the functioning of the Swedish school system has deteriorated, which probably has contributed to the increase in multiple health complaints among children and adolescents.

Higher demands in the labour market

Young people today face a labour market that is more insecure and that requires higher education and more skills than before. Many young people also feel anxiety and stress about their future education and their position in the labour market. It is likely that adolescents are aware of the change in the labour market and that it has caused an increased pressure on them to perform well. The changes in the labor market have probably contributed to the development of multiple health complaints among young people.

Increased electronic media use

Data from the HBSC study show that electronic media use has increased in the 2000s. Data also show that multiple health complaints are positively associated with time spent on electronic media communication. Research suggests that electronic media use may have both positive and negative effects on children's and adolescent's mental health. However, the scientific evidence is insufficient to determine whether or not the increased use of electronic media has contributed to the increase in multiple health complaints among children and adolescents.

Future studies will show if the widespread use of home computers, tablets and smart phones in the 2010s contributed to the increase in multiple health complaints during the same period.

Other structural changes

Several comprehensive changes in society, such as increased individualisation, increased openness about mental ill health, medicalisation and demands on the children, are discussed in the report. Due to the complexity of the subjects and limited scientific evidence, it is uncertain to what extent these factors have contributed to the increase in multiple health complaints among children and adolescents.

Conclusions

Overall, both the fact that the functioning of the Swedish school system has deteriorated and an increased awareness of the higher demands in the labour market, have probably contributed to the increase in multiple health complaints among children and adolescents. Therefore, the Public Health Agency of Sweden's view is that the Swedish school system needs to be strengthened. Both the Swedish Commission for Equity in Health and the Swedish School Commission have presented several measures aiming to create a good learning environment in schools, and to improve learning outcomes and equity in Swedish schools. By improving children's and adolescent's learning outcomes, their future opportunities in the labour market and chances for a good health will increase.

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

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Jag känner mig stressad varje dag. Det ställs väldigt höga krav på ungdomar. Man ska se bra ut, ha snygga kläder, ha mycket pengar, ha många kompisar och festa varje helg. De som inte uppfyller dessa krav får automatiskt lägre status. Utöver det ska du tänka på skolan och få höga betyg. När allt det här snurrar i huvudet är det inte så konstigt att man blir stressad. (citat från 16-årig flicka, sid 13 i (3))

Citatet ovan inleder en avhandling som syftar till att skildra erfarenheter av psykisk ohälsa bland gymnasieungdomar i en medelstor stad i södra Sverige. Det är en flickas egna ord om vad som gör att hon mår dåligt. Uttalandet vittnar om att barn och unga kan uppleva påfrestningar från flera olika områden i livet – utseende, materiella tillgångar, sociala relationer och prestationer i skolan – som tillsammans skapar en känsla av att inte räkna till.

Allt fler barn och unga i Sverige rapporterar psykisk ohälsa. Denna ökning ses bland annat i studien Skolbarns hälsovanor som har mätt förekomsten av psykosomatiska symtom bland 11-, 13- och 15-åringar sedan mitten av 1980-talet. En rapport från Socialstyrelsen visar att även andelen barn och unga som har vårdats för till exempel depression eller ångestsyndrom inom slutenvård eller specialiserad öppenvård ökat under 2006–2016 (4).

Flera sammanställningar av internationella studier visar på en ökning av psykiska besvär bland unga i ett flertal västerländska länder, däribland Sverige (5-8).

En viktig del i arbetet med att uppnå det övergripande folkhälsomålet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, är kunskap om hur olika livsvillkor påverkar barns och ungas psykiska hälsa och hur utvecklingen ser ut över tid. Folkhälsomyndigheten har därför undersökt olika faktorer som kan ha påverkat ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige.

1.2 Syfte

Syftet med denna rapport är att undersöka faktorer som skulle kunna förklara den ökade förekomsten av psykosomatiska symtom bland barn och unga i Sverige under perioden 1985/86–2013/14.

1.3 Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsa påverkas av en rad komplexa samband på olika nivåer kring individen. Exempelvis har faktorer i såväl individens nära omgivning som faktorer på samhällsnivå samband med hur individen mår. Inom folkhälsovetenskapen används ofta begreppet *bestämningsfaktorer* som en benämning på faktorer som påverkar

hälsan. Bestämningsfaktorer kan påverka hälsan negativt eller positivt, vilket benämns som riskfaktorer respektive skyddsfaktorer.

Riskfaktorer är de bestämningsfaktorer som ökar risken för ohälsa, problem eller riskbeteenden. En riskfaktor är en egenskap, en händelse, ett förhållande eller en process som ökar sannolikheten eller risken för att något icke önskvärt ska hända. Genom att minska antalet riskfaktorer som barn och unga är exponerade för, kan man minska risken för att de ska utveckla olika former av problembeteenden eller ohälsa. Det är även viktigt att så tidigt som möjligt fånga upp de barn och unga som är på väg in i ett negativt beteende eller som uppvisar symtom på ohälsa samt att försöka identifiera om det finns riskfaktorer som bidrar till detta.

En riskfaktor för ett visst beteende är inte nödvändigtvis detsamma som en orsak till beteendet (9), och det går sällan eller aldrig att identifiera en enstaka riskfaktor som orsak till riskbeteenden eller ohälsa. Det är nästan alltid flera faktorer som samspelar med varandra. Ju fler riskfaktorer, desto större risk för problem eller ohälsa.

Skyddsfaktorer är de faktorer som ökar individens möjligheter att behålla en god hälsa och är en motvikt till riskfaktorer. En skyddsfaktor kan liknas vid en buffert mot en risk, en faktor som förändrar effekterna av att utsättas för en riskfaktor och som ökar sannolikheten för ett positivt utfall. Effekten av en riskfaktor blir mindre i närvaro av en skyddsfaktor och större när skyddsfaktorer saknas (10).

Dahlgrens och Whiteheads regnbågsmodell

Givet områdets komplexitet och de svårigheter som finns att förutse effekten av invecklade och interagerande sambandskedjor, finns många modeller som försöker beskriva hur riskfaktorer och skyddsfaktorer påverkar människors hälsa och vilka mekanismerna är. En inflytelserik modell inom folkhälsovetenskapen är Dahlgrens och Whiteheads ”regnbågsmodell”, som kan användas för att beskriva olika faktorer som påverkar människors hälsa, och som i sin tur är påverkbara (11). Modellen beskriver människors livsvillkor och levnadsvanor som viktiga faktorer för hälsa, och sätter dessutom in hälsa i ett bredare samhällssammanhang.

Dahlgren och Whitehead delar in hälsans bestämningsfaktorer i fyra olika lager, placerade ovanpå varandra. Innanför dessa lager finns de faktorer som individen bär på, dvs. ålder, kön och arv. Det första lagret handlar om sociala relationer och nära relationer, och det andra innefattar levnadsvanor såsom kost- och motionsvanor. Det tredje lagret utgörs av personens sammanhang, dvs. levnads- och arbetsförhållanden såsom utbildning, boende och sysselsättning. Slutligen rymmer det yttersta lagret övergripande strukturella faktorer såsom generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade förhållanden eller system (11). Region Gotland har anpassat Dahlgrens och Whiteheads modell utifrån ett barnperspektiv, se figur 1.1.

I den här rapporten behandlas

- faktorer inom familjen (första lagret)
- familjens socioekonomiska förutsättningar (tredje lagret)
- faktorer som rör skolan och lärande (tredje lagret)
- mer övergripande faktorer i samhället, t.ex. förändringar på arbetsmarknaden (fjärde lagret)

Figur 1.1. Hälsans bestämningfaktorer för barn och unga.



Källa: Region Gotland. Bearbetad illustration efter Göran Dahlgren och Margret Whiteheads original.

1.4 Datakällor och analys

Rapporten bygger på analyser av svenska data från studien Skolbarns hälsovanor, trenddata från olika källor och sammanställningar av vetenskaplig litteratur.

För varje faktor som undersöks har vi studerat:

- om det finns ett *samband* mellan faktorn och psykisk ohälsa bland unga
- om faktorn har *ökat eller minskat* i förekomst bland barn och unga över tid

För att avgöra om det finns ett samband mellan en faktor och psykisk ohälsa bland barn och unga genomförs både analyser av data från studien Skolbarns hälsovanor och systematiska litteraturöversikter av vetenskaplig litteratur. Hur olika faktorer har förändrats över tid framkommer både i Skolbarns hälsovanor och från andra datakällor. Olika faktorer undersöks därmed med hjälp av delvis olika datakällor, beroende på vilka uppgifter som finns att tillgå. Det innebär att resonemangen inom olika områden kan vara av olika karaktär.

1.5 Innehåll och struktur

Kapitel 2 beskriver utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige och i Norden samt kort- och långsiktiga konsekvenser av att ha psykiska besvär tidigt i livet.

Kapitel 3 fokuserar på det innersta lagret av Dahlgrens och Whiteheads modell, dvs. sociala nätverk och nära relationer, avgränsat till faktorer inom familjen. Därefter behandlas det tredje lagret som avser sammanhang där människor lever och arbetar, med fokus på barns och ungas socioekonomiska förutsättningar (kapitel 4) och skolrelaterade faktorer (kapitel 5). I kapitlen 3–5 beskrivs också utvecklingen av olika indikatorer som är kopplade till varje fördjupningsområde. Dessutom innehåller kapitlen systematiska litteraturöversikter inom de aktuella områdena.

I kapitel 6 behandlas olika aspekter som berör det fjärde och sista lagret som innefattar övergripande faktorer på samhällsnivå, t.ex. arbetsmarknad och individualisering. Innehållet är huvudsakligen en teoretisk genomgång, men i möjligaste mån presenteras empirisk data.

Kapitel 7 innehåller en avslutande diskussion om resultaten i rapporten.

I bilaga 1 presenteras resultaten från studien Skolbarns hälsovanor, med en analys av sambanden mellan faktorer i barn och ungas närmiljö och psykosomatiska symtom. Resultaten ingår även som en del av kapitel 3–7. Ett undantag är resultaten om kroppsuppfattning, vilka enbart förekommer i bilaga 1.

1.6 Avgränsningar och begränsningar

Bakgrunden till denna rapport är den ökade självrapporterade psykiska ohälsan bland 13- och 15-åringar under perioden 1985–2014. Eftersom det inte har skett någon förändring bland 11-åringarna i Skolbarns hälsovanor under denna period innehåller rapporten ingen fördjupning av faktorer och miljöer som rör de yngre barnen.

I denna rapport har vi inte analyserat utvecklingen av psykiatriska diagnoser, förskrivningar av psykofarmaka, vårdtillfällen eller övrig kontakt med vården.

Vi har inte tittat närmare på betydelsen av levnadsvanor för utvecklingen av psykosomatiska symtom, såsom rökning, alkoholkonsumtion och fysisk aktivitet, eftersom de i huvudsak visar på en för barnen oförändrad eller positiv utveckling.

Vi har valt att fokusera på faktorer och miljöer som berör ungdomsgruppen som helhet. I denna rapport analyserar vi därför inte skillnaden i förekomst av psykosomatiska symtom mellan flickor och pojkar. Vi analyserar heller inte utvecklingen inom enskilda grupper av ungdomar utifrån etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck eller funktionsnedsättning.

1.7 Begrepp

I denna rapport används begreppet psykosomatiska symtom i samband med analyser av materialet från Skolbarns hälsovanor. De litteraturöversikter som Folkhälsomyndigheten genomfört fokuserar på internaliserande problem. I hänvisningar till annan litteratur och i texter som sammanfattar olika typer av underlag används oftast begreppen psykiska besvär eller psykiska problem. I de mer övergripande diskussionerna används ibland begreppet psykisk ohälsa. Mer utförliga beskrivningar av olika begrepp finns på s.12 i denna rapport.

2. Utveckling av psykisk ohälsa bland barn och unga och konsekvenser av tidiga besvär

2.1 Sammanfattning

- Sedan studien Skolbarns hälsovanor började 1985/86 ses en gradvis ökning av andelen 13- och 15-åringar som har uppgett att de haft minst två psykosomatiska symtom mer än en gång i veckan. Under hela perioden från 1985/86 till 2013/14 ses en fördubbling både bland flickor och bland pojkar i dessa åldrar. Även bland unga i åldersgruppen 16–24 år har andelen som rapporterar psykosomatiska symtom ökat de senaste decennierna.
- Det är genomgående högre andel flickor och unga kvinnor som rapporterar psykosomatiska symtom, men pojkarna och de unga männen följer samma mönster.
- När det gäller självrapporterade psykosomatiska symtom skiljer sig Sverige från de övriga nordiska länderna. Andelen 13- och 15-åringar som rapporterar psykosomatiska symtom är större i Sverige. Detta gäller såväl flickor som pojkar.
- Psykiska sjukdomar och syndrom står för en betydande del av sjukdomsördan bland barn och unga i Sverige. Psykiska besvär tidigt i livet kan få direkta konsekvenser, t.ex. sämre skolresultat men också konsekvenser senare i livet i form av psykisk sjukdom, ökad risk för självmordsförsök och övriga skador och olyckor samt problem med försörjning och familjebildning.

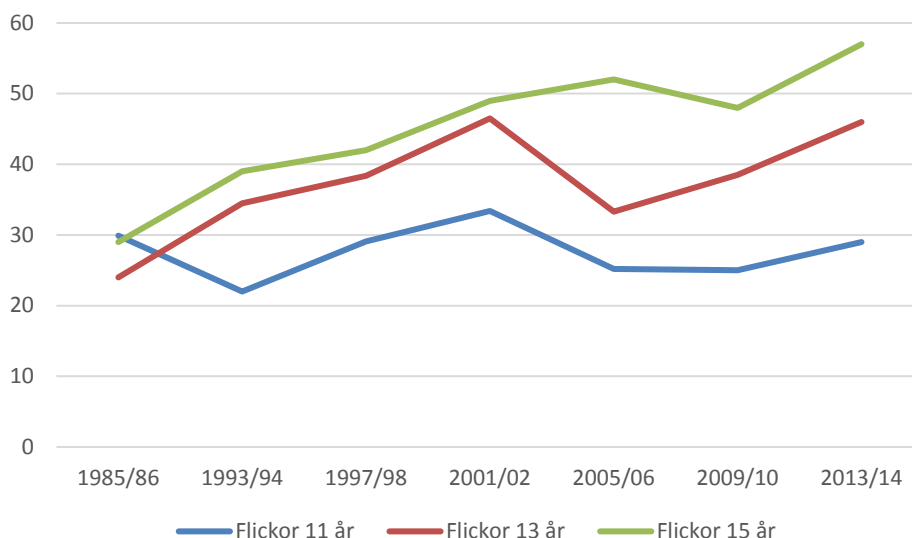
2.2 Utveckling av psykosomatiska symtom bland 11-, 13- och 15-åringar i Sverige

I Skolbarns hälsovanor får eleverna svara på hur ofta de har haft olika typer av psykiska och somatiska symtom under de senaste sex månaderna. De symtom som enkäten tar upp är:

- känt mig nere
- varit irriterad eller på dåligt humör
- känt mig nervös
- haft svårt att somna
- haft huvudvärk
- haft ont i magen
- haft ont i ryggen
- känt mig yr

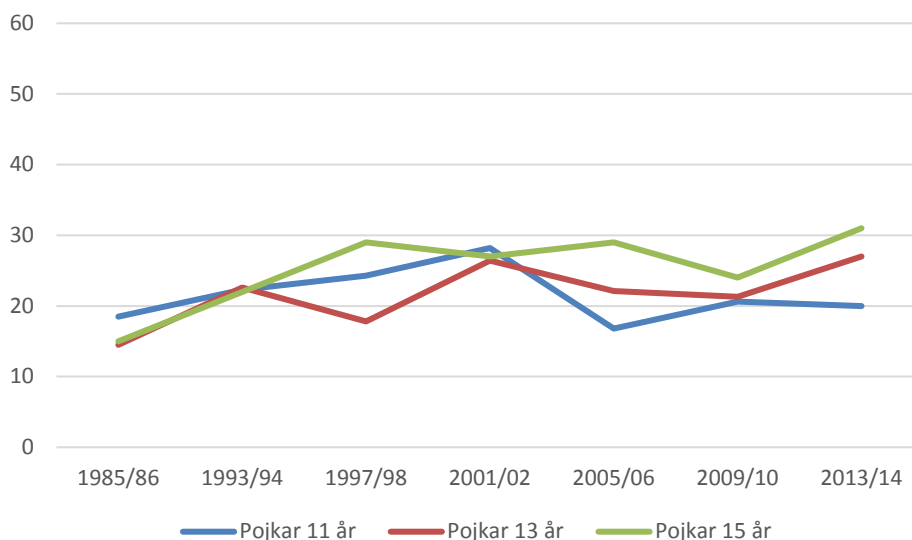
Sedan studien började 1985/86 ses en gradvis ökning av andelen 13- och 15-åringar som har uppgett att de haft minst två symtom mer än en gång i veckan. Under hela perioden 1985/86 till 2013/14 ses en fördubbling både bland flickor och bland pojkar i dessa åldrar (figur 2.1 och 2.2).

Figur 2.1. Andel (i procent) 11-, 13- och 15-åriga flickor som har uppgett att de har haft minst två psykosomatiska symtom mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2013/14.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten. Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda.

Figur 2.2. Andel (i procent) 11-, 13- och 15-åriga pojkar som har uppgett att de har haft minst två psykosomatiska symtom mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2013/14.



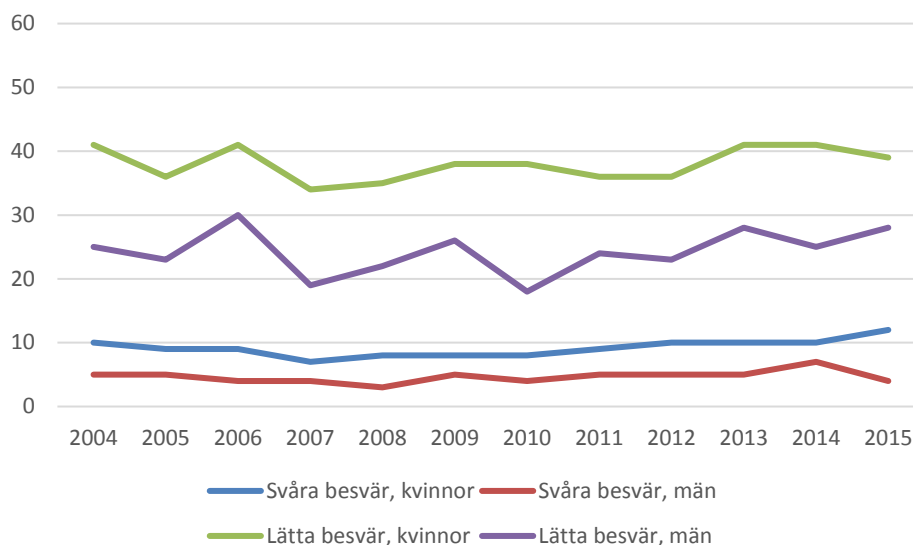
Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten. Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda.

Bland 15-åriga pojkar har andelen som har rapporterat att de haft minst två psykosomatiska symtom mer än en gång i veckan ökat från 15 till 31 procent, och bland 15-åriga flickor från 29 till 57 procent. Bland 13-åriga pojkar har andelen ökat från 15 till 27 procent och bland 13-åriga flickor från 24 till 46 procent. Bland 11-åringar har det däremot inte skett någon ökning av andelen som har rapporterat minst två symtom.

2.3 Utveckling av besvär av ångslan, oro eller ångest bland 16–29-åringar i Sverige

I den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor ställs frågan ”Har du något/några av följande besvär eller symtom?” följt av bl.a. ”ångslan, oro eller ångest”. Andelen kvinnor och män i åldersgruppen 16–29 år som har rapporterat lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest över tid visas i figur 2.3. Såväl lätta som svåra besvär har rapporterats oftare av unga kvinnor än unga män. År 2016 uppgav 54 procent av kvinnorna och 33 procent av männen att de hade lätta eller svåra besvär. Som framgår av figuren varierar andelen kvinnor och män i denna åldersgrupp som uppger att de har besvär, men sett till hela perioden 2004–2015 har inga större förändringar ägt rum.

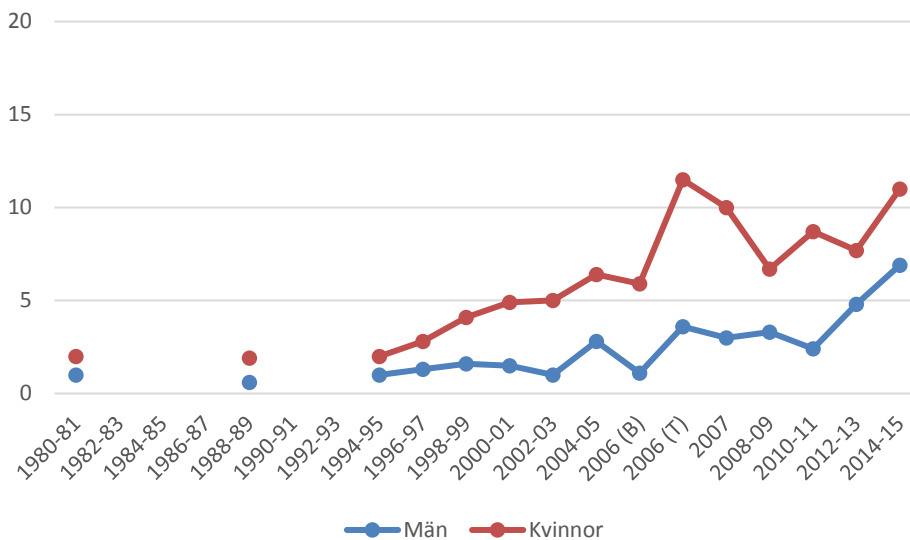
Figur 2.3. Andel (i procent) 16–29-åringar med lätta respektive svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, kvinnor och män, 2004–2015.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten.

SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), som har genomförts sedan 1980, visar en ökning av andelen unga män och kvinnor i åldern 16–24 år som anger att de har *svåra* besvär av oro, ångslan och ångest. Bland män ökade andelen från 1 till 7 procent och bland kvinnor från 2 till 11 procent under perioden 1980–2015. Till skillnad från i Hälsa på lika villkor ses även en ökning under 2000-talet (figur 2.4).

Figur 2.4. Andel (i procent) 16–24-åringar med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, kvinnor och män, 1980–2015.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB. Anm. År 2006 skedde ett metodbyte, från besöksintervjuer (B) till telefonintervjuer (T).

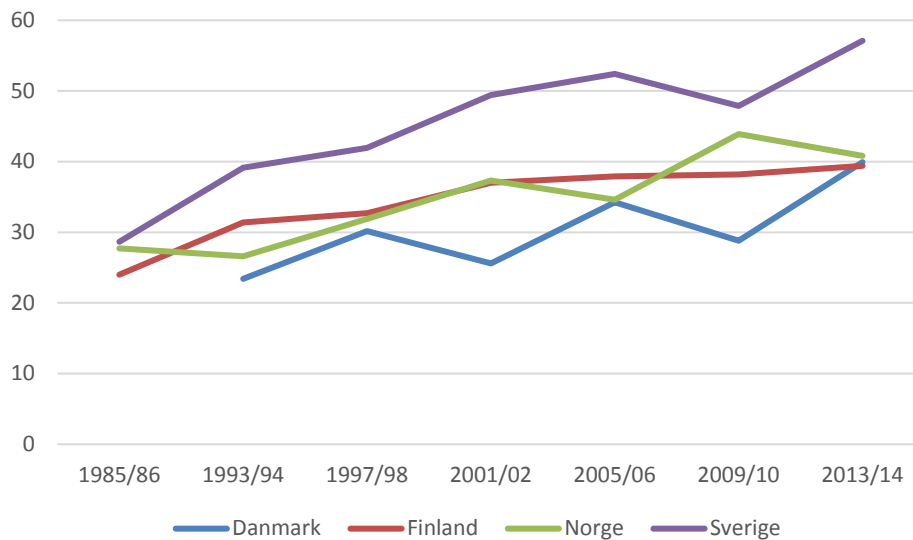
Sammanfattningsvis ser vi från Skolbarns hälsovanor och ULF-undersökningarna, att de psykosomatiska symtomen har ökat de senaste decennierna. Det är genomgående en större andel flickor och unga kvinnor som rapporterar symtom, men pojkarna och de unga männen följer samma mönster. När det gäller Hälsa på lika villkor har vi endast uppgifter från och med 2004 och undersökningen visar ingen ökning av psykosomatiska symtom, däremot är det genomgående en större andel bland unga kvinnor jämfört med unga män som rapporterar symtom.

2.4 Utveckling av psykosomatiska symtom bland barn och unga i Norden

Sverige, Norge, Finland och Danmark har deltagit i studien Skolbarns hälsovanor sedan 1985/86 och därmed finns jämförbara uppgifter om ungas hälsa från dessa länder. Island har endast deltagit sedan 2005/06 års datainsamling och ingår därför inte i jämförelsen.

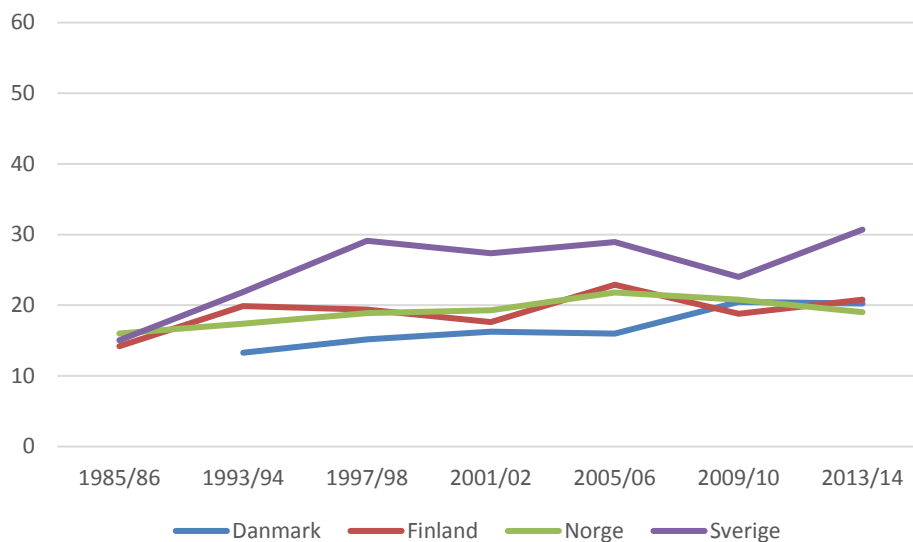
När det gäller självrapporterade psykosomatiska symtom skiljer sig Sverige från de övriga länderna eftersom både 13- och 15-åringar, av båda könen, rapporterar psykosomatiska symtom i högre utsträckning i Sverige (12). Den tydligaste skillnaden finns bland 15-åriga flickor. I den senaste mätningen var det närmare 60 procent av flickorna i Sverige som uppgav att de haft minst två psykosomatiska symtom mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, jämfört med cirka 40 procent i övriga länder (figur 2.5). Under hela perioden var det en större andel 15-åriga flickor i Sverige som rapporterar symtom. Även bland de 15-åriga pojkarna var andelen med psykosomatiska symtom större i Sverige (figur 2.6).

Figur 2.5. Andel (i procent) 15-åriga flickor som har uppgett att de har haft minst två psykosomatiska symtom mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna i Danmark, Finland, Norge och Sverige, 1985/86–2013/14.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten. Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda.

Figur 2.6. Andel (i procent) 15-åriga pojkar som har uppgett att de har haft minst två psykosomatiska symtom mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna i Danmark, Finland, Norge och Sverige, 1985/86–2013/14.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten. Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda.

2.5 Konsekvenser av psykiska besvär tidigt i livet

Konsekvenser på kort och lång sikt

Psykiska besvär tidigt i livet kan få direkta konsekvenser, t.ex. sämre skolresultat (13), men också konsekvenser senare i livet i form av psykisk sjukdom, ökad risk för självmordsförsök och övriga skador och olyckor samt problem med försörjning och familjebildning (14).

Den psykiska ohälsans bidrag till sjukdomsördan bland unga

Psykiska sjukdomar och syndrom står för en betydande del av sjukdomsördan bland barn och unga i Sverige. Sjukdomsörda är en sammanvägning av förlorade år på grund av för tidig död och funktionsnedsättning och mäts med hjälp av så kallade DALYs (disability-adjusted life years) eller funktionsjusterade levnadsår. En DALY motsvarar ett förlorat friskt år. Den senaste undersökningen av den globala sjukdomsördan publicerades 2016, och enligt den är depression, ångestsyndrom och självtillfogade skador några av de tillstånd som orsakar störst sjukdomsörda bland unga män (15) och kvinnor (16), 15–19 år, i Sverige (tabell 2.1). Bland unga män står självtillfogade skador för en större andel av sjukdomsördan än vad depressiva tillstånd och ångestsyndrom gör. Bland de unga kvinnorna är mönstret det motsatta. Denna könsskillnad förklaras av att suicidtalerna är högre bland männen.

Tabell 2.1. Rangordning av sjukdomstillstånd som orsakade störst andel DALY bland unga män och kvinnor i Sverige 2016.

Män (15–19 år)	Kvinnor (15–19 år)
1 Hudsjukdomar	1 Hudsjukdomar
2 Självtillfogade skador	2 Depressiva tillstånd
3 Smärta i ländrygg och nacke	3 Migrän
4 Trafikolyckor	4 Ångestsyndrom
5 Migrän	5 Smärta i ländrygg och nacke
6 Depressiva tillstånd	6 Astma
7 Ångestsyndrom	7 Självtillfogade skador
8 Uppförandestörning	8 Bipolär sjukdom
9 Narkotikaberoende	9 Uppförandestörning
10 Astma	10 Åtstörningar

Källa: Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

3. Faktorer inom familjen och deras betydelse för psykisk ohälsa bland barn och unga

3.1 Sammanfattning

- Andelen föräldrar som separerade ökade under 1990-talet för att återigen minska något under 2000-talet. Sedan tidigt 1990-tal har det blivit vanligare att barn till separerade föräldrar bor växelvis hos sina föräldrar. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen visar på ett alltför begränsat underlag för att kunna dra några säkra slutsatser om sambandet mellan separationer och risken att barnen utvecklar internaliserande problem.
- Studien Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att de har svårt för att prata med en eller båda föräldrar om bekymmer. Det har dock inte skett någon generell ökning av andelen som har svårt att prata med sina föräldrar om bekymmer sedan 1980-talet.
- Föräldrars sätt att uppfostra sina barn har blivit mindre auktoritärt sedan 1980-talet. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen tyder på att ett mindre auktoritärt föräldraskap minskar risken för att barnen ska utveckla internaliserande problem.
- Psykisk ohälsa i form av lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest ökade bland vuxna under 1990-talet för att sedan stabiliseras under 2000-talet. Det innebär att utvecklingen av symtomen ser olika ut bland barn och unga respektive vuxna under 2000-talet.
- Sammanfattningsvis tycks inte faktorer inom familjen ha påverkat utvecklingen av psykosomatiska symtom bland barn och unga.

3.2 Inledning

I detta kapitel beskrivs det innersta lagret i Dahlgrens och Whiteheads ”regnbågsmodell” dvs. sociala nätverk och nära relationer, avgränsat till faktorer inom familjen.

Familjen är den mest centrala struktur som barn föds in i, där de växer och utvecklas och förbereds inför vuxenlivet (17). Ungdomar själva anser också att familjrelaterade faktorer är viktiga för deras psykiska hälsa (18-20), och de har mycket tankar om hur en bra familj ska vara, vilket visar att familjen är viktig för dem (21).

Familjelivet har genomgått olika förändringar under de senare decennierna. Fler kvinnor förvärvsarbetar och fler arbetar heltid (22), andelen skilsmässor har

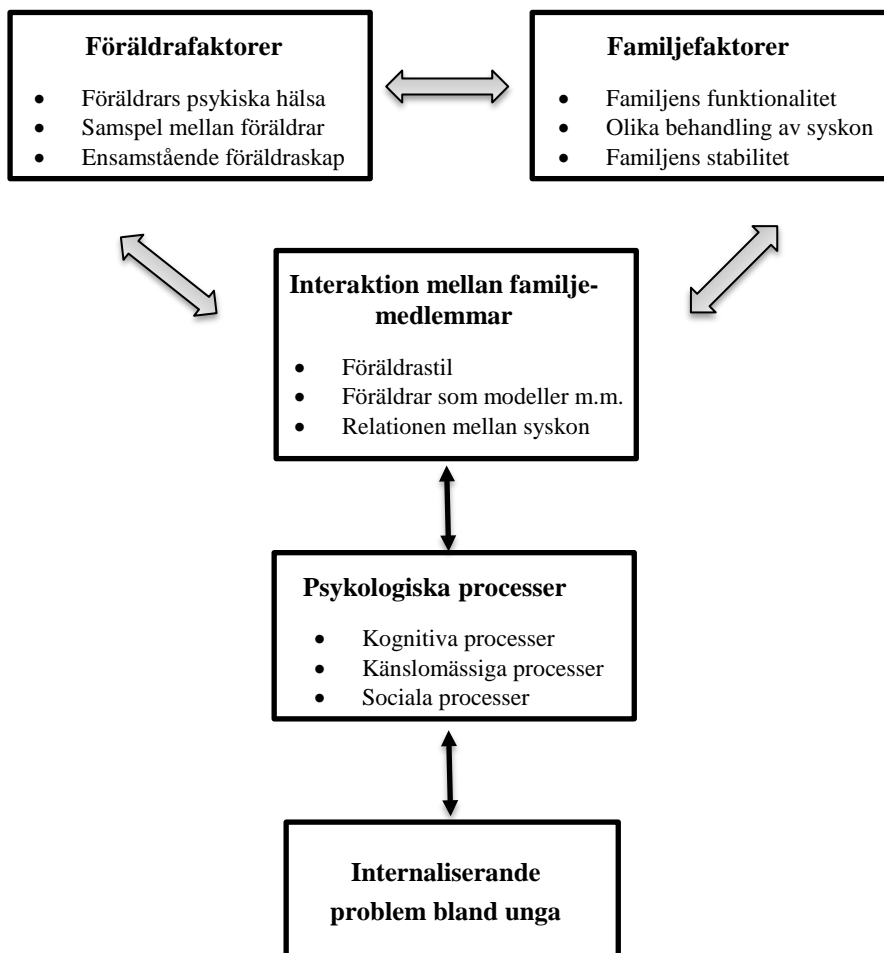
varierat (23) och det är vanligare att barn till separerade föräldrar bor växelvis hos sina föräldrar (24).

De viktigaste politiska reformerna som påverkat familjelivet gäller föräldraförsäkringen. Sverige var 1974 först i världen med att införa en gemensam föräldraförsäkring som innebar att kvinnor och män fick samma rättigheter att vara föräldralediga. Sedan dess har föräldraförsäkringen också gjorts mer generös så att föräldrar kan vara hemma längre med sina barn och samtidigt få ersättning i form av föräldrapenning. Den har även anpassats för att stimulera ett mer jämställt föräldraskap. Föräldraförsäkringens villkor, kombinerat med att barnomsorgen har byggts ut, har bidragit till ett mer jämställt ansvar för omvårdnaden av barn. Mellan 1985 och 2016 ökade t.ex. andelen föräldradagar som togs ut av män från 6 till 26 procent (22).

3.3 Teoretisk bakgrund

Det finns flera teorier om familjens betydelse för barns utveckling och hälsa. Folkhälsomyndigheten har valt att utgå ifrån en övergripande teoretisk modell som beskriver familjens betydelse för barns internaliserande problem (25), se figur 3.1.

Figur 3.1. Modell över familjens betydelse för internaliserande problem bland unga.



Modellen beskriver hur tre grundläggande områden som är kopplade till familjen påverkar psykologiska processer hos unga, samt hur dessa processer i sin tur kan leda till internaliserande problem. Det gäller följande tre områden:

- *Föräldrafaktorer* – faktorer som har sin grund hos antingen en förälder, alternativt finns mellan föräldrarna eller omsorgsgivarna (t.ex. föräldrars psykiska hälsa, samspel mellan föräldrar och ensamstående kontra delat föräldraskap)
- *Familjefaktorer* – faktorer som innefattar hur hela familjen fungerar som en enhet (t.ex. familjens stabilitet och funktionalitet och föräldrars olika behandling av syskon)
- *Interaktion mellan familjemedlemmar* – faktorer som rör relationen mellan förälder och barn eller mellan syskon (t.ex. föräldrastilar, föräldrar som förebilder för beteenden och kvaliteten i syskonrelationer)

Modellen utgår ifrån att olika faktorer inom ett och samma område kan påverka varandra. Dessutom påverkar faktorerna inom de tre områdena varandra ömsesidigt. Familjefaktorerna påverkar i sin tur olika psykologiska processer hos

barnet eller ungdomen som får konsekvenser för hur barnet mår. Processerna kan vara kognitiva, sociala eller känslomässiga. Om barnet utvecklar internaliserande problem kan det i sin tur påverka familjefaktorerna (25).

3.4 Utveckling av faktorer inom familjen

I detta avsnitt redovisas hur olika faktorer inom familjen har förändrats över tid. Redovisningen utgår från de tre grundläggande faktorer som ingår i modellen i avsnitt 3.3, dvs. föräldrafaktorer, familjefaktorer och interaktion mellan familjemedlemmar.

Föräldrafaktorer

I avsnittet om föräldrafaktorer ingår internaliserande problem bland vuxna och relationen mellan föräldrar.

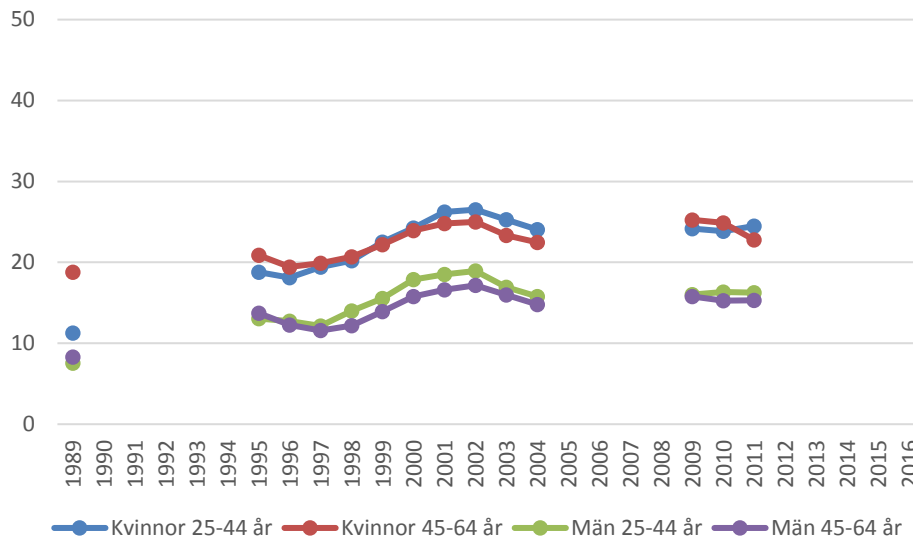
Internaliserande problem bland vuxna

För att uppskatta förekomsten av internaliserande problem bland vuxna sedan 1980-talet har vi använt SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Frågorna i den har dock förändrats i olika omgångar och uppgifterna är därmed inte jämförbara över tid, vilket visas som brott i kurvorna i figuren.

Enligt ULF-undersökningen ökade andelen vuxna i åldrarna 26–44 år och 45–64 år med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest från slutet på 1980-talet och fram till 2002. Därefter minskade andelarna något fram till 2011 (figur 3.2).

I ULF finns även data över andelen med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest bland sammanboende och ensamstående med respektive utan barn (26). I samtliga fyra grupper följer utvecklingen av andelen med besvär i stort sett den som redovisas i figur 3.2, även om det bland ensamstående varit en mer oförändrad nivå sedan 2002. Andelen med besvär av ängslan, oro eller ångest är också större bland ensamstående med barn jämfört med övriga. Det går inte att se några skillnader mellan sammanboende med respektive utan barn.

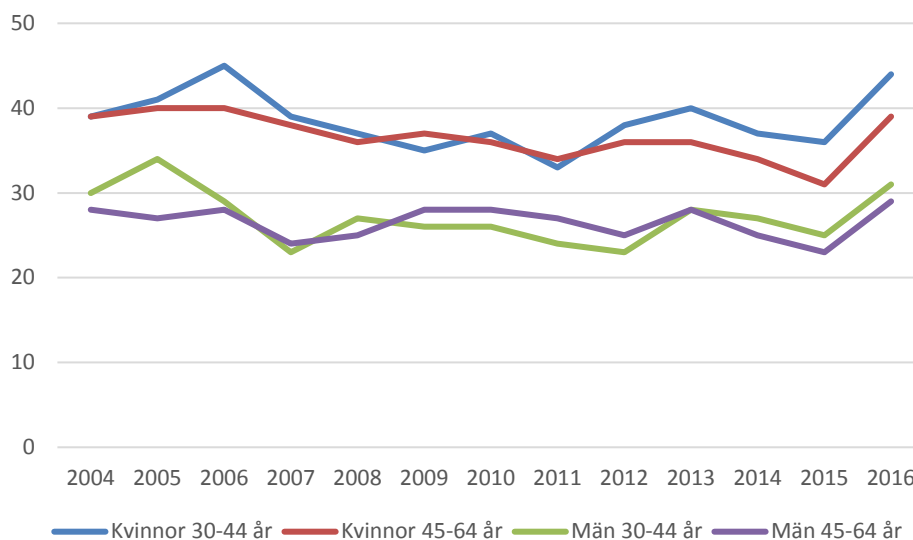
Figur 3.2. Andel (i procent) kvinnor och män i åldrarna 25–44 år resp. 45–64 år med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, 1989–2011. Åldersstandardiserade tal.



Anm. Genomsnitt åren 1988-89, glidande treårsmedelvärden 1994-2005 och 2008-2012. Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden (SCB), hämtat från (27).

Från och med 2004 finns uppgifter om lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest från den nationella folkhälsoenkäten (figur 3.3). Inga tydliga förändringar i andelarna kvinnor och män över 30 år med besvär av ängslan, oro eller ångest noteras under perioden 2004–2016. Andelarna är generellt högre i den nationella folkhälsoenkäten, jämfört med i ULF-undersökningen.

Figur 3.3. Andel (i procent) kvinnor och män i åldrarna 30–44 år resp. 45–64 år med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, 2004–2016.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten (28)

Det är oklart om det skett någon förändring av andelen vuxna med allvarigare former av internaliserande problem, såsom diagnostiserad depression. Anledningen

är att det saknas svenska studier som bygger på kliniska intervjuer med ett representativt urval av befolkningen, vilket krävs för att se om förekomsten av depression har förändrats. Det räcker inte med uppgifter om andelen diagnoser inom hälso- och sjukvården eller mängden läkemedel som förskrivs eftersom det kan vara rutiner och tillgänglighet till vård och behandling inom hälso- och sjukvården som har förändrats, snarare än den faktiska förekomsten av klinisk depression.

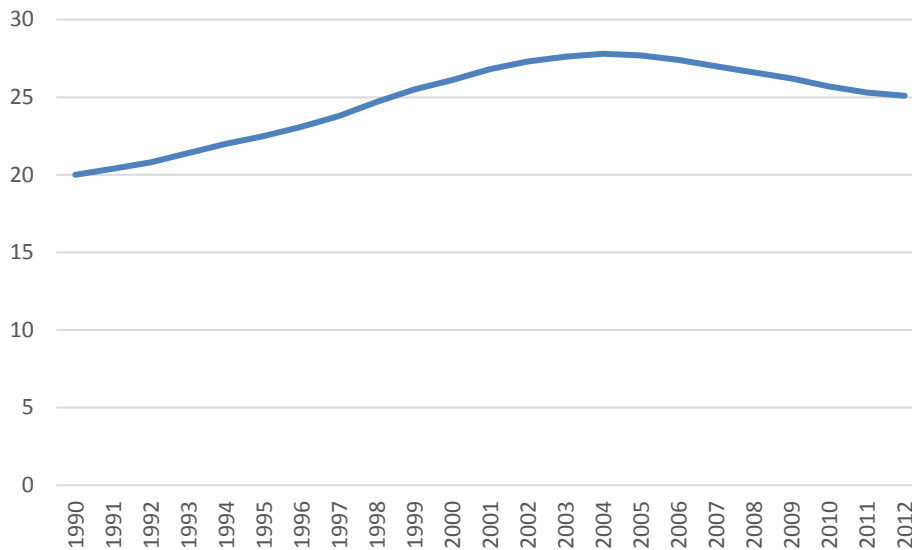
Relationen mellan föräldrar

Statistiken om kvaliteten i föräldrars parrelation innefattar uppgifter om separationer och våld i nära relationer.

Separation mellan föräldrar

Andelen barn som växer upp med båda föräldrarna har minskat sedan andra halvan av 1900-talet, och förändringen började för barn som är födda omkring 1955. Minskningen har sedan skett gradvis. Den främsta orsaken till att barnen inte växer upp med båda föräldrarna är att föräldrarna separerat (29). Enligt en svensk rapport ökade andelen barn i åldrarna 0–17 år med separerade föräldrar under 1990-talet och några år in på 2000-talet, för att återigen minska något mellan 2005 och 2012 (30) (figur 3.4). Innan 1990-talet användes en annan metod för att skatta andelen barn med separerade föräldrar men enligt SCB tyder uppskattningar på att andelen barn med separerade föräldrar även ökade under 80-talet. Andelen hemmaboende 16- eller 17-åringar med separerade föräldrar var ca 15 procent kring 1980, drygt 20 procent kring 2000 och drygt 30 procent 2011 (23).

Figur 3.4. Andel (i procent) barn i åldrarna 0–17 år med separerade föräldrar, 1990–2012. Standardiserad för ålder.



Källa: SCB:s register över totalbefolkningen (30).

Våld i nära relationer

År 2012 genomförde Brottsförebyggande rådet en nationell kartläggning av brott i nära relationer (31). Undersökningen syftade till att fånga upp förekomsten av misshandel, sexuellt våld, hot, trakasserier, systematiska kränkningar och förödmjukelser och försök att inskränka friheten. Resultatet visade att knappt 7 procent av befolkningen i åldrarna 16–79 år utsattes för brott i en nära relation det året, med en i princip jämn könsfördelning. Psykiskt våld var vanligare än fysiskt våld bland båda könen. Ungefär en tredjedel av kvinnorna som utsattes för våld, och en fjärdedel av männen, uppgav att det fanns barn i hushållet. Utifrån frågornas konstruktion går det dock inte att uppskatta hur många barn varje person har eller huruvida barn bevitnade våldet som rapporterades. Brå konstaterar dock att andelen kvinnor som uppger att deras barn varit närvarande i hemmet när våldet skett varierar i olika svenska studier mellan 30 och 80 procent. Någon motsvarande kartläggning har inte gjorts tidigare och därför är det inte möjligt att redovisa trender för brott i nära relationer.

Familjefaktorer

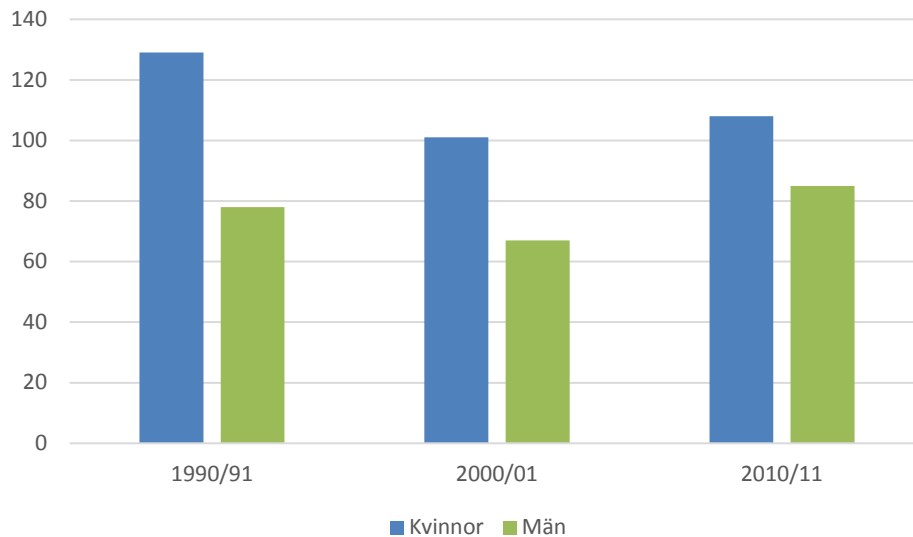
I detta avsnitt om familjefaktorer behandlas föräldrars tid för barnen samt huruvida barn till skilda föräldrar bor växelvis i två hem.

Föräldrars tid för barnen

Hur mycket tid föräldrar ägnar åt omvårdnad av sina barn framkommer i SCB:s tidsvaneundersökning (32). Kvinnor uppskattar att de lägger allt mindre tid på omsorg av egna barn enligt mätningar som gjordes 1990, 2000 respektive 2010,

medan motsvarande tid för männen ökade något (figur 3.5). Ökningen bland männen täcker dock inte den minskade tiden bland kvinnorna, vilket innebär att föräldrar totalt sett ägnar mindre tid åt omsorg av sina barn. En trolig förklaring är att andelen barn som går på förskola ökade under samma tidsperiod.

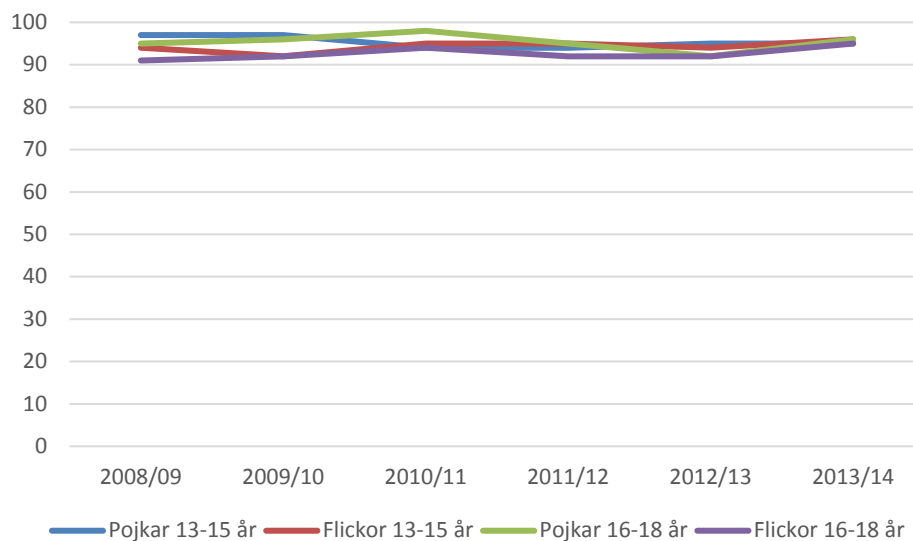
Figur 3.5. Genomsnittlig tid (minuter per dag) för omvårdnad av barn bland kvinnor och män, 20–64 år, som anger att de utövar denna aktivitet alla dagar, 1990/91–2010/11.



Källa: Data hämtad från tabell 7.1 i (32)

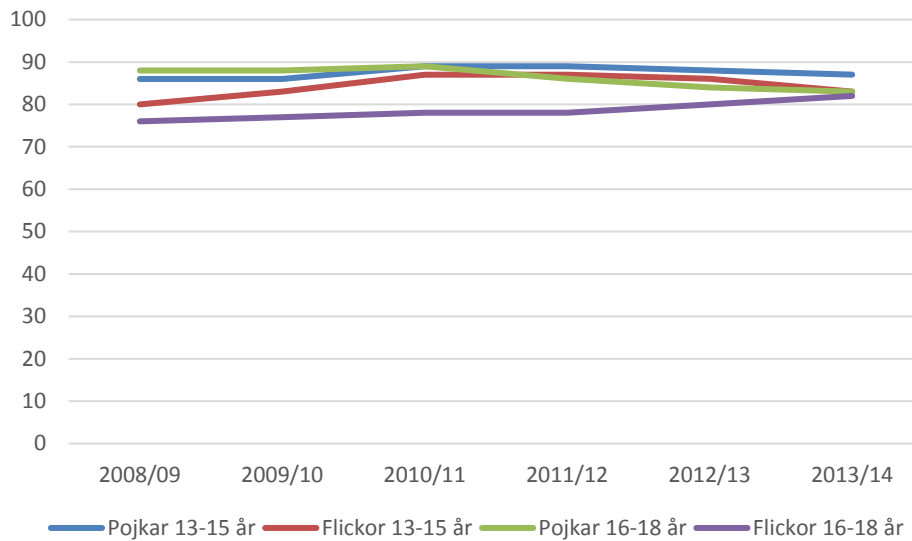
Enligt självrapporterade uppgifter från barnen anser en hög andel att deras mamma har tid för dem om de vill prata med henne om något (figur 3.6). En lägre andel upplever att pappan har tid för dem (figur 3.7).

Figur 3.6. Andel (i procent) pojkar och flickor som har uppgett att mamma har tid för dem om de vill prata, 2008/09–2013/14.



Källa: Undersökningarna av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF), Statistiska centralbyrån (SCB).

Figur 3.7. Andel (i procent) pojkar och flickor som har uppgett att pappa har tid för dem om de vill prata, 2008/09–2013/14.

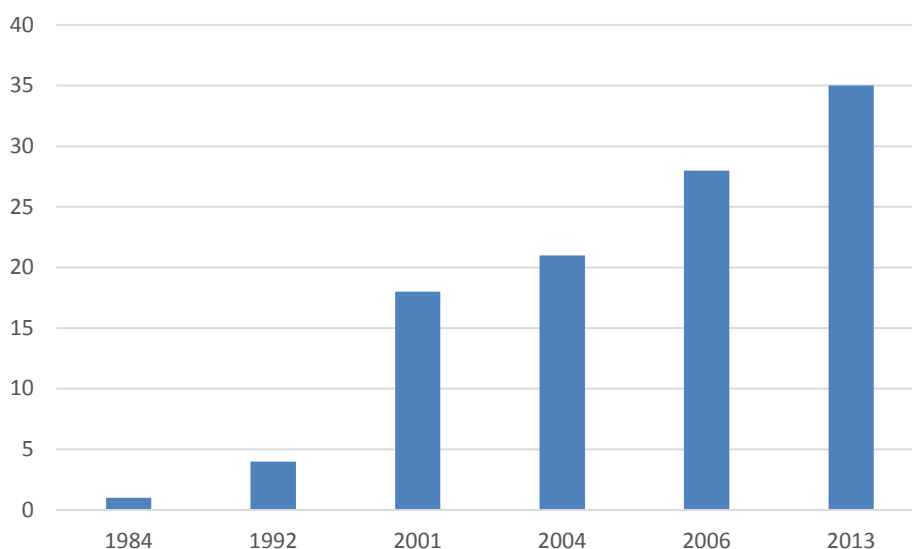


Källa: Undersökningarna av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF), Statistiska centralbyrån (SCB).

Växelvis boende

En faktor som kan påverka familjen som helhet är om barnen till skilda föräldrar bor växelvis i två hem. Denna boendeform har ökat sedan i början av 1990-talet (24). Då var det färre än 5 procent av barnen till separerade föräldrar som bodde växelvis, jämfört med 35 procent 2013 (figur 3.8).

Figur 3.8. Andel (i procent) barn till särlevande föräldrar som bor växelvis, 1984–2013.



Källa: (24), baserat på ULF-undersökningen, SCB (år 1984–2006) och en särskild enkätundersökning "Olika familjen lever på olika sätt" genomförd av SCB år 2012–2013 bland separerade föräldrar (år 2013).

Våra analyser av studien Skolbarns hälsovanor, avseende 13- och 15-åringar, visar inget tydligt samband mellan familjestruktur, dvs. om barnen bor med båda sina

föräldrar, växelvis eller med en förälder, och psykosomatiska symtom¹. I studien uppger majoriteten av pojkarna och flickorna att de bor med båda sina föräldrar. Andelen har varit något större bland pojkar än bland flickor i de senaste två mätningarna, och flickor bor i högre grad mestadels med en förälder. Andelen pojkar och flickor som bor med båda sina föräldrar har minskat med några procentenheter under de senaste två mätningarna, samtidigt som en större andel uppger att de bor växelvis. Frågorna om familjestruktur har dock endast varit med sedan 2005/06.

Interaktion mellan familjemedlemmar

I detta avsnitt om interaktion mellan familjemedlemmar ingår relationen mellan barn och föräldrar, olika föräldrastilar (faktorer i föräldraskapet) och misshandel av barn.

Relationen mellan barn och föräldrar

För att belysa relationen mellan barn och föräldrar har vi använt uppgifter som visar om barn upplever att de har lätt att prata med föräldrarna om problem samt om de kommer överens med föräldrarna.

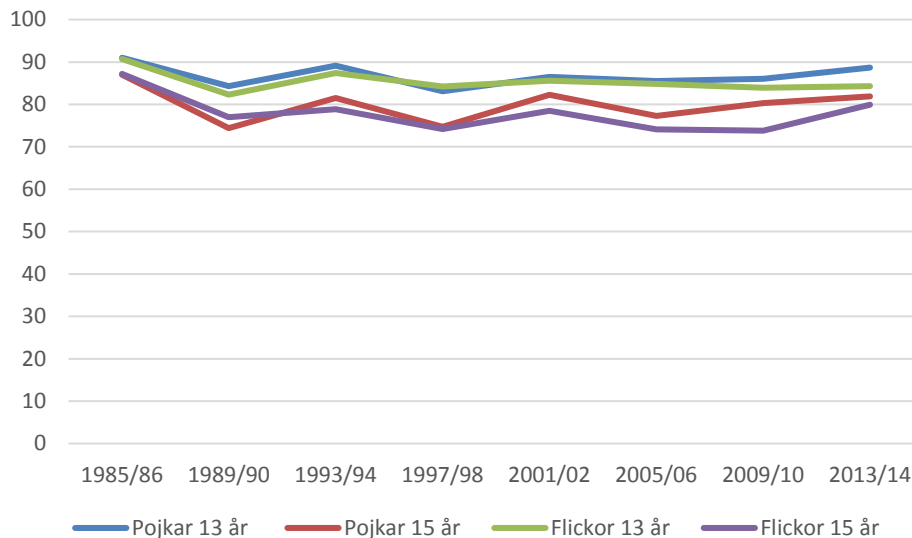
Generellt sett har majoriteten av barnen en god relation med sina föräldrar, både utifrån hur bra de kommunicerar med varandra och hur bra de kommer överens. Men relationen till papporna är genomgående lite sämre än till mammorna, på så sätt att en lägre andel barn är nöjda med relationen till sin pappa. Detta gäller särskilt bland de äldre flickorna. Exempelvis är det endast cirka 60 procent av de 15-åriga flickorna och 70 procent av pojkarna i samma ålder som uppger att de har lätt eller mycket lätt att tala med sin pappa om saker som bekymrar dem (figur 3.10). En femtedel av 15-åringarna, oavsett kön, har svårt att tala med sin mamma om bekymmer (figur 3.9).

Våra analyser Skolbarns hälsovanor visar även att psykosomatiska symtom är vanligare bland 13- och 15-åriga elever som uppger att de har svårt för att prata med en eller båda föräldrar om bekymmer².

¹ För mer detalj, se bilaga 1.

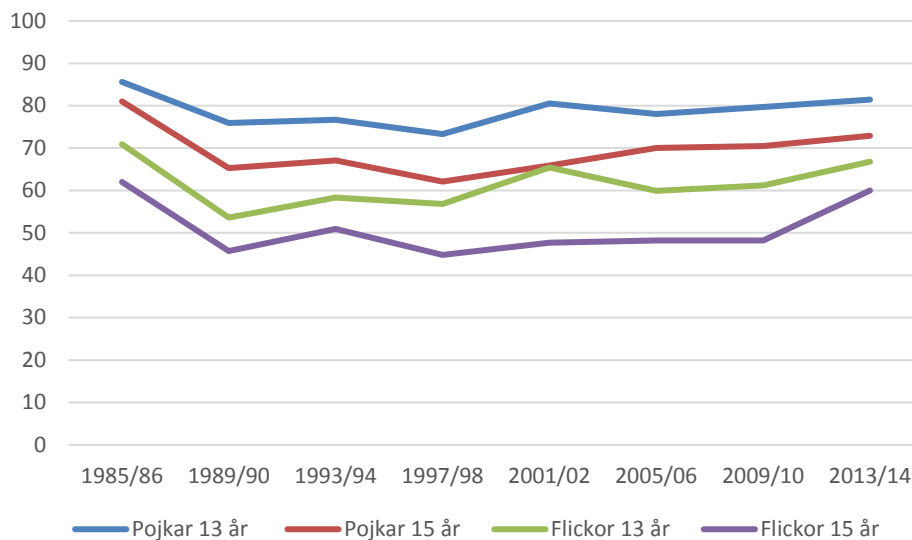
² För mer detalj, se bilaga 1.

Figur 3.9. Andel (i procent) flickor och pojkar som har uppgett att de har lätt att prata med sin mamma om bekymmer, 1985/86–2013/14.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten.

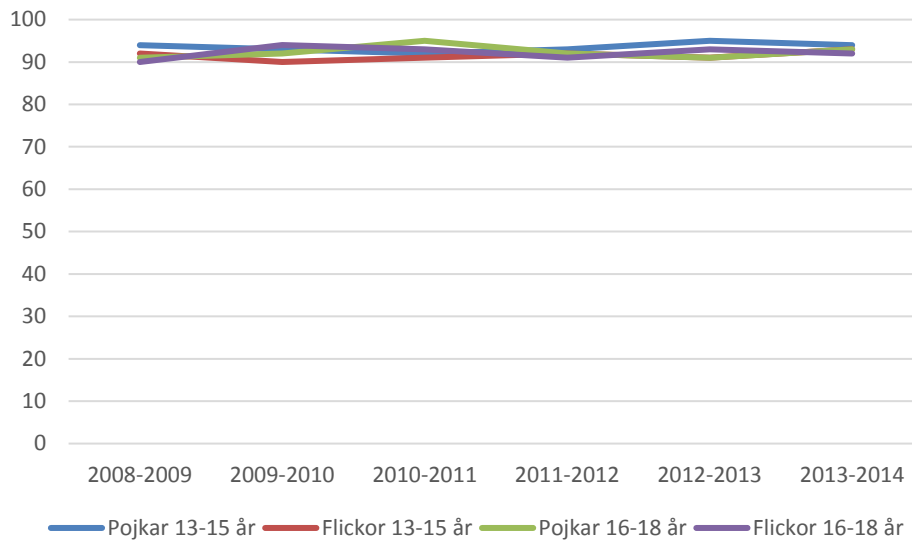
Figur 3.10. Andel (i procent) flickor och pojkar som har uppgett att de har lätt att prata med sin pappa om bekymmer, 1985/86–2013/14.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten.

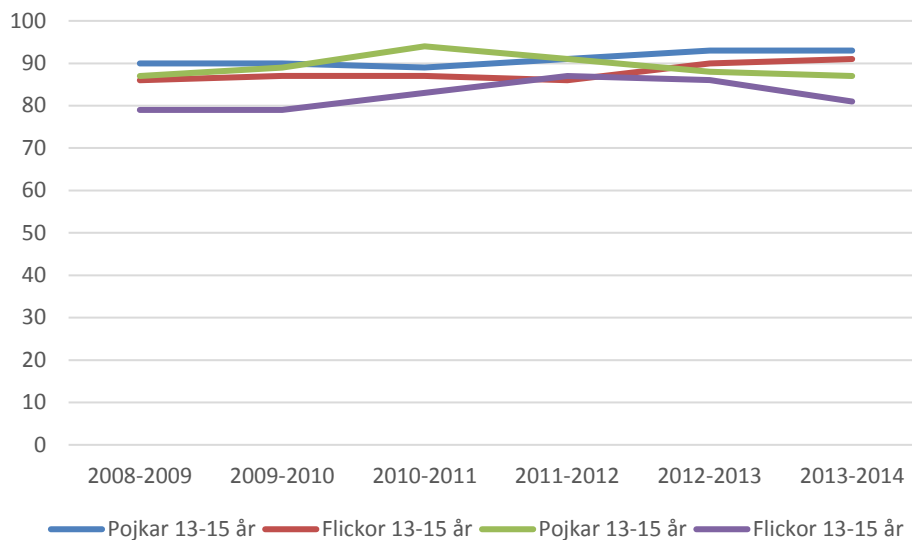
Vidare uppger de flesta ungdomar i åldrarna 13–18 år att de kommer överens med sina föräldrar, men andelen är lägst när det gäller de äldre flickornas relation till sin pappa (figur 3.11 och 3.12).

Figur 3.11. Andel (i procent) flickor och pojkar som har uppgett att de kommer överens med sin mamma, 2008/09–2013/14.



Källa: Undersökningarna av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF), Statistiska centralbyrån (SCB).

Figur 3.12. Andel (i procent) flickor och pojkar som har uppgett att de kommer överens med sin pappa, 2008/09–2013/14.



Källa: Undersökningarna av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF), Statistiska centralbyrån (SCB).

Faktorer i föräldraskapet

I Sverige ses det som viktigare att barn lär sig att uttrycka sig själva än att de lär sig att lyda, enligt ”World Values Survey” som är en internationell undersökning om värderingar (33). Lydnad värderas högre i många andra västerländska länder jämfört med Sverige. Endast i Tyskland är andelen invånare som värderar lydnad lika låg som i Sverige.

Dessa uppgifter går i linje med en svensk studie, som tyder på att föräldrars sätt att uppfostra och interagera med sina barn har förändrats sedan 1980-talet, generellt från en auktoritär till en mer auktoritativ uppfostran (34). I studien var det mindre vanligt att föräldrar krävde lydnad, använde fysisk bestraffning, inte tillät barnet att visa ilska gentemot dem och var strikta i sin uppfostran 2011, jämfört med 1981.

Likaså har mäns och kvinnors föräldraroller blivit mindre stereotypa under denna tidsperiod, på så vis att mödrar och fäder numer anses ha lika stort ansvar för att både sätta upp regler och stödja barnet.

Misshandel av barn

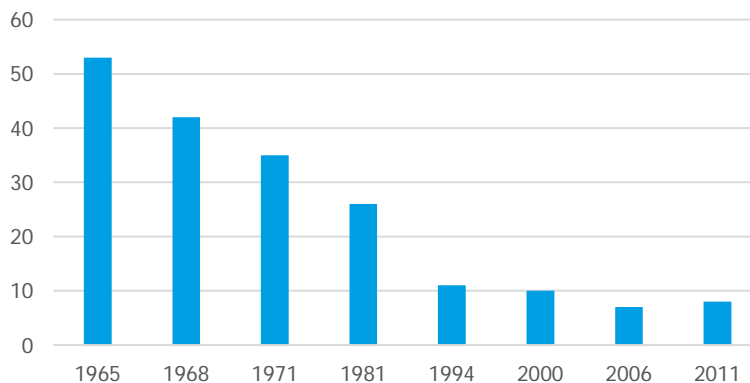
Stiftelsen Allmänna Barnhuset har tillsammans med Karlstads universitet låtit göra två nationellt representativa kartläggningar av barnmisshandel och synen på barnuppfostran åren 2006/2007 respektive 2011 (35). Undersökningarna innefattar både föräldrars och barns attityder och erfarenheter. Dessförinnan har andra aktörer genomfört motsvarande undersökningar bland föräldrar 1980 och 2000, samt bland barn 1994 och 2000, vilket gör det möjligt att analysera utvecklingen över tid. Undersökningar av vuxnas inställning till kroppslig bestraffning av barn genomfördes även på 1960-talet.

Undersökningar av barns och föräldrars egna erfarenheter och attityder till barnuppfostran och bestraffning är det mest tillförlitliga sättet att uppskatta förekomsten av misshandel, även om det finns risk för underrapportering av problemet. Än mer osäkert är att utgå t.ex. från polisanmälningar eftersom det snarare riskerar att mäta benägenheten att anmäla misstanke om denna typ av brott.

Andelen föräldrar som har en positiv attityd till kroppslig bestraffning av barn minskade kontinuerligt från 1960-talet och fram till omkring 2000 då den nådde en relativt oförändrad nivå på under 10 procent. Internationellt sett är det en mycket låg andel (figur 3.13).

Även andelen föräldrar som anger att de slagit sitt barn har minskat, från 28 procent 1980 till drygt 1 procent 2000. Därefter kan det ha skett en viss ökning men de uppgifterna är osäkra. Barnens uppgifter om utsatthet för kroppslig bestraffning visar samma minskande trend. Sedan 2000 är det endast enstaka procent av barnen som uppger att de blir slagna av sina föräldrar.

Figur 3.13. Andel (i procent) föräldrar som är positiva till kroppslig bestraffning i barnuppfostran, 1965–2011.



Källa: Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige. En nationell kartläggning 2011. (35)

Sammanfattning av utvecklingen av faktorer inom familjen

Under 1990-talet ökade andelen vuxna som rapporterade lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, för att sedan stabiliseras under 2000-talet. Det är oklart om andelen vuxna med klinisk depression förändrades under samma tidsperiod. Utvecklingen av andelen med besvär av ängslan, oro eller ångest bland sammanboende och ensamstående med barn följer i stort sett den för befolkningen som helhet.

Andelen barn i åldrarna 0–17 år med separerade föräldrar ökade under 1990-talet och några år in på 2000-talet, för att återigen minska något mellan 2005 och 2012. Uppgifter tyder även på att andelen barn med separerade föräldrar ökade under 1980-talet. Sedan början av 1990-talet har det också blivit vanligare att barn till separerade föräldrar bor växelvis i olika hem. År 1992 var det färre än 5 procent av barnen till särlevande föräldrar som bodde växelvis, jämfört med 35 procent 2013.

Under perioden 1990–2011 minskade den sammanlagda tiden som föräldrar ägnar åt omvårdnad av barn. Detta har troligen att göra med att andelen barn som går i förskola ökade under samma period. Våra analyser av Skolbarns hälsovanor, avseende 13- och 15-åringar, visar inget tydligt samband mellan familjestruktur, dvs. om barnen bor med båda sina föräldrar, växelvis eller med en förälder, och psykosomatiska symtom.

En majoritet av barn och unga har en god relation med sin mamma, dvs. uppger att de kan prata med sin mamma om bekymmer och anser att de kommer överens med sin mamma. De flesta har också en god relation med sin pappa, men andelen är något lägre, särskilt bland de äldre flickorna. Våra analyser Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att de har svårt för att prata med en eller båda föräldrar om bekymmer.

En svensk studie tyder på att föräldrars sätt att uppfostra och interagera med sina barn har förändrats sedan 1980-talet. Föräldrar kräver i lägre utsträckning lydnad av barnen, använder mer sällan kroppslig bestraffning, tillåter barnen att visa ilska emot dem och är mindre strikta i sin uppfostran.

Andelen föräldrar som uppger att de slagit sitt barn har också minskat från 28 procent 1980 till drygt 1 procent 2000. Barnens uppgifter om utsatthet för kroppslig bestraffning visar samma minskande trend.

3.5 Resultat från litteraturoversikt

Folkhälsomyndigheten har gjort en litteraturoversikt för att kartlägga faktorer som är kopplade till familjen och studera deras betydelse för internaliserande problem bland unga. Eftersom syftet innefattar ett brett område valde vi att göra en kartläggande litteraturoversikt av redan publicerade systematiska litteraturoversikter, enligt vår handledning för litteraturoversikter (36).

Följande så kallade PECO-komponenter står i fokus för den kartläggande översikten:

- *Populationen (P)* är barn och unga i skolåldern (ca 6–18 år) som motsvarar en normalpopulation, dvs. som antingen ingår i en totalundersökning eller valts ut genom ett slumpmässigt urval. Översikter som endast bygger på kliniska populationer eller andra subgrupper av barn och unga ingår inte.
- *Exponeringen (E)* är faktorer som är kopplade till familjen, exempelvis föräldrars egen hälsa, faktorer i föräldraskapet, relationen mellan barn och föräldrar, familjekonstellation, relationen mellan föräldrarna och olika former av utsatthet hos barnen.
- *Jämförelsegruppen (C)* är barn och unga som inte utsätts för exponeringen i fråga.
- *Utfallet (O)* är psykiska besvär i form av internaliserande problem, t.ex. depressiva symtom, oro och ångest samt andra former av inåtvända beteenden. Utåtvända problem, problem med uppförandet och självskadande beteenden ingår inte.

Ytterligare kriterier för inklusion är att de systematiska litteraturoversikterna ska vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter under 1995–2016 (grå litteratur ingår inte), bygga på studier av populationer i höginkomstländer, vara skrivna på engelska och genomförda med tillräckligt god kvalitet (minst fyra poäng enligt AMSTAR, som är en mall för kvalitetsgranskning av systematiska litteraturoversikter).

Ytterligare ett grundkrav för inklusion är att översikterna ska innehålla minst en experimentell studie eller kohortstudie och att det i översikterna går att identifiera dessa. Detta eftersom dessa studiedesigner ger de bäst underbyggda uppgifterna när det handlar om att fastställa kausalitet (orsak och verkan) (37).

Totalt är tolv översikter inkluderade i litteraturoversikten, och resultatredovisningen i detta avsnitt bygger på dessa. En mer komplett redovisning av översiktens genomförande och resultat finns i bilaga 2.

Texten som beskriver resultatet utgår i huvudsak från de slutsatser som författarna till de inkluderade översikterna drar. När effektstorlekar omnämns som små eller måttliga är det enligt den bedömning som författarna till respektive inkluderad översikt gör. En allmän utgångspunkt är dock att värden under 0,20 kan ses som små effektstorlekar, värden kring 0,50 som medelhöga och värden över 0,80 som betydande skillnader. Även begreppet heterogenitet är använt i resultatbeskrivningarna. En hög heterogenitet innebär att de studier som sammanvägts i en metaanalys visar låg samstämmighet, och det kan innebära att effektstorleken antingen är överskattad eller underskattad. En tumregel är att en heterogenitet kring 0,25 anses vara låg, heterogenitet kring 0,50 är måttlig och heterogenitet kring 0,75 är hög.

Resultat som rör föräldrafaktorer

Psykiska besvär under graviditeten

Slutsatsen i en översikt är att psykisk ohälsa under graviditeten kan påverka barns generella utveckling negativt (38). Resultatet som specifikt rör barnens socioemotionella utveckling baseras endast på två kohortstudier, varav den ena studerar effekter på barnen av att modern upplevt en stressande livshändelse under graviditeten. Eftersom det inte framgår hur mödrarna i den studien reagerade på livshändelsen faller exponeringen utanför inklusionskriterierna för den kartläggande översikten. Den andra studien baseras på blivande mödrar i Nederländerna (952 stycken) som känt oro under graviditeten. Utfallet mäts i form av känslomässiga symtom hos barnen när de är fem år gamla. Ett svagt men signifikant samband påvisas som indikerar att mödrarnas oro bidragit till barnens ökade risk för symtom. Endast en primärstudie ger dock inget tillförlitligt resultat.

Psykiska besvär hos föräldrar

Resultatet i en översikt tyder på att depression hos mödrar kan öka risken för att även barnen ska drabbas av depression (39). Underlaget bygger bl.a. på sju kohortstudier, varav de flesta är genomförda i USA. Barnen var 11–17 år när utfallet mättes. Översikten har ett antal brister; bl.a. framgår det inte vilka störande faktorer som det kontrollerades för i de ingående primärstudierna. En annan brist är att deltagarna i flera av de ingående studierna inte rekryterades slumpmässigt. Resultatet bör därmed tolkas med viss försiktighet.

Resultaten från ytterligare en översikt tyder på att även depression hos fäder ökar risken för att deras barn ska bli deprimerade (40). Resultatet bygger på tre kohortstudier, varav en är genomförd i Storbritannien och två i USA. Utfallet

mättes när barnen antingen var 11–14 år eller 21 år. Även här finns brister, som rör bl.a. kontroll för störfaktorer³ och hur urvalsprocessen gick till.

Konflikter mellan föräldrar

Huruvida konflikter mellan föräldrar utgör en riskfaktor för att barnen får internaliserande problem behandlas i två översikter av samma huvudförfattare. En rör barn 5–11 år (41) och den andra ungdomar 12–18 år (42). I båda översikterna uppges att konflikter mellan föräldrarna ökar risken för internaliserande problem bland barnen. Metaanalyserna i översikten som avser de yngre barnen bygger på resultat från tre longitudinella studier med utfallet depression och sex longitudinella studier med utfallet internaliserande problem. Bägge analyserna visar på små effektstorlekar ($r = 0,169$ resp. $r = 0,170$) och hög heterogenitet. Metaanalyserna i översikten som avser de äldre barnen bygger på resultat från två longitudinella studier med utfallet ångest och sex longitudinella studier med utfallet depression. Bägge analyserna visar på små effektstorlekar ($r = 0,196$ resp. $r = 0,182$) och låg heterogenitet. Ingen kvalitetskontroll av inkluderade primärstudier är gjord, vilket är en brist i översikterna.

Våld i hemmet

Våld i hemmet uppges i en översikt öka risken för internaliserande problem bland barn (43). I översikten ingår olika typer av våld (fysiskt, psykiskt och sexuellt) och barnen var under 18 år när de exponerades för våldet. En metaanalys av 74 kohortstudier resulterade i en låg effektstorlek ($r = 0,08$). En brist i översikten är att det saknas information om kontroll för störfaktorer och andra kvalitetsaspekter för de inkluderade studierna.

Separation mellan föräldrarna

I en översikt studeras modererande faktorer till sambandet mellan föräldrars separation och depressiva symtom bland barnen. Denna översikt redovisar ingen generell riskökning. Däremot indikerar den att vissa faktorer hos barnen och/eller föräldrarna innebär en ökad risk för att barnen ska påverkas negativt vid en separation (44).

Resultat som rör interaktion mellan familjemedlemmar

Anknytning

Tre översikter handlar om vilken betydelse anknytning har för internaliserande problem (45-47). En av dem inkluderar studier av barn och ungdomar upp till 18 år

³ Kontroll för störfaktorer, även kallade förväxlingsvariabler (eng. confunders), innebär att man med statistiska analysmetoder utesluter eventuella effekter av bakomliggande faktorer som kan påverka både bestämningsfaktorn och utfallet. Det är exempelvis vanligt att kontrollera för socioekonomisk status.

(45). En annan avser barn som är yngre än 8 år (46), medan den tredje innefattar barn 3–12 år (47). Samtliga innehåller både tvärsnittsstudier och kohortstudier som analyseras sammantaget i en metaanalys. Resultatet visar små till medelstora effektstorlekar för sambandet mellan otrygg anknytning och ökad risk för internaliserande problem bland barn och unga ($r = 0,30$; $d = 0,19$ och $d = 0,58$). Ingen uttalad kvalitetsbedömning av ingående primärstudier genomförs i någon av översikterna. I stället analyseras olika faktorer utifrån hur de påverkar effektstorleken som modererande faktorer. Exempel på modererande faktorer är, enligt översikten som inrymmer unga upp till 18 år, barnets ålder (större effekt bland ungdomar) och informanten (större effekt när barnet själv rapporterar symtom).

Faktorer i föräldraskapet (föräldrastilar)

Tre breda översikter handlar om diverse faktorer inom föräldraskapet och huruvida de påverkar risken för internaliserande problem bland barn och unga (41, 42, 48). Yap och kollegor har publicerat två snarlika översikter varav den ena rör barn 5–11 år (41) och den andra ungdomar 12–18 år (42). För varje faktor som undersöks redovisas antalet longitudinella studier respektive antalet tvärsnittsstudier som identifierats, och när det varit möjligt är studierna sammanställda i en metaanalys (med separata analyser för tvärsnittsstudier respektive longitudinella studier). För tre faktorer framkommer signifikanta effektstorlekar från metaanalyserna, när det gäller effekter på både barn och ungdomar:

- *Fientligt beteende gentemot barnet*⁴ (t.ex. kritiserande, bestraffande eller konfliktskapande beteende) uppges vara en riskfaktor för att barnen ska utveckla internaliserande problem. I översikten som rör ungdomar bygger påståendet på tio longitudinella studier, varav sju ingår i en metaanalys som resulterar i en effektstorlek som författarna anger som liten till medelstor ($r = 0,220$).
- *Överdriven inblandning i barnets förhållanden*⁵ (innefattar t.ex. att föräldrar i onödan lägger sig i ansvarsområden eller känslomässiga aspekter som barn i samma ålder normalt klarar att hantera själva, eller att föräldrar på olika sätt orsakar att barnet görs beroende av föräldern) redovisas också som en riskfaktor för att barnen ska utveckla internaliserande problem. Endast två longitudinella studier är underlag till sambandet med ökad risk för depression bland ungdomar. Den sammanvägda effektstorleken uppges vara liten ($r = 0,182$) och heterogeniteten var hög.

⁴ Eng. "aversiveness"

⁵ Eng. "over-involvement"

- *Varmt beteende gentemot barnet*⁶ (t.ex. genom en allmänt positiv inställning, positivt samspel och umgänge) uppges däremot skydda mot internaliserande problem. I översikten som rör ungdomar redovisas 19 longitudinella studier vars resultat stödjer att föräldrars värme minskar risken för depression bland barnen. Däremot visar en metaanalys av 18 samband endast i en liten genomsnittlig effektstorlek ($r = -0,203$) med en hög heterogenitet.

Två ytterligare faktorer uppges minska risken för internaliserande problem bland ungdomar:

- *Främjande av barnets autonomi*⁷ (t.ex. genom att uppmuntra barnets åsikter och egna val, erkänna barnets oberoende perspektiv på saker och ting, och efterfråga barnets åsikter i olika frågor) uppges skydda mot internaliserande problem i form av depression. Påståendet bygger på resultatet från två longitudinella studier med signifikanta resultat. När dessa sammanvägs i en metaanalys blir resultatet en måttligt stor effektstorlek utan heterogenitet ($r = -0,397$).
- *God inblick i barnets liv*⁸ (t.ex. vad barnet gör på fritiden, vilka vänner barnet har och om saker som händer i barnets vardag) verkar också skydda mot internaliserande problem i form av depression. Underlaget utgörs av tre longitudinella studier med någorlunda samstämmiga resultat. Den sammanvägda effektstorleken är dock liten och förenad med hög heterogenitet ($r = -0,135$).

I översikten som rör ungdomar redovisar författarna även tre faktorer i föräldraskapet för vilka underlaget är för litet för att de ska kunna uttala sig om effekterna på internaliserande problem hos barnen. Den första faktorn är när föräldrarna uppvisar bristande intresse och engagemang för barnet och därmed inte heller ger barnet tillräckligt känslomässigt stöd⁹. Den andra handlar om när föräldrar inte är konsekventa med hur de utövar disciplin gentemot barnet¹⁰. Den tredje gäller betydelsen av att föräldrarna främjar barnets socialisering med andra¹¹. Detta kan föräldrarna göra antingen genom att själva uppvisa sådant beteende, eller genom att verbalt uppmuntra barnet att själv utöva socialt beteende. De två första faktorerna har i ett fåtal studier indikerats som riskfaktorer för internaliserande problem, medan den tredje faktorn indikerats som en skyddsfaktor.

I översikten av Pinquart (48) studeras liknande faktorer som i översikterna av Yap och kollegor. En skillnad är att Pinquart, när det är möjligt, gör en analys av

⁶ Eng. "warmth"

⁷ Eng. "autonomy granting"

⁸ Eng. "monitoring"

⁹ Eng. "withdrawal"

¹⁰ Eng. "inconsistent discipline"

¹¹ Eng. "encouraging sociability"

faktorer som påverkar den förändrade förekomsten av internaliserande problem. Det betyder att sambanden är kontrollerade för ungdomarnas ursprungliga nivåer av besvär, vilket ger säkrare uppgifter om sambandet.

Följande faktorer minskar, enligt Pinquart, risken för internaliserande problem bland unga över tid (skyddsfaktorer):

- varmt beteende (se ovan)
- beteendemässig kontroll (när föräldrar har tydliga och konsekventa förväntningar på hur barnet ska uppföra sig och även tar ansvar för att barnet lever upp till dessa förväntningar)
- främjande av barnets autonomi (se ovan)
- auktoritativt föräldraskap (ett föräldraskap som kombineras av mycket värme och tydlig beteendemässig kontroll).

Följande faktorer ökar risken för internaliserande problem över tid (riskfaktorer):

- hård kontroll (t.ex. genom fysiska eller verbala straff eller intrång i barnets egna förehavanden)
- psykologisk kontroll (t.ex. att skuldbelägga, dra skam över eller genom villkorlig kärlek pressa barnet).

Barnets grad av internaliserande problem och flera av faktorerna ovan påverkas dessutom ömsesidigt av varandra. Om barnet hade initiala symtom ökade risken för att föräldrarna skulle visa mindre värme och auktoritativt föräldraskap och mer psykologisk kontroll över tid. Effektstorlekarna som redovisas är genomgående mycket små.

Sammanfattningsvis tyder de tre översikterna på att faktorer inom föräldraskapet har viss påverkan på risken för internaliserande problem, även om det inte handlar om betydande effekter.

Misshandel av barnet

En översikt handlar om sambandet mellan barns utsatthet för psykisk misshandel eller allmän försummelse och internaliserande problem (49). Ett antal fallkontrollstudier och kohortstudier finner stöd för att denna form av misshandel kan öka risken för symtom hos barnen, men resultatet är ändå osäkert eftersom det finns kvalitetsbrister i de ingående studierna, det samlade underlaget är litet och det var stora variationer i hur misshandel definierades. Av samma anledningar är det utifrån det insamlade underlaget oklart hur annan form av misshandel (såsom våld, fysisk bestraffning och sexuella ofredanden) påverkar risken för internaliserande problem. Ändå drar författarna i en översikt slutsatsen att denna form av misshandel ökar risken för psykiska besvär (41).

Sammanfattning av litteraturöversiktens resultat

De inkluderade översikterna tyder på att det finns långsiktiga samband mellan ett antal faktorer kopplade till familjen och internaliserande problem bland barnen. Följande riskfaktorer identifierades i översikterna:

- psykisk ohälsa i form av depressiva symtom hos föräldrar
- konflikter mellan föräldrar
- att barnet upplever våld i hemmet
- en otrygg anknytning
- diverse faktorer i föräldraskapet (t.ex. hård kontroll eller psykologisk kontroll av barnet).

De identifierade skyddsfaktorerna gäller föräldrars beteende gentemot barnet, t.ex. att föräldrar visar barnet mycket värme samtidigt som de är konsekventa med vilket beteende hos barnet de tillrättavisar. Dessutom verkar risken för internaliserande problem minska om föräldrarna uppmuntrar till en hög grad av autonomi hos barnet, enligt en av de inkluderade översikterna.

För några av faktorerna som behandlas i den insamlade litteraturen var underlaget otillräckligt för att avgöra hur de påverkar risken för internaliserande problem bland barn. Det gäller mödrars psykiska besvär under graviditeten, separation mellan föräldrarna och olika former av misshandel av barn.

Den kartläggande översikten omfattade inga studier om exempelvis syskonrelationers betydelse och betydelsen av att barn till särlevande föräldrar bor växelvis mellan olika hem.

Kompletterande underlag

Eftersom den kartläggande översikten begränsades till befintliga översikter ingår inga potentiellt relevanta primärstudier. I detta avsnitt kommenteras några av fynden i den kartläggande översikten utifrån kompletterande studier som vi identifierat.

Den kartläggande översikten fann endast en översikt som handlar om betydelsen av separation mellan föräldrarna, och den var inte utformad för att besvara om separation i sig påverkar risken för att barnen ska utveckla internaliserande problem. En svensk undersökning visar dock att barn som mestadels bor endast med en förälder har förhöjd risk för psykisk ohälsa i form av psykosomatiska symtom och sämre psykiskt välbefinnande, jämfört med barn som lever antingen i en kärnfamilj eller i växelvis boende (30). Samma rapport visar att barn till ensamstående föräldrar löper förhöjd risk att ordineras psykofarmaka och vårdas på

sjukhus på grund av psykisk ohälsa, samt att avlida pga. suicid när de är mellan 18 och ca 30–40 år¹².

Vidare visar resultat från både svenska och danska studier att barn till separerade föräldrar som bor växelvis i olika hem generellt sett har mindre psykisk ohälsa och bättre välbefinnande än jämnåriga som endast bor med en förälder (24, 50, 51). En tolkning kan vara att det är skyddande att ha en nära relation med två föräldrar, oavsett om de har separerat eller inte. Ensamstående föräldraskap skulle därmed vara en viktigare riskfaktor än själva separationen. Men det kan även vara andra faktorer än det ensamma föräldraskapet som påverkar barnen negativt. I en svensk studie har man t.ex. sett att ensamstående mödrar i genomsnitt har en lägre utbildning, oftare är arbetslösa och oftare är utsatta för hot om våld och fysiskt våld. De saknar ofta både personligt och praktiskt stöd, har sämre ekonomiska resurser, är oftare socialbidragstagare och rapporterar i alla studerade hälsoutfall sämre hälsa än dem som är gifta eller samboende (52). Vidare har en svensk registerstudie följt upp barn som varit med om att deras föräldrar separerade under uppväxten. Resultat från översikten visar att överrisken för dessa barn att som vuxna ha sämre psykisk välbefinnande¹³ beror på att de i högre utsträckning hade levt i familjer med ekonomiska problem eller på att föräldrarna var i konflikt med varandra. Dessa faktorer kan förklara separationen eller uppstå på grund av den, men oavsett verkar de ha en större betydelse för barnens framtida psykiska välbefinnande än själva separationen (29). Slutsatsen är att det är svårt att fastställa några enkla orsakssamband mellan föräldrars separation och risken att barnen utvecklar internaliserande problem.

Utöver de litteraturöversikter om misshandel av barn som vi identifierade i vår kartläggande översikt finns en omfattande forskning som visar att olika former av misshandel av barn ökar risken för psykiska problem under uppväxten och i vuxen ålder, se t.ex. (53-55).

3.6 Sammanfattande kommentarer

Psykisk ohälsa i form av lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest ökade bland vuxna under 1990-talet för att sedan stabiliseras under 2000-talet. Bland sammanboende och ensamstående med respektive utan barn följer utvecklingen av andelen med besvär i stort sett den för befolkningen som helhet under perioden 1980–2011, även om andelen med besvär av ängslan, oro eller ångest är större bland ensamstående med barn jämfört med övriga. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen tyder också på att depressiva symtom hos föräldrar är en riskfaktor för att barnen ska utveckla internaliserande problem. Eftersom utvecklingen av symtomen ser olika ut bland barn och unga

¹² Efter kontroll för födelseår, moderns ålder, föräldrarnas utbildning och psykisk ohälsa och missbruk hos föräldrarna.

¹³ Nedsatt psykiskt välbefinnande mättes med ett sammansatt mått, baserat på hur ofta individerna under de senaste 12 månaderna hade haft dessa symtom/problem: allmän trötthet, svårt att sova, varit nervös, depression, psykisk sjukdom och överansträngning.

respektive vuxna under 2000-talet är det inte troligt att symtomen bland vuxna har påverkat utvecklingen bland barn och unga.

Från 1980-talet och några år in på 2000-talet blev det vanligare med separationer bland föräldrar till barn och unga, 0–17 år. Mellan 2005 och 2012 minskade dock andelen barn och unga som upplever en sådan separation. Sedan tidigt 1990-tal har det också blivit vanligare att barn till särlevande föräldrar bor växelvis i olika hem. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen visar på ett alltför begränsat underlag för att kunna dra några säkra slutsatser om sambandet mellan separationer och risken att barnen utvecklar internaliserande problem. Däremot finns svenska undersökningar som följer upp barn till ensamstående föräldrar och barn i växelvis boende. En generell bild baserat på resultaten från dessa undersökningar är att barn som mestadels bor endast med en förälder har förhöjd risk för psykisk ohälsa i form av psykosomatiska symtom och sämre psykiskt välbefinnande än barn som bor växelvis eller i växer upp i kärnfamiljer, och där barn som växer upp i kärnfamiljer har den mest gynnsamma utvecklingen. En möjlig slutsats är att det är skyddande för barn att ha en nära relation med två föräldrar, oavsett om de har separerat eller inte.

Flera indikatorer beskriver relationen mellan barn och deras föräldrar enligt barnens egen upplevelse: ifall föräldrarna har tid för dem när de vill prata, om de upplever att det är lätt att prata med föräldrarna om bekymmer, och om de kommer överens med sina föräldrar. Analyserna av Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att de har svårt för att prata med en eller båda föräldrar om bekymmer. Den generella bilden är att en majoritet av ungdomarna har en god relation med sin mamma och att en något lägre andel har en god relation med sin pappa. Relationerna mellan barn och deras föräldrar är även något sämre bland de äldre barnen, jämfört med de yngre. Trots vissa variationer över tid av relationen mellan barn och deras föräldrar finns ingen tydlig trendutveckling i vare sig positiv eller negativ riktning.

En svensk studie tyder på att föräldrars sätt att uppfosta och interagera med sina barn har förändrats sedan 1980-talet, och den gängse föräldrastilen har övergått från att vara auktoritär till mer auktoritativ. I studien var det mindre vanligt att föräldrar krävde lydnad, använde fysisk bestraffning, inte tillät barnet att visa ilska gentemot dem och var strikta i sin uppföstran 2011, jämfört med 1981. Andelen föräldrar som uppger att de slagit sitt barn har också minskat, från 28 procent 1980 till drygt 1 procent 2000. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen pekar på att ett auktoritärt föräldraskap och fysisk bestraffning är riskfaktorer för att barnen ska utveckla internaliserande problem. Utvecklingen har således gått i en för barnen positiv riktning.

Sammanfattningsvis tycks inte faktorer inom familjen ha påverkat utvecklingen av psykosomatiska symtom bland barn och unga.

4. Familjens socioekonomiska förutsättningar och deras betydelse för barns och ungas psykiska ohälsa

4.1 Sammanfattning

- Sedan 1990 har andelen barn som växer upp i familjer med låg ekonomisk standard, dvs. i familjer med en låg inkomst i relation till övriga befolkningen, ökat. Däremot har andelen barn som växer upp i familjer som saknar de mest nödvändiga ekonomiska resurserna minskat sedan 1990.
- Studien Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att familjen inte har det alls bra eller inte så bra ekonomiskt ställt, jämfört med dem som uppger att de har det bra eller mycket bra ställt. Andelen elever som uppger att familjen inte har det så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt har minskat sedan 1990-talets början, från 14 till 4 procent.
- Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen tyder på att ekonomisk utsatthet i absoluta termer ökar risken för internaliserande problem bland barn och unga. Däremot är det inte klart hur relativ socioekonomisk utsatthet påverkar barns och ungas psykiska hälsa.
- Sammanfattningsvis tycks inte ekonomisk utsatthet i absoluta termer ha bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga. Däremot är det oklart vilka konsekvenser de ökade inkomstskillnaderna har haft för barns och ungas psykiska hälsa.

4.2 Inledning

Detta kapitel fokuserar på barns och ungas socioekonomiska förutsättningar, alltså det tredje lagret i Dahlgrens och Whiteheads modell som utgörs av sammanhang där människor lever och arbetar.

Människors socioekonomiska förutsättningar påverkar deras hälsa och livslängd (27, 56, 57). Ekonomisk och social trygghet är grundläggande förutsättningar för en god hälsa på lika villkor (58, 59). Ekonomiska resurser är också en viktig faktor för barns hälsa och utvecklingsmöjligheter (60), och Kommissionen för jämlik hälsa betonar att barns och deras familjers ekonomiska situation utgör en grundläggande förutsättning för barns goda uppväxtvillkor (61).

I Sverige och flera andra västerländska länder har de socioekonomiska skillnaderna i befolkningen ökat sedan mitten av 1990-talet (62). Den utvecklingen påverkar även barnfamiljers situation med resultatet att en större andel barn lever i familjer

som riskerar ekonomisk utsatthet i jämförelse med levnadsstandarden i resten av samhället (63).

4.3 Teoretisk bakgrund

Begreppet socioekonomi

Socioekonomisk position, status, förutsättning etc. avser ”en individs tillgång till ekonomiska och sociala resurser, samt den sociala position, förmåner och prestige som dessa resurser medför” (64). Begreppet används ofta som ett samlingsbegrepp för utbildningsgrad, inkomstnivå och arbetssituation eller yrkesstatus, eller för olika former av kapital såsom kulturellt, ekonomiskt och socialt (65). Det finns även ett samband mellan olika socioekonomiska aspekter, t.ex. genom att utbildning påverkar yrke som i sin tur påverkar inkomsten. Olika aspekter av socioekonomi kan även ha olika betydelse för hälsan (66, 67). Utvecklingen av socioekonomiska definitioner, mätmetoder och tolkningar har pågått under en längre tid och anses vara en av de svårare frågorna inom social forskning (68).

Sambandet mellan socioekonomi och hälsa

Det finns starka samband mellan socioekonomiska förutsättningar och hälsa (57). Betydligt mer komplicerat är det att visa om det rör sig om kausala samband och vilken riktning på sambandet som väger tyngst. Enligt den s.k. ”social selection hypothesis” leder ohälsa och sjukdom till att människors socioekonomiska position försämrats (69), medan den s.k. ”social causation hypothesis” antar att exempelvis psykisk ohälsa är ett resultat av en socioekonomiskt utsatt position (70). Forskning visar dock att sambandet mellan socioekonomi och hälsa går i båda riktningar, dvs. att dålig hälsa kan leda till sämre ekonomi samtidigt som knappa ekonomiska resurser kan påverka hälsan negativt (57). Kommissionen för jämlik hälsa påpekar att sambandet mellan inkomster och hälsa kan förmedlas genom en mängd faktorer som successivt ackumuleras i en kausal kedja: från uppväxtvillkor och utbildningsnivå till position på arbetsmarknaden, arbetsvillkor och inkomster (61).

Teorier om ekonomiska villkor i absoluta och relativa hänseenden

Teorier om hur socioekonomisk position påverkar hälsan har två olika inriktningar: att det handlar om absoluta eller om relativa villkor. Den absoluta inkomsthypotesen går ut på att en individs hälsa enbart skulle påverkas av den egna inkomsten, oavsett vilken inkomst andra personer i omgivningen har. Den relativa inkomsthypotesen utgår i stället från att det är inkomsten i relation till andras inkomster, antingen utifrån ett genomsnitt eller i en rangordning, som påverkar hälsan (71).

Dessa ansatser bygger på delvis olika tankar om mekanismerna i sambandet mellan socioekonomi och hälsa. Hypotesen om absoluta skillnader utgår från att det är materiella faktorer som påverkar hälsan, exempelvis tillgång till hälsosam mat, tryggt boende, nödvändiga samhällstjänster och givande fritidsaktiviteter (72). Den

relativa hypotesen utgår från antagandet att sämre socioekonomiska villkor skapar stress som direkt eller indirekt påverkar hälsan, på grund av individers uppfattning om sin sociala position i förhållande till andras. En indirekt effekt kan vara att den upplevda stressen leder till ohälsosamma beteenden, t.ex. rökning och alkoholkonsumtion. Dessa förklaringsgrunder utesluter dock inte varandra utan är snarare kompletterande synsätt, som är förknippade med varandra.

Det finns även en hypotes om att inkomstspridningen i en befolkning i sig skulle påverka hälsan, utöver de faktiska inkomstnivåerna (73). Enligt den skulle alla människor i ett samhälle drabbas negativt om det finns stora inkomstskillnader, även de med högst inkomster. Den vetenskapliga litteraturen visar ingen entydig bild av huruvida hypotesen är giltig. Kommissionen för jämlik hälsa konstaterar dock att sambandet är starkt i den nedre halvan av inkomstfördelningen, men flackar av ju högre upp man mäter. Kommissionen drar slutsatsen att ojämlikhet i ett samhälle sannolikt drabbar dem med mindre resurser mest (59).

4.4 Utveckling av socioekonomiska förutsättningar

Som nämnts ovan används begreppet socioekonomi ofta som ett samlingsbegrepp för utbildningsgrad, inkomstnivå och arbetssituation eller yrkesstatus, eller för kulturellt, ekonomiskt och socialt kapital. I detta avsnitt använder vi olika ekonomiska mått för att beskriva familjens socioekonomiska förutsättningar. Först redovisas den allmänna ekonomiska utvecklingen i Sverige, följt av utvecklingen mer specifikt för barnfamiljer och barn och unga. Till sist redovisas barns självrapporterade uppgifter om sin ekonomiska situation.

Ekonomisk ojämlikhet på samhällsnivå

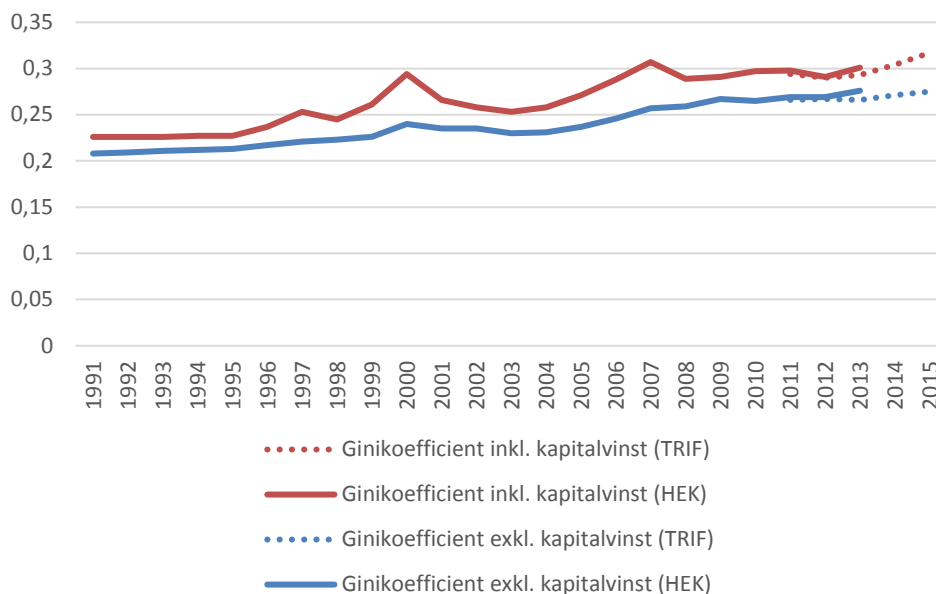
Den ekonomiska utvecklingen i Sverige har sedan i början av 1990-talet generellt sett varit positiv med ökade inkomster för alla inkomstgrupper i befolkningen. Däremot har inkomstspridningen ökat i befolkningen, både eftersom löneutvecklingen varit bättre bland dem med högre inkomst och eftersom andra kapitalvinster främst är koncentrerade till dem med högst inkomst (74).

Ett vanligt sätt att mäta hur inkomster eller ekonomiska förutsättningar är fördelade i en befolkning är med hjälp av den s.k. ginikoefficienten. Den mäts på skalan 0–1, där 0 avser total jämlikhet, dvs. att alla individer har lika stora tillgångar, medan 1 avser total ojämlikhet. Som framgår av figur 4.1 var ginikoefficienten 0,226 för disponibel inkomst (inklusive kapitalvinst) per konsumtionsenhet¹⁴ 1991. År 2015 hade den stigit till 0,317. Enligt SCB beror de ökade skillnaderna främst på stigande fastighetspriser och en god utveckling på börsen, vilket främst gynnat dem med högst inkomster. En annan förklaring är att de med genomsnittliga och högst löner har haft en bättre inkomstutveckling över tid, jämfört med dem med lägst

¹⁴ Konsumtionsenhet (k.e.) är ett viktsystem som används för att kunna jämföra t.ex. disponibel inkomst och ekonomisk köpkraft mellan olika typer av hushåll.

löner. En tredje förklaring till de ökade skillnaderna är att skatter och transfereringar i form av olika bidrag inte jämnade ut inkomsternas fördelning lika mycket i slutet av perioden som i början (74).

Figur 4.1. Ginikoefficienten för disponibel inkomst per konsumtionsenhet i Sverige, 1991–2015.



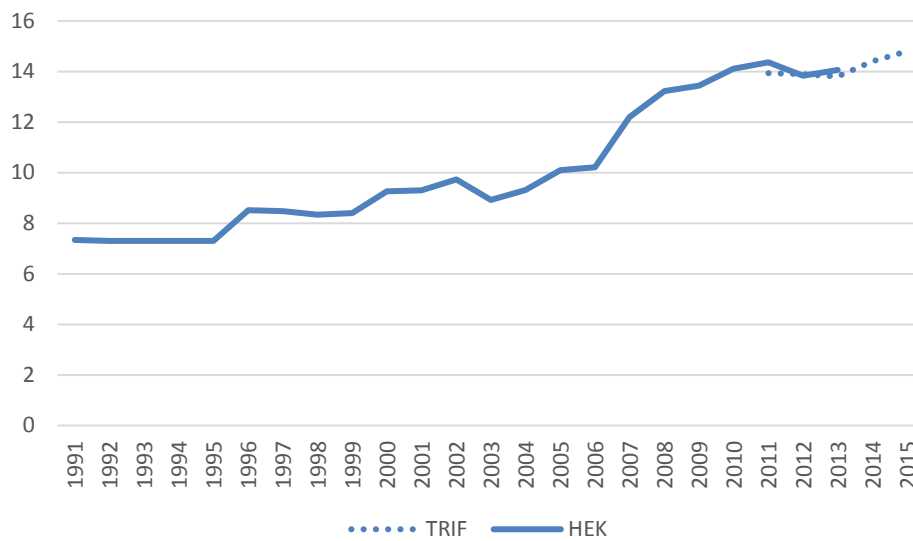
Källa: SCB, Hushållens ekonomi (HEK) 1991–2013 och Totalräknad inkomstfördelningsstatistik (TRIF) 2011–2015.

Andel med låg ekonomisk standard i befolkningen

Den ekonomiska utvecklingen har gjort att andelen i befolkningen med så kallad ”låg ekonomisk standard” har ökat över tid. Låg ekonomisk standard har de vars årsinkomst är lägre än 60 procent av medianinkomsten i befolkningen. Det är alltså ett relativt mått på socioekonomisk utsatthet som fångar in dem med de minsta ekonomiska resurserna i ett samhälle, i jämförelse med levnadsnivån i resten av befolkningen. Måttet används inom EU som en indikator på ”risk för fattigdom och social exkludering” (74).

Sedan i början av 1990-talet har andelen med låg ekonomisk standard fördubblats, från 7,3 procent 1991 till 14,8 procent 2015 (figur 4.2). Ökningen är störst bland ensamstående, både med och utan barn. Ensamstående kvinnor med barn löper också en större risk att ha låg ekonomisk standard jämfört med ensamstående män med barn (75). Även bland utrikes födda ses en påtaglig ökning av andelen med låg ekonomisk standard under perioden 1991–2015, med den snabbaste ökningen 2006–2008. I faktarutan nedan anges några exempel på låg ekonomisk standard i olika hushåll.

Figur 4.2. Andel (i procent) personer med låg ekonomisk standard, 1991–2015.



Källa: SCB, Hushållens ekonomi (HEK) 1991–2013 och Totalräknad inkomstfördelningsstatistik (TRIF) 2011–2015.

Var går gränsen för låg ekonomisk standard?

Till hushåll som har en låg ekonomisk standard räknas de som har en disponibel inkomst som uppgår till högst 60 procent av medianinkomsten i riket. År 2015 gällde följande nivåer per månad:

Sammanboende med två barn 0–19 år: 27 800 kr

Ensamstående med ett barn 0–19 år: 17 300 kr

Ensamstående med två barn 0–19 år: 22 000 kr.

(Källa: Personlig kommunikation med anställd på SCB den 18 december 2017)

Barns, ungdomars och barnfamiljers inkomststandard och disponibla inkomst

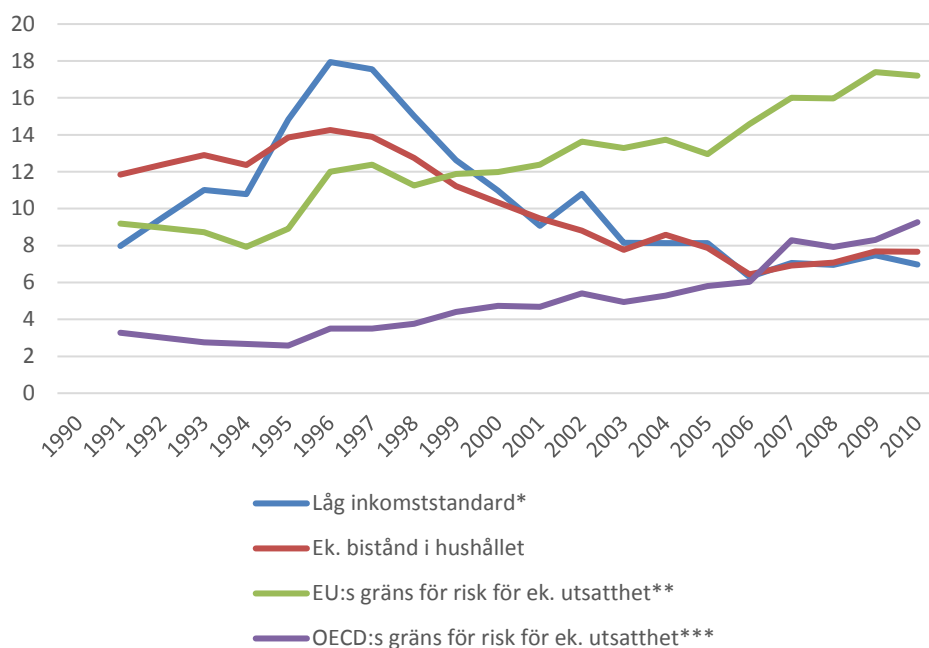
För att överskådligt visa hur barns och ungas ekonomiska villkor har förändrats över tid innehåller figur 4.3 fyra olika mått. Måtten ”låg inkomststandard”¹⁵ och ”ekonomiskt bistånd i hushållet”¹⁶ är absoluta mått. De anger fasta nivåer av olika former av ekonomisk utsatthet som inte påverkas av inkomstnivån i den övriga

¹⁵ Mättet ”låg inkomststandard” sätter hushållets disponibla inkomst i relation till en s.k. baskonsumtion av de mest nödvändiga utgifterna. Inkomststandarden 1,0 räcker precis till nödvändiga utgifter medan inkomststandarden 2,5 skulle räcka för att täcka nödvändiga utgifter för 2,5 hushåll med samma sammansättning (lika många vuxna och barn). Hushåll med inkomststandarden 1,0 eller lägre har ”låg inkomststandard”. Två exempel på låg inkomststandard, baserat på uppgifter från 2011, är om en familj med två vuxna och två barn (3 och 10 år) har en disponibel inkomst på 19 822 kr/mån eller lägre, eller om en ensamstående förälder med ett 7-årigt barn har en disponibel inkomst på 12 880 kr/mån eller lägre. I den s.k. baskonsumtionen (basnormen) ingår summor motsvarande riksnormen för försörjningsstöd, schabloniserad boendeutgift, utgift för hushållsel efter hushållsstorlek, barnomsorgsutgift, lokala resor för personer 18 år eller äldre, fack- och A-kasseavgift för personer som är anställda och jobbar minst halvtid samt hemförsäkring.

¹⁶ Ekonomiskt bistånd (socialbidrag) är det begrepp som täcker all ekonomisk hjälp enligt socialtjänstlagen. Biståndet kan gälla försörjning (försörjningsstöd) eller livsföring i övrigt. Försörjningsstödet avser de vanligaste och regelbundet återkommande levnadskostnaderna, medan livsföring i övrigt avser mer tillfälliga eller sällan förekommande ekonomiska behov, t.ex. kostnader för hälso- och sjukvård, tandvård, glasögon, hemutrustning eller begravning.

befolkningen, och kan sägas förhålla sig till den gräns som anses nödvändig för en skälig levnadsstandard. Måtten EU:s respektive OECD:s gräns för risk för ekonomisk utsatthet är relativa mått. De är en relativ uppskattning av vilka som har de minsta ekonomiska resurserna i ett samhälle i jämförelse med resten av befolkningen, och speglar inkomstspridningen i ett samhälle. EU:s mått motsvarar det som SCB kallar ”låg ekonomisk standard” och som tas upp i föregående avsnitt.

Figur 4.3. Andel (i procent) barn 0–19 år i hushåll med låg inkomststandard, ekonomiskt bistånd respektive inkomster under gränsen för risken för ekonomisk utsatthet enligt EU och OECD, 1991–2010.



* Disponibel ekvivalerad inkomst, dvs. disponibel inkomst per konsumtionsenhet. ** EU:s gräns för risk för ekonomisk utsatthet – disponibel ekvivalerad inkomst under 60 procent av rikets median. *** OECD:s gräns för risk för ekonomisk utsatthet – disponibel ekvivalerad inkomst under 50 procent av rikets median. Värden för 1992 är extrapolerade (uppskattade mätvärden).

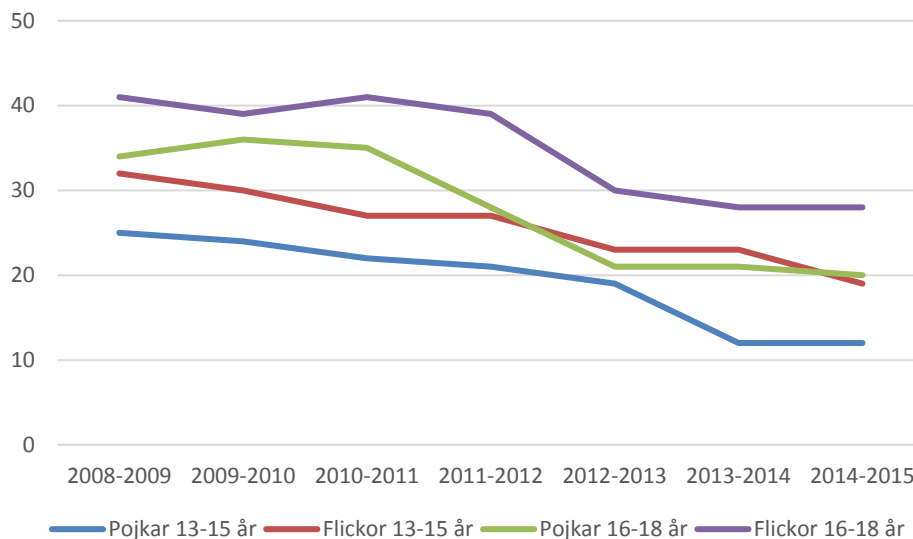
Källa: SCB, Hushållens ekonomi (HEK) (63).

Av figur 4.3 framgår att andelen barn i ekonomisk utsatthet varierar under perioden 1990–2010 om man ser till de absoluta måtten låg inkomststandard och ekonomiskt bistånd (sedan 1996 har andelarna dock minskat kontinuerligt). Däremot ökade andelen barn i ekonomisk utsatthet under samma period om man ser till EU:s och OECD:s gräns för risk för ekonomisk utsatthet. Figuren visar data till och med 2010 och sedan dess har inga stora förändringar skett när det gäller något av måtten.

Våra analyser av Skolbarns hälsovanor¹⁷ visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att familjen inte har det alls bra eller inte så bra ekonomiskt ställt, jämfört med dem som uppger att de har det bra eller mycket bra ställt. Enligt Skolbarns hälsovanor har andelen elever som uppger att familjen inte har det så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt kontinuerligt minskat sedan 1990-talets början, från 14 procent 1993/94 till 4 procent 2013/14.

I undersökningen om barns levnadsförhållanden (Barn-ULF) ställs frågor om huruvida barn uppfattar att de inte har råd att följa med kompisar på olika aktiviteter eller inte har råd att köpa något som de flesta andra kompisar har. Uppgifterna visar hur barnen själva upplever sin ekonomiska situation i förhållande till kompisarnas. Svaren tyder på att färre barn i åldrarna 13–15 och 16–18 år upplevde att de var ekonomiskt begränsade 2014/15 jämfört med 2008/09 (figur 4.4 och 4.5).

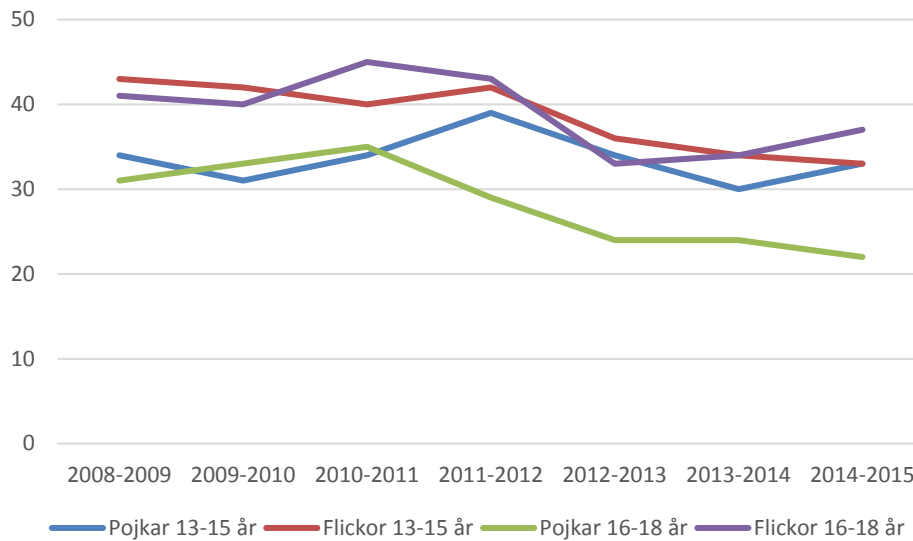
Figur 4.4. Andel (i procent) barn (13–15 och 16–18 år) som har svarat att de inte haft råd att följa med kompisar på olika aktiviteter, 2008–2015.



Källa: SCB, Undersökningarna av barns levnadsförhållanden. Anm. I den senaste mätningen ingår även 12-åringar i åldersgruppen 13–15 år.

¹⁷ För mer detalj, se bilaga 1.

Figur 4.5. Andel (i procent) barn (13–15 och 16–18 år) som har svarat att de inte haft råd att köpa något som många andra i samma ålder har, 2008–2015.



Källa: Undersökningarna av barns levnadsförhållanden (SCB). Anmärkning. I den senaste mätningen ingår även 12-åringar i åldersgruppen 13–15 år.

Sammanfattning av utvecklingen av barns socioekonomiska förutsättningar

Andelen i befolkningen med låg ekonomisk standard, dvs. med en årsinkomst lägre än 60 procent av medianinkomsten i befolkningen, har ökat från 7,3 procent 1991 till 14,8 procent 2015. Det är också en större andel barn som lever i familjer som riskerar ekonomisk utsatthet, dvs. i familjer med en låg inkomst i relation till övriga befolkningen. Däremot har andelen barn som växer upp i familjer som saknar de mest nödvändiga ekonomiska resurserna totalt sett minskat.

Våra analyser av Skolbarns hälsovanor¹⁸ visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att familjen inte har det alls bra eller inte så bra ekonomiskt ställt, jämfört med dem som uppger att de har det bra eller mycket bra ställt. Enligt Skolbarns hälsovanor har andelen elever i 13- och 15-årsåldern som uppger att familjen inte har det så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt minskat från 14 procent 1993/94 till 4 procent 2013/14. Likaså tyder undersökningen om barns levnadsförhållanden (Barn-ULF) på att färre barn i åldrarna 13–15 och 16–18 år upplever att de är ekonomiskt begränsade.

4.5 Resultat från litteraturöversikt

Folkhälsomyndigheten har gjort en kartläggande litteraturöversikt för att undersöka sambandet mellan socioekonomiska förutsättningar och psykiska besvär i form av

¹⁸ För mer detalj, se bilaga 1.

internaliserande problem bland barn och unga. Litteraturöversikten är baserad på en redan genomförd systematisk litteraturöversikt som studerar sambandet mellan olika mått på socioekonomisk status och internaliserande såväl som externaliserande problem bland barn. Översikten innehåller studier publicerade under perioden 1990–2011 (76). Från den befintliga översikten är studierna med internaliserande utfall inkluderade. Därefter är en kompletterande sökning efter senare publicerade studier genomförd. Analysen är genomförd på det samlade underlaget.

Det är inte möjligt att genomföra en metaanalys eftersom de inkluderade studierna använder flera olika mått för att uppskatta både socioekonomiska villkor och internaliserande problem, och därför var inriktningen i stället att sammanfatta forskningsområdet narrativt.

Följande PECO-komponenter står i fokus för den kartläggande litteraturöversikten (både i urvalet av studier från den befintliga översikten och i den kompletterande litteratursökningen):

- *Populationen (P)* är barn i åldrarna 10–18 år från en normalpopulation, dvs. som antingen ingår i en totalundersökning eller som valts ut genom ett slumpmässigt urval. Översikten innehåller alltså inga studier som enbart undersöker barn under 10 år eller individer över 18 år. Den omfattar heller inga studier som uteslutande baseras på en homogen grupp av barn, t.ex. sådana som är ekonomiskt utsatta, eftersom detta inte möjliggör jämförelser mellan barn med olika ekonomiska villkor.
- *Exponeringen (E)* är olika mått på socioekonomisk utsatthet såsom föräldrars inkomster, utbildningsnivå eller yrkesstatus. Mer specifikt innebär exponeringen att barnen har sämre socioekonomiska förutsättningar än andra barn, baserat på föräldrarnas socioekonomi. Studier som innehåller socioekonomiska mått på individnivå är inkluderade, men inte studier som enbart innehåller socioekonomiska mått på områdesnivå, t.ex. på lokal eller nationell nivå. Dessutom är studier som uteslutande baseras på att barn anger föräldrarnas inkomst, utbildning eller yrke exkluderade, eftersom dessa uppgifter är mindre tillförlitliga än om vuxna själva anger dessa uppgifter.
- *Jämförelsegrupp (C)* är barn med bättre socioekonomiska förutsättningar (än dem i urvalet som har sämre).
- *Utfallet (O)* är psykiska besvär i form av internaliserande problem, vanligtvis depressiva symtom och oro och ångest. De psykiska besvären kan vara uppmätta med hjälp av befolkningsbaserade intervjuer eller enkäter, kliniskt fastställda psykiatriska diagnoser och psykiatrisk vårdkonsumtion. Externaliserande problem såsom antisocialt uppförande och självskadebeteende är inte inkluderade inte i utfallet, och inte heller positiva dimensioner av psykisk hälsa såsom välbefinnande och hälsorelaterad livskvalitet.

- *Studiedesignen* är i första hand kohortstudier där exponeringen mäts före utfallet. Generellt gäller att sambandet mellan socioekonomisk position och psykisk hälsa kan gå i båda riktningar bland både vuxna (t.ex. kan psykiska besvär leda till minskad inkomst, samtidigt som en låg inkomst riskerar att öka psykiska besvär) och barn (t.ex. kan barns psykiska besvär försämra föräldrars förutsättningar att prestera väl i arbetet, samtidigt som en påfrestande arbetssituation hos föräldrar kan öka risken för psykisk ohälsa hos barnet). Denna översikt är begränsad till den ena riktningen, nämligen den som innebär att socioekonomiska förutsättningar påverkar risken för psykiska besvär hos barnen. Översikten omfattar inte tvärsnittstudier där uppgifter om exponering och utfall mäts samtidigt, för att minska risken för omvänd kausalitet. Däremot är tvärsnittstudier inkluderade när socioekonomiska förutsättningar mäts i form av föräldrars utbildning, eftersom exponeringen då består av en faktor som rimligtvis varit oförändrad under en längre tid. För att kunna undersöka samband i form av orsak och verkan är också kvalitativ forskning exkluderad.
- *Övriga inklusionskriterier* är att studierna ska vara skrivna på engelska och publicerade i vetenskapliga tidskrifter; s.k. grå litteratur ingår inte. Den befintliga översikten innehåller studier som är publicerade 1990–2011, och studier i den kompletterande litteratursökningen är publicerade 2012–2016. Dessutom är enbart studier från länder som bedöms vara jämförbara med Sverige när det gäller inkomstnivåer eller välfärdssystem inkluderade, dvs. höginkomstländer i Europa, Nordamerika och delar av Oceanien.

Sammanlagt 30 studier är inkluderade i vår kartläggande översikt, varav 27 handlar om barns socioekonomiska förutsättningar uppskattade genom antingen familjens inkomst, föräldrars utbildning eller socioekonomiska index. Detta är de vanligaste sätten att mäta socioekonomiska förutsättningar bland barn och unga i det insamlade materialet och den följande resultatredovisningen baseras på dessa 27 studier. De tre studier som redovisar enbart andra exponeringsmått, samt det innehåll i de inkluderade studierna som rör andra exponeringsmått än inkomst, utbildning eller index, redovisas inte närmre. Det handlar t.ex. om betydelsen av föräldrarnas yrkesstatus, arbetslöshet, ensamstående föräldraskap, bidragsanvändning, trångboddhet och ekonomisk utsatthet.

För en mer utförlig metod- och resultatbeskrivning av den kartläggande litteraturöversikten, se bilaga 3.

Inkomst som indikator på socioekonomi

I 13 studier undersöks sambandet mellan föräldrars inkomst och förekomst av internaliserande problem bland barnen. I 10 av dem redovisas en ökad risk för internaliserande problem bland barn till föräldrar med lägre inkomst, jämfört med dem som har föräldrar med högre inkomst.

Inkomsten kategoriseras huvudsakligen utifrån fasta, i vissa fall officiella, nivåer för låg inkomst (t.ex. nationella gränser för klassificering av fattigdom). Endast i två studier mäts inkomsten med hjälp av relativa mått som sätter inkomsten i

relation till övriga i urvalet (77, 78). Båda dessa redovisar signifikanta samband mellan låg inkomst hos föräldrarna och internaliserande problem hos barnen efter kontroll för flera viktiga bakgrundsfaktorer.

I studierna används olika effektmått, vilket gör det svårt att ge en generell bild av storleken på sambandet. I fem studier redovisas oddskvoter (79-83). I fyra av dessa studier är sambandet signifikant, och med oddskvoter som varierar mellan 1,15 och 2,44 (79-82). Det starkast uppmätta sambandet (OR = 2,44) gäller barn i Frankrike där familjens ekonomi försämrats under en åttaårsperiod (81). I en svensk registerstudie där över en halv miljon barn följts upp under en tioårsperiod, påvisas en ökad risk (OR = 1,15) att få en psykiatrisk diagnos som är kopplad till internaliserande problem bland barn som bor i hushåll med en lägre inkomst, jämfört med barn i hushåll med en högre inkomst (82).

De flesta studierna kontrollerar för grundläggande individfaktorer såsom kön, ålder och etnicitet. Ett antal studier är mer välkontrollerade eftersom de även kontrollerar för exempelvis föräldrarnas hälsa, utbildning och härkomst samt familjekonstellation, se t.ex. (77, 80-82). Cirka hälften av de inkluderade studierna är utformade så att de tar hänsyn till ursprungliga nivåer av internaliserande problem hos barnen, varav alla utom en studie redovisar signifikanta samband. I två studier försvinner inkomstens betydelse för barnens risk att utveckla internaliserande problem när analyserna utökas med kontroll för fler faktorer än vad de initialt gjorde. I den ena studien försvinner den till en början signifikanta effekten vid kontroll för depression hos modern under hennes uppväxt, och huruvida barnet bodde med båda sina föräldrar under sitt första levnadsår (84). I den andra studien försvinner den signifikanta effekten vid kontroll för olika slags investeringar i familjen, olika typer av familjestress och olika områdesdata (78).

Endast två av de inkluderade studierna redovisar betydelsen av hushållets inkomst för flickors respektive pojkars risk att utveckla internaliserande problem. En mindre studie påvisar ett samband mellan låg inkomst i familjen och en ökad risk för internaliserande problem bland flickor men inte bland pojkar (85). I en annan studie påvisas inga generella interaktionseffekter mellan kön och socioekonomi när det gäller internaliserande problem; däremot indikerar studien att unga kvinnor i familjer med de allra lägsta inkomsterna riskerar att ha mer allvarliga symtom vid uppföljningen än unga män i familjer med samma inkomstnivå (86).

Sammanfattningsvis tyder det samlade vetenskapliga underlaget på att låg inkomst i familjen kan ses som en riskfaktor för internaliserande problem bland barn och unga.

Utbildning som indikator på socioekonomi

I elva studier undersöks sambandet mellan föräldrars utbildning och förekomst av internaliserande problem bland barnen.

I tre av studierna påvisas ökad risk för internaliserande problem bland barn till föräldrar med kortare utbildning, jämfört med dem som har föräldrar med längre

utbildning (82, 87, 88). I fyra studier varierar sambandet på så sätt att en studie visar ökad risk för ångest men inte för depression (89), en studie visar en ökad risk för internaliserande problem utifrån pappors utbildning men inte mammors (90) och två studier visar en ökad risk för ett av könen (91, 92). I fyra av studierna framkommer inga statistiskt signifikanta resultat (83, 86, 93, 94).

I de tre svenska studier som ingår i underlaget påvisas signifikanta samband i två av studierna (82, 92, 94)¹⁹.

Sammanfattningsvis är kunskapsläget är oklart när det gäller samband mellan föräldrars utbildningsnivå och internaliserande problem bland barn och unga. Slutsatsen dras utifrån att det samlade underlaget är relativt begränsat och inte visar på samstämmiga resultat.

Socioekonomiska index

Åtta studier använder olika index för att mäta föräldrarnas socioekonomiska status. I indexen kombineras vanligen uppgifter om föräldrars utbildning, inkomst och yrkesstatus. Hälften av studierna indikerar en ökad risk för internaliserande problem bland barn med låg socioekonomisk status, jämfört med barn med högre socioekonomisk status. Tre av studierna kontrollerar för störfaktorer såsom föräldrarnas psykiska problem och barnens skolprestationer (95-97). Den fjärde studien har bristfällig kontroll för störfaktorer (98).

I tre studier varierar sambanden: en studie visar en ökad risk för internaliserande problem när lärarna skattar barnets problem men inte när föräldrarna gör det (99), en studie visar en ökad risk för ångest men inte depression (100), och en studie visar en ökad risk gällande nivån av internaliserande problem men inte gällande utveckling över tid (101). Slutligen var det en studie som inte påvisade något samband mellan låg socioekonomisk status och internaliserande problem hos barnen (102).

Sammanfattningsvis tyder det vetenskapliga underlaget på att låg socioekonomisk status, mätt med index som kombinerar uppgifter om föräldrarnas utbildning, inkomst och yrke, ökar risken för internaliserande problem bland barn och unga.

Sammanfattning av litteraturöversiktens resultat

I 23 av de 27 inkluderade studierna redovisas minst en statistiskt säkerställd riskökning som stödjer antagandet att sämre socioekonomiska förutsättningar leder till en ökad risk för internaliserande problem bland barn och unga. Resultaten varierar dock beroende på vilka mått på socioekonomiska förhållanden som studeras, på vilka utfall och kontrollfaktorer som använts, och på vem som

¹⁹ En ojusterad oddskvot har ett signifikant konfidensintervall men när justering för kön (och andra faktorer i modellen) läggs in blir resultatet ej signifikant.

uppskattat barnets psykiska hälsa. Det vetenskapliga underlaget är mer omfattande och samstämmigt när det gäller betydelsen av inkomst, jämfört med betydelsen av utbildning. Resultaten indikerar även att låg socioekonomisk status, mätt med hjälp av sammansatta index, ökar risken för internaliserande problem bland barn.

Samtliga tre svenska studier som ingår i det vetenskapliga underlaget (82, 92, 94) stödjer antagandet att sambandet är giltigt även i Sverige, trots att våra välfärdssystem i hög utsträckning syftar till att minska de sociala skillnaderna i samhället. Två studier från Norge (77, 90) och en från Danmark (88) visar också på signifikanta resultat när det gäller ökad risk för internaliserande problem bland barn med sämre socioekonomiska förhållanden.

4.6 Sammanfattande kommentarer

Den ekonomiska utvecklingen har sedan början av 1990-talet generellt sett varit positiv med ökade inkomster för alla inkomstgrupper i befolkningen. Däremot har inkomsterna och andra ekonomiska tillgångar ökat mer bland dem med högre löner, vilket lett till ökad ekonomisk ojämlikhet (74). Det är också en större andel barn som lever i familjer som riskerar ekonomisk utsatthet, dvs. i familjer med en låg inkomst i relation till övriga befolkningen (63). Samtidigt har andelen barn som växer upp i familjer som saknar de mest nödvändiga ekonomiska resurserna minskat sedan 1990. Den ekonomiska statistiken visar således på olika trender.

Våra analyser av studien Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att familjen inte har det alls bra eller inte så bra ekonomiskt ställt, jämfört med dem som uppger att de har det bra eller mycket bra ställt. Barns och ungas egen uppfattning om familjens ekonomiska villkor skiljer sig dock från den officiella statistiken. Enligt Skolbarns hälsovanor har andelen elever som uppger att familjen inte har det så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt kontinuerligt minskat sedan 1990-talets början, från 14 procent 1993/94 till 4 procent 2013/14. Även undersökningen om barns levnadsförhållanden (Barn-ULF) tyder på att färre barn upplever att de är ekonomiskt begränsade.

Vår sammanställning av den vetenskapliga litteraturen tyder på att ekonomisk utsatthet i absoluta termer, dvs. att växa upp i familjer som saknar de mest elementära ekonomiska resurserna, ökar risken för internaliserade problem bland barn och unga. Det vetenskapliga underlaget ger dock inte svar på hur relativ socioekonomisk utsatthet påverkar den psykiska hälsan.

Vad som inte täcks in i översikten är hypotesen att alla i en population skulle få en sämre hälsa av större inkomstspridning eller ökad inkomstojämlikhet. Som konstaterades i den teoretiska bakgrunden i kapitlet ger den vetenskapliga litteraturen ingen samstämmig bild av detta (57, 59, 103).

Sammanfattningsvis tycks inte ekonomisk utsatthet i absoluta termer ha bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga. Däremot är det oklart vilka konsekvenser de ökade inkomstskillnaderna har för barns och ungas psykiska hälsa.

5. Skolans och lärandets betydelse för barns och ungas psykiska ohälsa

5.1 Sammanfattning

- Sedan 1990-talets början har det svenska skolsystemet genomgått flera genomgripande förändringar, såsom kommunaliseringen, friskolereformen, införandet av skolpengen och nya betygssystem.
- Skolprestationerna har försämrats under perioden 1995–2012. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen indikerar ett samband mellan låga skolprestationer och ökad risk för psykisk ohälsa i form av internaliserande problem bland unga.
- Data från Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att de känner sig stressade av skolarbetet. Utvecklingen av andelen som känner sig stressade har till stor del sammanfallit med utvecklingen av psykosomatiska symtom sedan 1990-talets slut.
- Studien Skolbarns hälsovanor visar att det finns ett samband mellan att vara mobbad och psykosomatiska symtom. Det har inte skett några stora förändringar över tid i andelen elever som uppger att de blivit mobbade.
- De sjunkande skolprestationerna och den utbredda skolstressen kan ses som indikatorer på att skolan som helhet fungerar sämre. Sammanfattningsvis har brister i skolans funktion troligen bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga.

5.2 Inledning

Detta kapitel fokuserar på skolrelaterade faktorer. I Dahlgrens och Whiteheads modell ingår de i det tredje lagret – de sammanhang där människor lever och arbetar.

Under uppväxten tillbringar barn och unga mer än 15 000 timmar i skolan, och rimligtvis påverkar skolan barn och ungas hälsa.

Sedan 1990-talets början har skolan genomgått flera genomgripande förändringar. En stor förändring gäller huvudmannaskapet för skolan, när kommunerna 1991 övertog det samlade verksamhetsansvaret för skolan som staten tidigare haft. Friskolereformen som infördes året därpå innebar dessutom att fristående huvudmän kunde driva grund- och gymnasieskolor med hjälp av kommunala medel i form av skolpengen som är knuten till varje elev. I och med den nya skollagen från 2011 har betygssystem och läroplaner också genomgått stora förändringar. Betygen sätts tidigare (i åk 6 i stället för i åk 8), betyget ”icke-godkänt” har införts, eleverna gör fler nationella prov, betygen ges för avslutade kurser snarare än för ett och samma ämne (kursbetyg i stället för ämnesbetyg), behörighetskraven till gymnasieskolan har höjts och yrkesprogram ger inte längre automatiskt behörighet till studier på högskola och universitet (104). Under samma tid har lärarnas

arbetsvillkor präglats av bl.a. minskad status och krav på mer dokumentation av arbetet (105).

I samband med den nya skollagen 2011 infördes en samlad elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Samtidigt förtydligades elevhälsans förebyggande och främjande roll för elevernas hälsa.

5.3 Teoretisk bakgrund

Det finns ett antal teoretiska utgångspunkter för hur skolrelaterade faktorer kan påverka individers hälsa. Nedan beskrivs teorin om *self-efficacy*, *krav-kontroll-stöd-modellen* och *ansträngnings-belöningsmodellen*, teorin om *självbestämmande* och teorin om *locus of control*.

Self-efficacy

Ett område inom skolforskningen är skolprestationers påverkan på elevernas psykiska hälsa. Exempelvis kan dåliga skolprestationer leda till en dålig självkänsla, men en låg självkänsla och ett utagerande beteende kan också öka risken för att barnet presterar dåligt i skolan (13). Ett försök att förklara denna mekanism är teorin om *self-efficacy*, dvs. tilltron till den egna förmågan (106-108). Generellt avser det individens förmåga att klara av det som hon eller han föresatt sig.

Teorin om *skolrelaterad self-efficacy* (perceived academic self-efficacy) avser hur elever uppfattar eller bedömer sin förmåga att klara av skolarbetet, i form av att både hantera olika ämnen och leva upp till lärares och föräldrars förväntningar. En överdriven tilltro till den egna förmågan kan, enligt denna hypotes, resultera i att eleverna försöker lösa uppgifter som de inte klarar av, vilket i sin tur kan leda till misslyckanden och besvikelser. En bristande tilltro till den egna förmågan kan i stället leda till att man undviker utmaningar, vilket i sin tur resulterar i bristande stimulans och utveckling. I länder där elevernas self-efficacy är hög är också prestationerna goda (109).

Krav-kontroll-stöd-modellen och ansträngnings-belöningsmodellen

Två närbesläktade teorier som utvecklats för att förstå stressrelaterad ohälsa inom arbetslivet är *krav-kontroll-stöd-modellen* (demand-control-support) och *ansträngnings-belöningsmodellen* (effort-reward imbalance) (110, 111). Huvudtesen i krav-kontroll-stöd-modellen är att individen klarar höga krav i arbetslivet om han eller hon har kunskap och befogenheter att fatta de beslut som krävs och dessutom har ett välfungerande socialt stöd. På motsvarande sätt kan lågt ställda krav enligt denna teori skapa stress och ohälsa om man inte kan styra över situationen och inte har någon hjälp (112). Inom skolområdet tyder en svensk studie på att höga krav i skolan, kombinerat med låg egenkontroll och otillfredsställande stöd har ett samband med psykosomatiska symtom och sämre välbefinnande bland elever i årskurs 9 (113). En annan svensk studie tyder på att

socialt stöd har ett starkare samband med låga nivåer av psykosomatiska symtom än elevernas inflytande över skolarbetet (114).

Utgångspunkten i ansträngnings–belöningsmodellen är att det bör finnas en balans mellan den upplevda ansträngning som arbetet innebär och den efterföljande belöningen i form av t.ex. lön, självkänsla eller karriärmöjligheter. Enligt denna teori skapar upplevelsen av obalans i relationen mellan ansträngning och belöning stress som kan leda till fysisk och psykisk ohälsa (115, 116). Det finns även studier där modellen tillämpats i skolsammanhang, som tyder på ett samband mellan obalans mellan ansträngning–belöning och högre förekomst av somatiska symtom samt sämre självskattad hälsa (117, 118).

Självbestämmandeteorin (self-determination theory)

Självbestämmandeteorin (self-determination theory) är en teori som bygger på att motivation är en grundläggande drivkraft bakom mänskligt beteende. Den har utvecklats av Deci och Ryan (119) som skiljer mellan inre och yttre motivation, där den inre är mer grundläggande för välbefinnandet. Inre motivation innebär att människor känner en inre drivkraft att göra eller åstadkomma något för den inre tillfredsställelsens skull, och aktiviteten i sig själv blir då en belöning. Yttre motivation är i stället en drivkraft för att få belöning eller beröm i form av t.ex. bonus eller betyg. Enligt teorin riskerar yttre motivationsfaktorer att vara betydelselösa för den inre motivationen eller t.o.m. försämra den. Enligt teorin finns tre grundläggande komponenter som ligger till grund för den inre motivationen: kompetens, självständighet eller självbestämmande samt social meningsfullhet eller tillhörighet.

Överfört till skolan menar Deci och Ryan att elever bör få möjlighet att utvecklas (kompetensbehovet), och att optimala utmaningar och effektiv återkoppling kan öka den inre motivationen. Men känslan av kompetens kommer inte att leda till inre motivation om den inte också åtföljs av en känsla av självständighet eller självbestämmande. Elever kommer enligt denna hypotes att uppleva självständighet eller självbestämmande när de får möjlighet att arbeta på egen hand och välja skoluppgifter. Slutligen krävs en känsla av social meningsfullhet eller tillhörighet för att uppnå en hög inre motivation, vilket innebär att eleverna får möjlighet att utveckla bra relationer till sina klasskamrater och lärare samt att de känner sig respekterade och sedda av sin lärare och kamrater.

Locus of control

Det teoretiska begreppet *locus of control* myntades av psykologen Rotter (120). Enligt teorin har vissa människor ett *yttre* locus of control; de upplever att kontrollen över livet främst ligger utanför dem själva, och inte går att påverka. Det är i stället slumpen och yttre omständigheter som styr. På motsatt vis upplever människor med *inre* locus of control att de själva kan påverka sin situation och att de har stor kontroll över det som händer dem. Detta resonemang går att överföra till skolan. Elever som uppfattar att deras resultat är en följd av egna

ansträngningar har ett inre locus of control, medan de som ser resultaten som en följd andra faktorer, exempelvis lärarens skicklighet, har ett yttre locus of control. En meta-analys visar att risken för depression minskar vid inre locus of control (121). Således, när eleverna i högre grad uppfattar att resultaten är en följd av egna ansträngningar, blir skolresultaten bättre och förekomsten av depressiva symptom lägre.

5.4 Utveckling av skolrelaterade faktorer

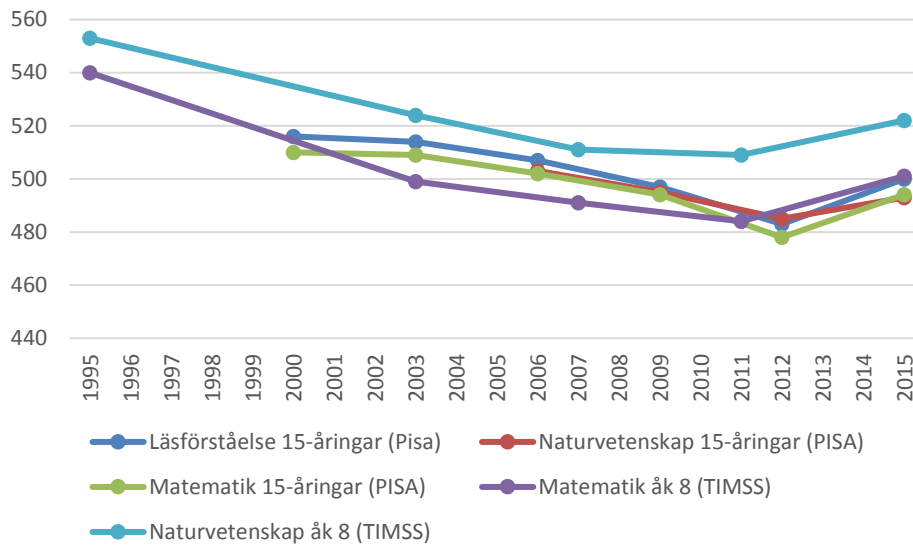
I detta avsnitt redovisas utvecklingen av ett antal skolrelaterade indikatorer, för att undersöka om det finns faktorer inom skolan som kan ha bidragit till att fler unga uppvisar psykosomatiska symtom.

Skolprestationer

I Sverige publicerar Skolverket uppgifter om betyg bl.a. i årskurs 9. Den genomsnittliga betygsnivån, beräknad som s.k. meritvärde, steg under perioden 1998–2015 (122). Det är dock problematiskt att använda betyg för att på nationell nivå spegla skolprestation, eftersom betygsnivån troligen påverkas av fler faktorer än elevernas kunskapsnivå och det inte är säkert om betygsförändringarna faktiskt speglar kunskapsutvecklingen (123, 124). Det finns indikationer på att betygsinflation förekommit i både grundskola och gymnasieskola sedan 1990-talets slut (123, 125, 126). För att analysera förändringar av skolprestationer i Sverige har vi därför använt de internationella undersökningarna Pisa och TIMSS, eftersom resultaten är standardiserade (105). Enligt Pisa-undersökningen har läsförmåga, matematisk förmåga och kunskaper i naturvetenskap försämrats bland svenska elever under perioden 2000–2012 (figur 5.1). Enligt den senaste undersökningen, som genomfördes 2015, har dock den negativa utvecklingen avstannat (127). Enligt TIMSS försämrades också matematisk förmåga och kunskaper i naturvetenskap i årskurs 8 under perioden 1995–2011. Även TIMSS visar att de genomsnittliga resultaten i matematik och naturvetenskap i årskurs 8 var högre 2015 än förra gången undersökningen genomfördes och är tillbaka på 2003 års nivå. Resultaten är dock fortfarande lägre än 1995 års nivå (128).

Båda undersökningarna visar att Sverige åren 2011–2012 låg under genomsnittet för de länder som deltagit i studierna, efter att tidigare legat över den genomsnittliga nivån. Vid Pisa-undersökningen 2015 presterade Sverige däremot på en genomsnittlig nivå i både naturvetenskap och matematik, och över OECD-genomsnittet i läsförståelse (129).

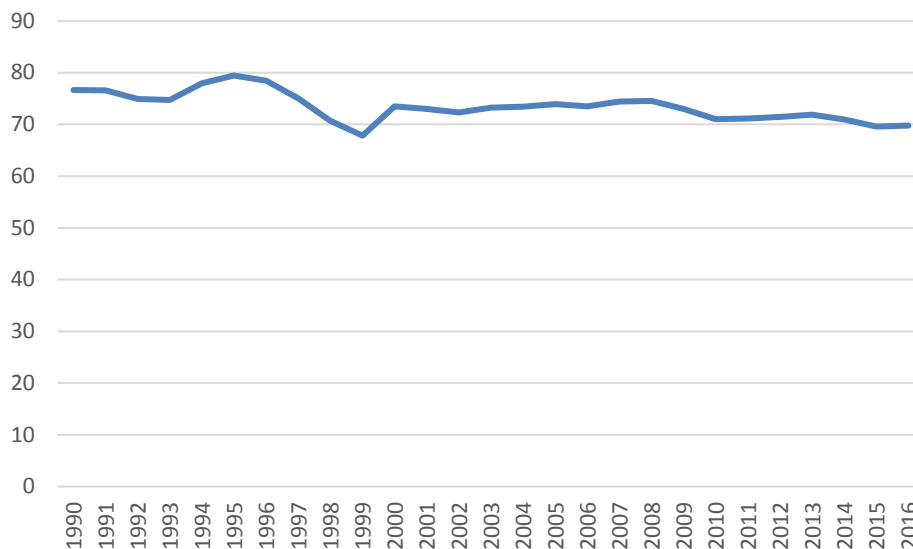
Figur 5.1. Resultaten i Pisa och TIMSS 1995–2015, svenska grundskoleelevers genomsnittliga poäng.



Källa: Skolverket och OECD (127, 128)

I gymnasieskolan har även andelen 20-åringar som fullföljt två års, alternativt tre års, utbildning minskat under perioden 1990–2016 (figur 5.2).

Figur 5.2. Andel (i procent) 20-åringar med fullföljt 2–3-årigt gymnasium, 1990–2016.



Källa: SCB (130)

Folkhälsomyndighetens analyser av studien Skolbarns hälsovanor²⁰ visar på ett samband mellan att tro att läraren tycker att en presterar medelbra eller under genomsnittet och psykosomatiska symtom. Andelen pojkar och flickor som tror att

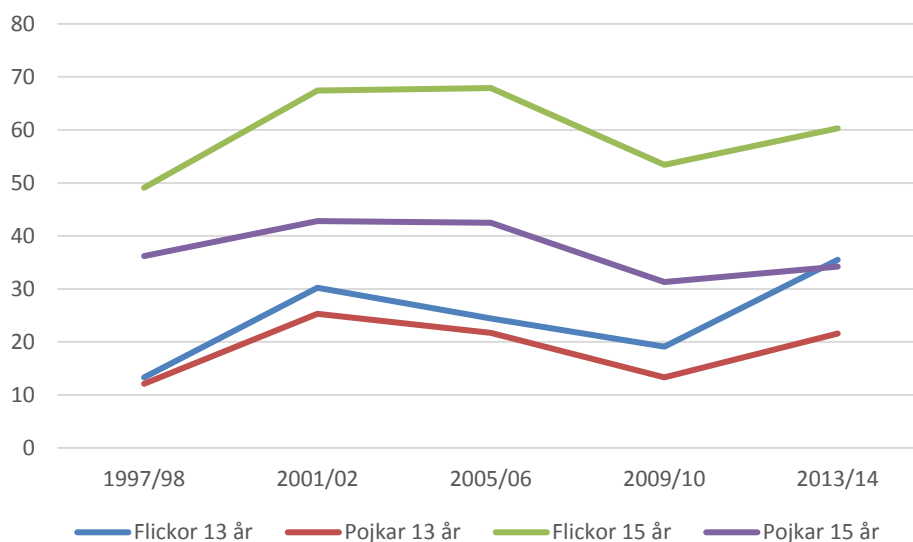
²⁰ För mer detalj, se bilaga 1.

läraren tycker att de presterar medelbra eller under genomsnittet minskade från 1980-talets slut fram till 2005/06, för att sedan öka igen. Bland flickor som tror att läraren tycker att de presterar medelbra eller under genomsnittet uppges 61 procent att de har psykosomatiska symtom (131). Det kan jämföras med 45 procent bland flickor som tror att läraren tycker att de är duktiga i skolan jämfört med sina klasskamrater. Bland pojkarna är motsvarande andelar 35 jämfört med 23 procent.

Skolstress

Analyserna från Skolbarns hälsovanor visar ett samband mellan att vara stressad eller mycket stressad av skolarbetet och psykosomatiska symtom. Andelen 13- och 15-åringar som uppges att de är ganska eller mycket stressade har varierat över tid (se figur 5.3). I den senaste mätningen uppgick andelen ganska eller mycket stressade till 49 procent bland flickorna och 29 procent bland pojkarna.

Figur 5.3 Andel (i procent) pojkar och flickor som har uppgett att de är ganska eller mycket stressade av skolarbetet, 1997/98–2013/14.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten.

Bland de elever som uppges att de är stressade av skolarbetet har andelen med psykosomatiska symtom varit i stort sett oförändrad 1997/98–2009/10, men med en ökning från cirka 60 till 70 procent bland flickorna och från cirka 40 till 50 procent bland pojkarna vid den senaste mätningen (131). I gruppen som uppges att de inte är stressade över skolarbetet har andelen med psykosomatiska symtom varit lägre och mer oförändrad sett över hela perioden, cirka 35 procent bland flickorna och cirka 20 procent bland pojkarna.

Attityder till skolan

Uppgifterna är motstridiga när det gäller elevers uppfattning om skolan generellt och om de tycker att skolan känns meningsfull. Pisa-undersökningarna visar att de

flesta elever är positiva till skolan och upplever den som meningsfull, men andelen elever med positiva attityder sjönk under perioden 2003–2012 (105). Andelen svenska elever som inte upplever skolan som meningsfull fördubblades under perioden, från 7 till 15 procent, vilket kan jämföras med genomsnittet 11 procent för de länder som deltar i Pisa-undersökningen. Skolverkets attitydundersökningar visar dock ingen förändring. Enligt den anser i samtliga undersökningar 1997–2015 ungefär 10 procent av eleverna i årskurs 7–9 att det sällan eller aldrig känns meningsfullt att gå till skolan (132).

I resultat från Pisa-undersökningen 2015 framkommer att Sverige har en högre andel elever som uppger att de har kommit för sent till skolan minst en gång under de två senaste veckorna (54 procent) jämfört med genomsnittet (44 procent). Det är bara i två andra OECD-länder, Chile och Israel, där andelen elever som uppger att de har kommit för sent till skolan minst en gång under de två senaste veckorna är högre än i Sverige (105). Däremot är det en lägre andel svenska elever, jämfört med OECD-genomsnittet, som uppger att de har skolkat *en hel dag* eller mer under de senaste två veckorna. Jämfört med Pisa 2012 har det inte skett några nämnvärda förändringar. Även andelen elever som uppger att de skolkar från *vissa lektioner* är lägre bland svenska elever jämför med OECD-genomsnittet. Jämförelsen över tid visar också en liten minskning av svenska elever som skolkar från vissa lektioner 2012–2015 (105).

Socioekonomisk bakgrund och skolprestationer

Reformer av skolan 1991/92 gav möjlighet för föräldrar att välja s.k. friskolor. Påföljande skolår 1992/93 gick 1,1 procent av eleverna i grundskolan i en friskola (133). Därefter har andelen ökat gradvis. Läsåret 2013/14 var det cirka 13 procent av eleverna som gick i en friskola, och 16 procent läsåret 2016/17 (134).

Enligt Skolverkets bedömningar har det fria skolvalet sannolikt bidragit till ökade resultatskillnader mellan skolor och en ökad socioekonomisk skelsegregation (135). Även Skolkommissionen och Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) drar liknande slutsatser (136, 137). Betygs- och registerdata, som omfattar alla elever och skolor, visar på ökande skillnader mellan skolor i Sverige och detta riskerar att ge en mindre likvärdig skola (137).

En svensk studie av sambandet mellan föräldrarnas utbildningsnivå och barnens betyg visar även att föräldrarnas utbildningsnivå har fått ökad betydelse (138). Enligt Skolverket har mellanskolvariationen, det mått som används för att beskriva hur mycket de genomsnittliga betygsresultaten skiljer sig mellan skolor, fördubblats mellan 1998 och 2011, från 9 procent till 18 procent (139).

Mobbning och kamratstöd i skolan

Enligt Skolverkets attitydundersökningar var andelen elever som uppger att de blivit mobbade stabil under perioden 1995–2015 (132). Bland eleverna i högstadiet

uppges cirka 1 procent att de blir mobbade en eller flera gånger i veckan, och bland mellanstadieeleverna är motsvarande andel cirka 4 procent.

Folkhälsomyndighetens analyser av studien Skolbarns hälsovanor²¹ visar på ett samband mellan att vara mobbad och psykosomatiska symtom. Under 2001–2014 inte skett några stora förändringar i andelen flickor i 13- och 15-årsåldern som uppger att de blivit mobbade minst 2–3 gånger i månaden under de senaste månaderna. Vid den senaste mätningen var andelen drygt 4 procent. Andelen pojkar i samma åldrar som uppger att de blivit mobbade sjönk något 2001–2014, från drygt 5 till knappt 4 procent (140).

Folkhälsomyndighetens analyser av studien Skolbarns hälsovanor visar på ett samband mellan att sakna gott kamratstöd och psykosomatiska symtom. Andelen elever som uppger att de har ett gott kamratstöd har fluktuerat, men sett över hela perioden 1993/94–2013/14 har det inte skett några stora förändringar bland flickorna och en ökning i andelen pojkar med ett gott kamratstöd. Vid mätningen 2013/14 uppgav 40 procent av flickorna och 48 procent av pojkarna att de har ett gott kamratstöd.

Relationer till lärare

Enligt Skolverkets attitydundersökningar ökade andelen elever i högstadiet som upplever att det är lätt att tala med lärare om problem i skolan under 1993–2009, från 50 till 78 procent. Därefter minskade andelen till 69 procent 2015 (132).

Sammanfattning av skolrelaterade faktorer

Det har varit en negativ trend när det gäller skolprestationer. Enligt Pisaundersökningen har läsförmåga, matematisk förmåga och kunskaper i naturvetenskap försämrats hos svenska elever i årskurs 9 under perioden 2000–2012. År 2015 hade den negativa utvecklingen avstannat men resultaten är fortfarande lägre än 2000 års nivå. Likaså försämrades matematisk förmåga och kunskaper i naturvetenskap i årskurs 8 under perioden 1995–2011 enligt undersökningen TIMSS. Även TIMSS visar att de genomsnittliga resultaten i matematik och naturvetenskap i årskurs 8 var högre 2015 än förra gången undersökningen genomfördes, men resultaten är fortfarande lägre än 1995 års nivå. Enligt Skolverkets bedömningar har det fria skolvalet sannolikt bidragit till ökade resultatsskillnader mellan skolor och en ökad socioekonomisk skolsegregation.

Studien Skolbarns hälsovanor visar på ett samband mellan att tro att läraren tycker att en presterar medelbra eller under genomsnittet och psykosomatiska symtom. Andelen pojkar och flickor som tror att läraren tycker att de presterar medelbra

²¹ För mer detalj, se bilaga 1.

eller under genomsnittet minskade från 1980-talets slut fram till 2005/06, för att sedan öka igen.

Studien Skolbarns hälsovanor visar även att det finns ett samband mellan att vara stressad av skolarbetet och psykosomatiska symtom. Utvecklingen av andelen som känner sig stressade har till stor del sammanfallit med utvecklingen av psykosomatiska symtom sedan 1990-talets slut.

Vidare visar Skolbarns hälsovanor att det finns ett samband mellan att vara mobbad och psykosomatiska symtom. Det har inte skett några stora förändringar i andelen elever som uppger att de blivit mobbade.

5.5 Könsskillnader i skolprestationer, skolstress och psykosomatiska symtom

Ungdomar själva uttrycker att skolan är en viktig anledning till att de känner sig stressade och mår dåligt. I en norsk studie har det framkommit att särskilt flickor i det tionde skolåret anser att krav kopplade till skolan är en huvudanledning till varför de känner sig stressade. Kraven kan komma både från prestationskrav som skolan innebär på en vardaglig basis, samt från krav som ungdomarna själva sätter upp i förhållande till utbildning och yrkeskarriär i ett längre perspektiv (141). Även i svenska studier har ungdomar själva lyft skolarbetet som en källa till stress, särskilt gäller detta flickor (142, 143).

Samtidigt som flickor presterar bättre i skolan än pojkar, de får bättre betyg och bättre resultat på prov som mäter kunskapsnivån i olika ämnen, är psykosomatiska symtom är dubbelt så vanliga bland flickor. Det innebär att sambandet mellan skolprestationer och psykisk ohälsa är komplext och påverkas av många faktorer. Könsskillnader i skolresultat och psykisk ohälsa kan bero på biologiska faktorer, strukturella faktorer och förväntningar knutna till kön. Till strukturella faktorer hör bland annat utvecklingen på arbetsmarknaden och ökade utbildningskrav. Många kvinnodominerade yrken, inom exempelvis vård och utbildning, kräver numera högre utbildning. Detta kan påverka synen på framtiden, engagemanget i skolan och upplevelsen av stress. Förväntningar knutna till kön handlar om att flickor och pojkar ställs inför olika möjligheter och hinder i sin vardag och att de reagerar på och hanterar påfrestningar olika (144).

5.6 Resultat från litteraturoversikt

Forskningen om sambandet mellan skolprestationer och psykisk ohälsa tyder på att det finns en ömsesidig relation mellan dem båda. Det var även en av slutsatserna i en svensk översikt som publicerades 2010 (13). Den psykiska hälsans betydelse för skolprestationer är dock mer studerad än den andra riktningen på sambandet. I en översikt av WHO dras slutsatsen att symtom på oro, ångest och depression ökar risken för sämre skolprestationer, både på kort och på lång sikt (145). Utifrån syftet

med föreliggande rapport är den andra riktningen på sambandet mer relevant, dvs. hur skolprestationerna påverkar risken att unga utvecklar internaliserande problem.

Den svenska översikten från 2010 har en bred ansats när det gäller olika aspekter av lärande och aspekter av psykisk ohälsa, och den täcker in litteratur som publicerades januari 1999–februari 2009. Folkhälsomyndigheten har med utgångspunkt i den tidigare genomförda svenska översikten gjort en begränsad kartläggande litteraturöversikt för att kartlägga sambandet mellan skolprestationer och internaliserande problem bland barn och unga.

Följande PECO-komponenter står i fokus i den begränsade kartläggande översikten:

- *Populationen (P)* är barn och unga i åldern 6–25 år och som motsvarar en normalpopulation, dvs. antingen ingår i en totalundersökning eller valts ut slumpmässigt. Studier som bygger på ett urval från områden med uttalad låg respektive hög socioekonomisk status inkluderas, däremot inte studier genomförda på individer som är utvalda utifrån en viss egenskap, t.ex. att vara i behov av extra studiehjälp.
- *Exponeringen (E)* är skolprestationer som dokumenterats med hjälp av testresultat av olika slag. Studier som rör sambandet mellan betyg och psykisk ohälsa exkluderas eftersom annat än prestationer kan påverka betyg. Likaså exkluderas studier där elever själva eller någon annan, t.ex. förälder eller lärare, gjort en subjektiv bedömning av prestationerna.
- *Jämförelsegrupp (C)* är barn och unga med bättre skolprestationer (än dem i urvalet som har sämre).
- *Utfallet (O)* är psykiska besvär i form av internaliserande problem, t.ex. depressiva symtom, oro och ångest eller andra former av inåtvända beteenden. Utåtvända problem, problem med uppförandet och självskadande beteenden ingår inte.

Förutom dessa grundkriterier inkluderas endast studier med longitudinell design som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter 2000–2017 (grå litteratur ingår inte). Inkluderade studier ska även vara genomförda i Europa, Nordamerika, Australien eller Nya Zeeland och vara skrivna på engelska.

Totalt är tio studier inkluderade i vår litteraturöversikt, och den följande resultatredovisningen bygger på dessa. En mer komplett redovisning av den begränsade kartläggande litteraturöversiktens genomförande och resultat finns i bilaga 4.

Sambandet mellan skolprestationer och internaliserande problem bland unga

Av de tio inkluderade studierna stödjer nio hypotesen att sämre skolprestationer innebär en ökad risk för internaliserande problem bland unga (146-154). I den åttonde framkom ingen ökad risk (155). Resultaten varierar på så vis att två studier

endast redovisar signifikant samband mellan skolprestationer och internaliserande problem bland yngre barn (146, 148). En annan studie uppmäter signifikanta resultat enbart i en viss ålder (154) och i en studie är sambandet giltigt endast bland flickorna (151).

De inkluderade studierna har olika kvalitetsbrister. Generellt sett kontrollerar majoriteten av studierna för olika störfaktorer såsom socioekonomiska förutsättningar, föräldrarnas sociala situation och förmåga att tolka barnets signaler samt barnets kognitiva förmåga, eventuella beteendeproblem och kamratrelationer. Samtliga studier utom två (152, 153) kontrollerar för ursprungliga symtom på internaliserande problem. En studie är begränsad till ungdomar med ett visst etniskt ursprung (149), och en studie har en kort uppföljning (150). Studier med längre uppföljningstid riskerar dock att ge ett stort bortfall, vilket exemplifieras framför allt i en av studierna (154). Osäkerheten kan öka om någon annan än barnet själv uppskattar graden av internaliserande problem, och endast i hälften av de inkluderade studierna uppger barnen själva hur de mår psykiskt (148-150, 152, 153). Storleken på urvalet varierar mellan 196 och 7 078 individer. Studierna som är inkluderade i översikten är genomförda i Finland, USA, Kanada och Storbritannien.

Sammanfattning av litteraturöversiktens resultat

I nio av de tio inkluderade studierna redovisas minst en statistiskt säkerställd riskökning som stödjer antagandet att sämre skolprestationer leder till en ökad risk för internaliserande problem bland barn och unga. De inkluderade studierna har olika kvalitetsbrister, men majoriteten av studierna kontrollerar för olika störfaktorer som ursprungliga internaliserande problem socioekonomiska förutsättningar, föräldrarnas sociala situation och förmåga att tolka barnets signaler samt barnets kognitiva förmåga, eventuella beteendeproblem och kamratrelationer. Sammantaget indikerar Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen att låga skolprestationer ökar risken för internaliserande problem bland unga.

5.7 Sammanfattande kommentarer

Sedan 1990-talets början har det svenska skolsystemet genomgått flera genomgripande förändringar, såsom kommunaliseringen, friskolereformen, införandet av skolpengen och nya betygssystem. Skolprestationerna har försämrats under perioden 1995–2012. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen indikerar ett samband mellan låga skolprestationer och ökad risk för psykisk ohälsa i form av internaliserade problem bland unga.

Studien Skolbarns hälsovanor visar att det finns ett samband mellan att vara stressad av skolarbetet och psykosomatiska symtom. Skolstressen är dessutom utbredd bland eleverna. I den senaste mätningen uppgick andelen ganska eller mycket stressade till 49 procent bland flickorna och 29 procent bland pojkarna.

Bland de elever som uppger att de är stressade av skolarbetet har andelen med psykosomatiska symtom varit i stort sett oförändrad 1997/98–2009/10, men ökat vid den senaste mätningen. I gruppen som uppger att de inte är stressade över skolarbetet har andelen med psykosomatiska symtom varit lägre och mer oförändrad sett över hela perioden.

De sjunkande skolprestationerna och den utbredda skolstressen kan ses som indikatorer på att skolan som helhet fungerar sämre. Sammanfattningsvis har brister i skolans funktion troligen bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga.

6. Övergripande samhällsfaktorer

6.1 Sammanfattning

- Förändringarna på arbetsmarknaden har inneburit allt högre krav på utbildning och kompetens för att få ett arbete. Det är troligt att även de yngre är medvetna om dessa förändringar och att det medfört en ökad press på dem att fullfölja gymnasiet med bra betyg för att kunna fortsätta på en eftergymnasial utbildning.
- Enligt den internationella undersökningen ”World Values Survey” har Sverige fått en förstärkt grad av individualisering sedan 1980-talet. På grund av ämnets komplexitet och begränsat vetenskapligt underlag är det osäkert i vilken utsträckning som en ökad individualisering kan ha påverkat förekomsten av psykosomatiska symtom bland unga.
- Det finns hypoteser om att ungas medvetenhet och öppenhet till psykiska problem har ökat över tid, och att det skulle innebära att unga har en större benägenhet att rapportera symtom. Ökningen av självrapporterade psykiska besvär motsvaras av en ökning av psykiatriska sjukdomstillstånd som kräver specialistvård, vilket talar för en faktisk ökning av psykisk ohälsa. Det är oklart om en ökad medvetenhet och öppenhet gällande psykisk ohälsa kan vara en bidragande förklaring till varför en ökande andel ungdomar rapporterar psykosomatiska symtom.
- Studien Skolbarns hälsovanor visar att såväl datoranvändningen (inkl. användningen av surfplattor och smartphones) som datorspelet ökat bland 13- och 15-åringar under 2000-talet. Det har inte skett några tydliga förändringar i den tid som barnen tillbringar framför tv, video, DVD och annan underhållning på skärm. Forskning tyder på att det finns både positiva och negativa hälsoeffekter av att ägna sig åt internetbaserade aktiviteter. Därför är det oklart om den ökade användningen av digitala medier har bidragit till den ökade psykiska ohälsan bland barn och unga.
- Sammanfattningsvis har förändringarna på arbetsmarknaden troligen bidragit till utvecklingen av psykosomatiska symtom bland unga. Det är oklart hur övriga studerade samhällsförändringar kan ha påverkat utvecklingen.

6.2 Inledning

Detta kapitel behandlar det fjärde, och sista, lagret av Dahlgrens och Whiteheads ”regnbågsmodell”. Precis som det beskrivs i modellen hänger barns och ungdomarnas närmiljöer samman med det omgivande samhället. Lagret kännetecknas av övergripande strukturella faktorer såsom generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade förhållanden eller system. Det kan t.ex. handla om strukturella förutsättningar på arbetsmarknaden och inom utbildningssystemet. Det kan också handla om normer och regler i samhället som styr människors val och handlande, vilket i sin tur kan påverka hälsan.

I det följande analyserar vi om förändringar inom områden som arbetsmarknad, individualisering och digitala medier kan ha påverkat förekomsten av psykosomatiska symtom bland barn och unga. Vi berör även olika teorier om kulturella förändringar, såsom en ökad medvetenhet och öppenhet till psykiska problem.

6.3 Arbetsmarknadens villkor för unga

Arbetslöshet och psykisk ohälsa

Det är vanligt att ungdomar är oroliga för framtiden. I en undersökning från Linnéuniversitet 2016 uppger 42 procent av unga i åldern 18–25 år att de är oroliga när de tänker på sin egen framtid (156). I samma studie framgår också att 60 procent ser arbetslösheten som den viktigaste utmaningen att lösa. Liknande resultat framkommer i den enkätundersökning som genomfördes digitalt på sajten ungdomar.se bland 13–24-åringar i Sverige 2016 (157). Där uppger 48 procent att de känner sig antingen oroliga och ångestfyllda eller ledsna och nedstämda vid tanken på framtiden. Bland 13–15-åringarna är andelen 43 procent. Vidare tillfrågades 13–24-åringarna om vilka av fem olika alternativ som de tror kommer att bli svårast att uppnå i framtiden, eller om de inte tror att något av alternativen är svåra att nå. Oavsett ålder uppger flest respondenter i undersökningen att det som kommer att bli svårast att uppnå i framtiden är att bli lycklig, följt av att få ett fast jobb. Sammanslagna resultat från studien World Values Survey för 2010 och 2014 visar även att 49 procent av unga i Sverige under 29 års ålder uppger att de är oroliga för att inte få något arbete eller att förlora det (158).

Det finns ett samband mellan att stå utanför arbetsmarknaden och psykisk ohälsa, såväl bland unga som i den vuxna befolkningen (61, 159-161) (162, 163). En särskilt utsatt grupp är unga som varken arbetar eller studerar (159). Sambandets riktning kan variera beroende på vilka människors som berörs och vilka hälsoförhållanden som undersöks, men det är fler studier som visar att arbetslösheten leder till ohälsa än att ohälsan leder till arbetslöshet (163). Drygt 94 procent av unga som arbetar heltid eller deltid skattar sin hälsa som bra, jämfört med 74 procent bland unga som är arbetslösa (164).

Högre etableringsålder

Ungas möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden har förändrats enligt SCB:s data om den s.k. etableringsåldern (den ålder vid vilken minst 75 procent av befolkningen i en viss årskull förvärvsarbetar). År 1985 var etableringsåldern 21 år och 2014 var den 29 år (165).

Det generella mönstret i västvärlden är att etableringsåldern har stigit (166), vilket främst beror på en utveckling mot en arbetsmarknad med allt högre utbildnings- och kompetenskrav (167). I Sverige har utbildningsnivån ökat för både män och kvinnor jämfört med tidigare generationer, framför allt för kvinnor. År 2014 hade 36 procent av de förvärvsarbetande kvinnorna en gymnasial utbildning och 42

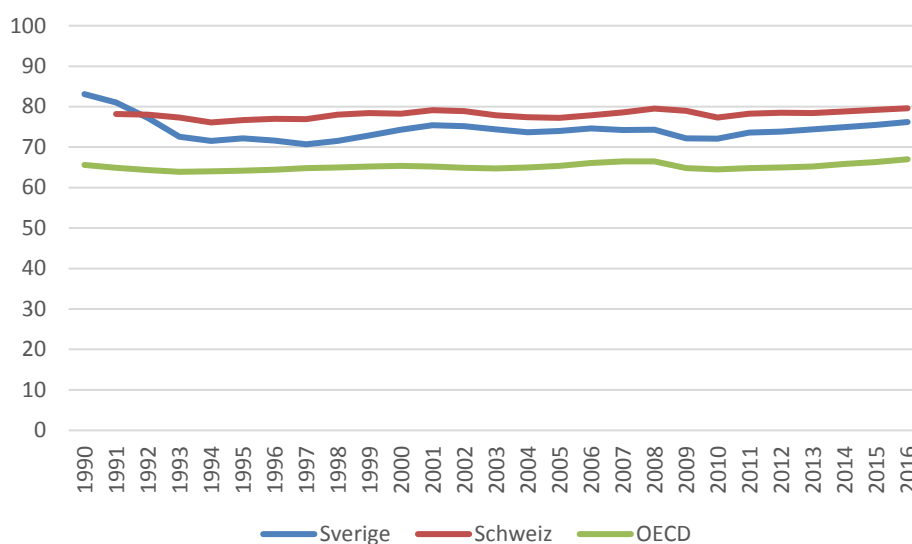
procent hade en lång eftergymnasial utbildning. För männen var motsvarande andelar 48 och 25 procent. Längre studieperioder gör att det dröjer längre innan befolkningen börjar förvärvsarbeta och skaffar bostad (165).

En rapport från Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) visar att huruvida unga påbörjar och fullföljer en gymnasieutbildning är den viktigaste faktorn för deras etablering, inte minst på arbetsmarknaden (164). Bland unga utan avslutad gymnasieutbildning är arbetslösheten ungefär dubbelt så hög som bland dem med avslutad utbildning (168).

En förändrad arbetsmarknad

Andelen sysselsatta i befolkningen är en viktig indikator för möjligheterna på arbetsmarknaden. Figur 6.1 visar utvecklingen av andelen sysselsatta i åldern 15–64 år under perioden 1990–2015 i Sverige och Schweiz och för OECD i genomsnitt. Schweiz ingår eftersom det är det OECD-land som 2015 hade högst andel sysselsatta. Inom OECD som helhet var andelen sysselsatta relativt konstant under perioden. När det gäller Sverige var sysselsättningsgraden högst 1990. I samband med den ekonomiska krisen i Sverige i början av 1990-talet sjönk andelen sysselsatta i befolkningen 15–64 år från 83 procent 1990, till som lägst 71 procent 1997. Därefter skedde en återhämtning, och under 2000–2015 var runt tre fjärdedelar av 15–64-åringarna i Sverige sysselsatta. Andelen sysselsatta i Sverige har under 2000-talet legat omkring 10 procentenheter över genomsnittet för OECD och cirka 5 procentenheter under nivån i Schweiz.

Figur 6.1. Andel (i procent) sysselsatta i relation till hela befolkningen i åldern 15–64 år i Sverige, Schweiz respektive OECD, 1990–2015.

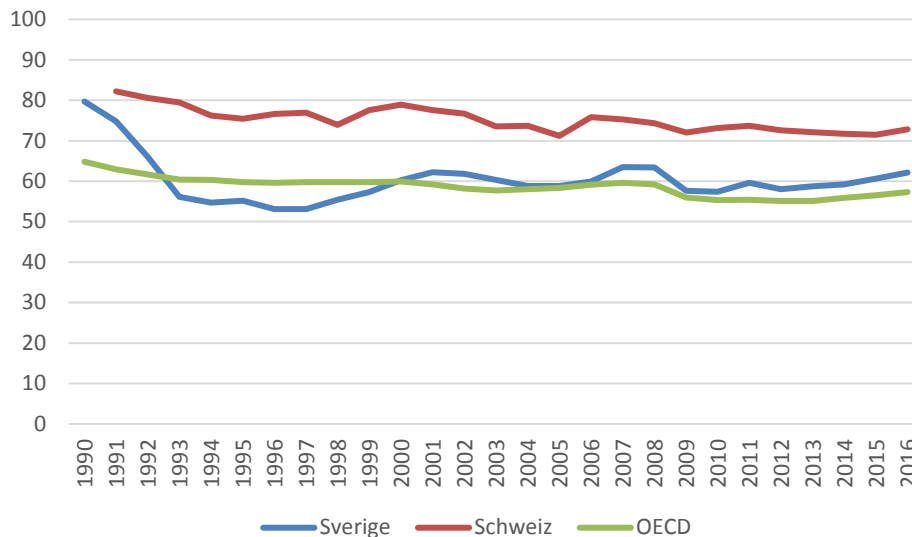


Källa: OECD (169).

För unga i åldrarna 20–24 år var minskningen av andelen sysselsatta i samband med krisen större än för befolkningen som helhet, och föll från 80 procent 1990 till 53 procent 1996 (figur 6.2). Arbetsmarknaden har återhämtat sig även för unga,

men den relativa återhämtningen är inte lika stor som för befolkningen i övrigt. Andelen sysselsatta 20–24-åringar har under 2000–2015 legat runt 60 procent. År 2015 låg andelen sysselsatta 20–24-åringar i Sverige 5 procentenheter över genomsnittet för OECD och 10 procentenheter under nivån i Schweiz.

Figur 6.2. Andel (i procent) sysselsatta i relation till hela befolkningen i åldern 20–24 år i Sverige, Schweiz och OECD, 1990–2015.



Källa: OECD, (169).

OECD har tagit fram en indikator för osäkerhet på arbetsmarknaden som också ger en bild av hur väl arbetsmarknaden fungerar. Indikatorn tar hänsyn till risken för arbetslöshet, arbetslöshetens varaktighet och de ersättningar från socialförsäkringssystemet som en arbetslös är berättigad till. För ungdomar och unga vuxna i åldern 15–29 år ökade i Sverige denna indikator för osäkerhet på arbetsmarknaden från 4,9 procent 2007 till nästan det dubbla, 8,7 procent, 2013 (170). Uppgifterna för de unga kan jämföras med motsvarande osäkerhet för medelålders i åldern 50–64 år som 2013 endast var 2 procent.

På arbetsmarknaden har även andelen av olika typer av tidsbegränsade anställningar ökat, från omkring 11 procent 1990 till drygt 16 procent 2015. Den stora ökningen inträffade i samband med krisen på 1990-talet och därefter tycks andelen i stort sett ha stabiliserats på den högre nivån. År 2014 hade 56 procent i åldersgruppen 16–24 år en tidsbegränsad anställning jämfört med 7 procent i åldersgruppen 55–64 år (171).

Det har skett en strukturomvandling av den svenska arbetsmarknaden, framför allt sedan 1975, där de kvalificerade jobben har blivit fler och de okvalificerade färre. En svensk studie analyserar utvecklingen under perioden 1975–2005 utifrån antalet anställda i fem olika inkomstgrupper (172). Under perioden 1975–1990 ökade antalet anställda i samtliga fem grupper och mest i gruppen med lägst inkomst. Under perioden 1990–2005 var mönstret ett annat. Antalet anställda i gruppen med högst inkomst ökade, medan det minskade i övriga fyra grupper. En analys i elva

OECD-länder för perioden 1980–2004 visar även att efterfrågan på personal med genomsnittliga kvalifikationer minskade i näringsgrenar med en snabb IT-tillväxt, medan efterfrågan på välkvalificerade anställda ökade (173). En analys baserad på lönestrukturstatistiken tyder på att utvecklingen efter millennieskiftet övergått i en polariserande riktning (174). Registerdata under tre perioder, 1997–2002, 2003–2007 och 2008–2012, visar att höglönejobben i Sverige fortsatt att öka mer än andra jobb under alla tre perioderna. De visar också att låglönejobben inte längre minskar och att de gradvis ökar mer än jobben i mellanlöneskikten.

Sammanfattningsvis möter unga i dag en arbetsmarknad som är osäkrare och som kräver högre utbildning och kompetens än tidigare. Många unga vuxna känner sig oroliga för sin framtida utbildning och möjligheter på arbetsmarknaden. Det är troligt att även de yngre är medvetna om dessa förändringar och att det medfört en ökad press på dem att fullfölja gymnasiet med bra betyg för att kunna fortsätta på en eftergymnasial utbildning. Förändringarna på arbetsmarknaden troligen bidragit till utvecklingen av psykosomatiska symtom bland unga.

6.4 Individualisering och krav på individen

Inom sociologisk teori beskrivs individualisering som en konsekvens av att moderniseringen successivt har luckrat upp tidigare kollektiva identiteter såsom klass, religion, familj och kön och att individen har fått en friare form att själv utforma sitt liv (175, 176). Historiskt har individualisering setts som en frigörelse från förtryck av olika slag och en process som ökar människors möjligheter att nå sin fulla potential (175, 177).

Övergripande skeenden på samhällsnivå, såsom ändrade normer och regler, kan vara svåra att undersöka empiriskt. Det finns dock några studier som mäter individers livsåskådningar och värdesystem samt sociala, kulturella, ekonomiska och politiska samhällsfaktorer, däribland den internationella undersökningen World Values Survey (WVS). Enligt WVS anser befolkningen i Sverige i högre utsträckning än befolkningen i något av de andra länderna som ingår i undersökningen att individen själv är bäst kapabel att ta ställning till rätt och fel och att utforma sitt liv (jämfört med mer traditionella värderingar och auktoriteter), samt att utrymme för självförverkligande är viktigare än materiella tillgångar för att uppnå ett gott liv. Enligt detta sätt att mäta individualisering har Sverige fått en förstärkt grad av individualisering sedan 1980-talet.

Internationella jämförelser tyder på att individualisering som den mäts i WVS gör befolkningen mer välmående och lyckliga. Detta gäller även om man tagit hänsyn till hur rika länderna är i ekonomiska avseenden (178, 179).

Flera forskare hävdar dock att begreppet individualisering har förändrats (175-177, 180). De menar att begreppet individualisering numera innebär att individen är tvingad att klara sig själv och skapa sin egen identitet, och att det leder till en mindre förutsägbar tillvaro (175). Teorierna tar även upp att det individualiserade samhället skapar förväntningar som kan vara svåra att uppnå och som därigenom

kan skapa en känsla av oro och otillräcklighet hos individen (180), samt att man i det individualiserade samhället betraktar sociala problem och människors misslyckanden som individuella tillkortakommanden (175).

Enligt en meta-analys av 164 studier upplever unga vuxna i USA, Kanada och Storbritannien i ökad omfattning att det ställs höga yttre krav på att vara perfekt i olika avseenden, t.ex. ökade krav på utbildning och prestationer i skolan (181). En svensk avhandling tyder på att strävan efter att vara ”lagom perfekt” kan vara en viktig aspekt för den psykiska hälsan för unga i Sverige (3). I en undersökning från Linnéuniversitet 2016 uppger 72 procent av unga i åldern 18–25 år att det finns en idealbild att behöva leva upp till (156). Av de som anser att den finns en idealbild upplever åtta av tio stress eller press för att elva upp till idealbilden.

Sammantaget är det, på grund av ämnets komplexitet och begränsat vetenskapligt underlag, osäkert i vilken utsträckning som en ökad individualisering kan ha påverkat utvecklingen av psykosomatiska symtom bland unga.

6.5 Andra kulturella förändringar

I flera studier om utvecklingen av psykisk ohälsa bland unga diskuteras hypotesen att ungas medvetenhet och öppenhet till psykiska problem skulle ha ökat över tid och att de därför skulle vara mer benägna att rapportera symtom (6, 8, 182). Frågan är svår att undersöka men begränsad internationell data tyder på att detta skulle kunna vara en bidragande orsak till varför fler unga rapporterar psykiska problem (183). I exempelvis en schweizisk studie framkommer att det blivit vanligare mellan 1992/93 och 2002 att ungdomar anger att de skulle prata med vuxna utanför familjen om de hade psykiska problem (184). Denna och andra liknande studier (185-187) tyder på en ökad öppenhet gällande psykisk ohälsa, både generellt och bland unga. Som nämnts i det inledande kapitlet påpekar Socialstyrelsen i en rapport att ökningen av självrapporterade psykiska besvär motsvaras av en ökning av psykiatriska sjukdomstillstånd som kräver specialistvård, och att det talar för en faktisk ökning av psykisk ohälsa (4). Det är därför oklart om en ökad medvetenhet och öppenhet gällande psykisk ohälsa kan vara en bidragande förklaring till varför en ökande andel ungdomar rapporterar psykosomatiska symtom.

Det finns ett antal teorier och antaganden kring sambandet mellan kulturella förändringar och psykisk ohälsa hos barn. Ett exempel är uppfattningen att dagens västersterländska samhällen erbjuder barn och unga en i många avseenden kravlös och trygg tillvaro, som kan göra att de är oförberedda på de utmaningar som de senare oundvikligt möter i livet. Enligt denna teori finns ett samband mellan hur stor känsla av kravlöshet och trygghet unga upplever, och risken att de ska känna oro och ångest över att behöva lämna denna skyddade tillvaro (188). En annan teori handlar om att psykiska påfrestningar i ökande utsträckning hanteras som sjukdomstillstånd inom hälso- och sjukvården, vilket i sin tur antas leda till att barnen känner sig mindre kapabla att själva hantera motgångar, förluster och besvikelser som normalt inträffar i livet (189). Betydelsen av dessa kulturella förändringar för barn och ungas psykiska hälsa är svåra att belägga vetenskapligt.

6.6 Digitala medier

En av de större samhällsförändringarna under de senaste decennierna är den snabba utvecklingen inom digital teknik och internetbaserade tjänster. Dagens unga är den första generationen som vuxit upp med datorer och internet som en självklar del av livet och brukar kallas för ”digitala infödingar” (190). Ett resultat av den ökade digitaliseringen är att allt fler ägnar mer tid framför skärmar av olika slag, t.ex. datorer, surfplattor och mobiltelefoner.

Studien Skolbarns hälsovanor visar att såväl datoranvändningen (inkl. användningen av surfplattor och smartphones) som datorspelet har ökat bland 13- och 15-åringar under 2000-talet (191). Andelen elever som uppger att de dagligen tillbringar minst två timmar framför tv, video (inklusive YouTube eller liknande tjänster), DVD och annan underhållning på skärm minskade något under 00-talets mitt, men har därefter ökat och var 2013/2014 lika omfattande som vid första mätningen 2001/02²². Studien visar även att skärmtid har ett samband med elevernas hälsa då psykosomatiska symtom är vanligare bland barn och unga som ägnar mer tid åt tv, datorer och datorspel.

Undersökningen Ungar och medier som Statens medieråd genomför visar på en ökad andel unga upp till 18 år som ägnar mer än tre timmar per dag åt internetbaserade aktiviteter, under perioden 2010–2016 (192). År 2010 var det 37 procent av 15-åringarna som uppgav att de ägnar mer än tre timmar per dag åt internetbaserade aktiviteter, jämfört med 70 procent 2016. Sverige är därtill ett av de mest digitaliserade länderna i världen, och svenska barn och unga ägnar mer tid åt internetbaserade aktiviteter än i andra länder (193). I Sverige finns även störst andel unga med så kallad extrem internetanvändning (mer än sex timmar internetanvändning på fritiden under veckodagarna).

En svensk avhandling indikerar att omfattande användning av mobiltelefon bland unga 18–25 år har samband med olika psykiska symtom såsom stress, depression och sömnsvårigheter ett år senare (194). En rapport från Kairos Future om ungas syn på sin tillvaro visar på en dubbel syn på användningen av sociala medier (190). Å ena sidan är en stor andel 16–29-åringar kritiska till sociala mediers påverkan på människan och samhället. Nästan hälften av dem som deltog i undersökningen är oroliga för att de lägger mer tid än vad som är nyttigt på sociala medier. Därtill menar en tredjedel att de anser att sociala medier haft negativ inverkan på deras liv som unga. Å andra sidan menar fler än hälften att sociala medier har öppnat upp en ny värld av möjligheter för unga.

Det finns flera litteraturoversikter som tyder på att det finns både positiva och negativa hälsoeffekter av att ägna sig åt internetbaserade aktiviteter (195-200). Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för att klargöra hälsoeffekterna av olika typer av digital medieanvändning. Framtida forskning får visa om den stora

²² För mer detalj, se bilaga 1.

spridningen av hemdatorer, surfplattor och smarta mobiler som ägt rum under 2010-talet bidragit till ökningen av symtom på psykisk ohälsa bland unga under samma period.

6.7 Sammanfattande kommentarer

Detta kapitel behandlar strukturella faktorer på samhällsnivå och deras eventuella påverkan på barn och ungas psykiska ohälsa. Till de övergripande strukturella faktorerna hör bland annat arbetsmarknadens utveckling, individualiseringen i samhället och den ökade användningen av digitala medier.

Förändringarna på arbetsmarknaden har inneburit allt högre krav på utbildning och kompetens för att få ett arbete. Flera indikatorer tyder på att unga också möter en arbetsmarknad som är osäkrare än tidigare. Det finns också samband mellan att stå utanför arbetsmarknaden och psykisk ohälsa, såväl bland unga som i den vuxna befolkningen. Förändringarna på arbetsmarknaden har sannolikt särskilt stor inverkan på unga som ännu inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden. Detta skulle innebära att kraven på kvalifikationer ökat mer för unga än för befolkningen som helhet. Enligt den internationella undersökningen World Values Survey är hälften av unga under 29 års ålder i Sverige oroliga för att inte få något arbete eller att förlora det (158). Men även yngre är troligen medvetna om de ökade utbildningskraven, vilket ökar pressen på dem att fullfölja gymnasiet med bra betyg för att kunna fortsätta på en eftergymnasial utbildning.

Enligt World Values Survey har Sverige fått en förstärkt grad av individualisering sedan 1980-talet. Internationella jämförelser tyder på att individualisering som den mäts i World Values Survey gör befolkningen mer välmående och lyckliga (178, 179). Samtidigt finns hypoteser om att individualiseringen numera innebär att individen är tvingad att klara sig själv och skapa sin egen identitet, och att det leder till en mindre förutsägbar tillvaro. En forskningssammställning av internationella studier tyder på att unga vuxna i ökad omfattning upplever att det ställs höga yttre krav på att vara perfekt i olika avseenden, t.ex. ökade krav på utbildning och prestationer i skolan (181). Sammantaget är det osäkert i vilken utsträckning som en ökad individualisering kan ha påverkat förekomsten av psykosomatiska symtom bland unga.

Sverige är ett av de mest digitaliserade länderna i världen och svenska barn och unga ägnar mer tid åt internetbaserade aktiviteter än i andra länder (193). Studien Skolbarns hälsovanor visar att såväl datoranvändningen (inkl. användningen av surfplattor och smartphones) som datorspelandet ökat bland 13- och 15-åringar under 2000-talet. Studien visar även att skärmtid har ett samband med elevernas hälsa då psykosomatiska symtom är vanligare bland barn och unga som ägnar mer tid åt tv, datorer och datorspel. Det har inte skett några tydliga förändringar i den tid som barnen tillbringar framför tv, video, DVD och annan underhållning på skärm. Forskning tyder på att det finns både positiva och negativa hälsoeffekter av att ägna sig åt internetbaserade aktiviteter. Det är oklart om den ökade

användningen av digitala medier har bidragit till den ökade psykiska ohälsan bland barn och unga.

Sammanfattningsvis har förändringarna på arbetsmarknaden troligen bidragit till utvecklingen av psykosomatiska symtom bland unga. På grund av ämnens komplexitet och begränsat vetenskapligt underlag är det osäkert i vilken utsträckning faktorer som ökad individualisering, digitalisering, ökad öppenhet kring psykisk ohälsa, lägre krav på barnen och medikalisering av barndomen har påverkat utvecklingen.

7. Diskussion

Andelen 13- och 15-åriga flickor och pojkar i Sverige som rapporterar återkommande psykosomatiska symtom har fördubblats sedan mitten av 1980-talet. Ökningen av självrapporterade psykiska symtom motsvaras också av en ökning av psykiatriska sjukdomstillstånd som kräver specialistvård, vilket talar för en faktisk ökning av psykisk ohälsa och inte enbart en ökad rapporteringsbenägenhet eller förändrad klinisk praxis. Psykisk ohälsa bland barn och unga innebär inte bara ett lidande för den drabbade, utan kan även få konsekvenser senare i livet för såväl individen som för samhället. Utifrån det samlade underlaget bedömer vi att ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga i första hand kan kopplas till förändringar inom skolan och arbetsmarknaden. Vi vill dock understryka att det sannolikt är en kombination av olika faktorer som har bidragit till ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga. Det är dessutom svårt att bedöma i vilken omfattning olika faktorer har påverkat utvecklingen.

Relationer inom familjen är bättre eller oförändrade

Vi har analyserat olika faktorer inom familjen som familjestruktur, internaliserande problem bland vuxna, relationen mellan föräldrar, föräldrars tid för barnen, relationen mellan barn och föräldrar, olika föräldrastilar (faktorer i föräldraskapet) och misshandel av barn. De flesta av dessa faktorer har förbättrats eller inte förändrats nämnvärt under de senaste decennierna. Separationerna mellan föräldrar har varierat i omfattning sedan 1990-talet, och det är allt fler barn till separerade föräldrar som bor växelvis hos sina föräldrar. Vår sammanställning av den vetenskapliga litteraturen visar på ett alltför begränsat underlag för att kunna dra några säkra slutsatser om sambandet mellan separationer och risken att barnen utvecklar internaliserade besvär.

Våra analyser av studien Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland de elever som uppger att de har svårt att tala med en eller båda föräldrar om bekymmer. Andelen elever som har svårt att tala med sina föräldrar har dock inte ökat över tid. Föräldrars sätt att uppfostra sina barn har blivit mindre auktoritärt sedan 1980-talet. Vår sammanställning av den vetenskapliga litteraturen tyder på att ett mindre auktoritärt föräldraskap minskar risken för att barnen ska utveckla internaliserande problem.

Sammantaget tycks inte faktorer inom familjen ha påverkat utvecklingen av psykosomatiska symtom bland barn och unga.

Ökade skillnader i socioekonomiska förutsättningar

Andelen ekonomiskt utsatta barnfamiljer i Sverige har minskat enligt absoluta mått som s.k. låg inkomststandard eller om familjen får ekonomiskt bistånd. Däremot har andelen ekonomiskt utsatta barn och unga ökat om man ser till relativa mått, det vill säga en familjs inkomst i relation till inkomsterna hos den övriga

befolkningen. Vår sammanställning av den vetenskapliga litteraturen tyder på att ekonomisk utsatthet i absoluta termer ökar risken för internaliserade problem bland barn och unga. Däremot är det inte klart hur relativ ekonomisk utsatthet påverkar barns och ungas psykiska hälsa.

Våra analyser av Skolbarns hälsovanor visar att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som uppger att familjen inte har det alls bra eller inte så bra ekonomiskt ställt, jämfört med dem som uppger att de har det bra eller mycket bra ställt. Enligt Skolbarns hälsovanor har andelen elever som uppger att familjen inte har det så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt kontinuerligt minskat sedan 1990-talets början, från 14 procent 1993/94 till 4 procent 2013/14. Barns och ungas egen uppfattning om familjens ekonomiska villkor skiljer sig således från den officiella statistiken. Barn relaterar först och främst till sin närmaste omgivning, och den minskade andelen barn som uppger att deras familj inte har det bra ekonomiskt ställt skulle kunna spegla ett mer segregerat samhälle.

Sammanfattningsvis tycks inte ekonomisk utsatthet i absoluta termer ha bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga. Däremot är det oklart vilka konsekvenser de ökade inkomstskillnaderna har för barns och ungas psykiska hälsa.

Skolan fungerar sämre

Sedan 1990-talets början har det svenska skolsystemet genomgått flera genomgripande förändringar. Skolprestationerna bland högstadiel elever försämrades under perioden 1995–2012, enligt de internationella undersökningarna Pisa och TIMSS. Folkhälsomyndighetens sammanställning av den vetenskapliga litteraturen indikerar ett samband mellan låga skolprestationer och ökad risk för psykisk ohälsa i form av internaliserande problem bland barn och unga.

Vidare visar våra analyser av Skolbarns hälsovanor att det finns ett samband mellan att vara stressad av skolarbetet och att ha psykosomatiska symtom. Bland de elever som uppger att de är stressade av skolarbetet har andelen med psykosomatiska symtom varit i stort sett oförändrad 1997/98–2009/10, men ökat vid den senaste mätningen. Då uppgav 49 procent av flickorna och 29 procent av pojkarna att de var ganska eller mycket stressade. Bland dem som inte är stressade över skolarbetet har andelen med psykosomatiska symtom varit lägre och mer oförändrad sett över hela perioden. Utvecklingen av andelen som känner sig stressade har till stor del sammanfallit med utvecklingen av psykosomatiska symtom sedan 1990-talets slut.

Även i andra undersökningar framkommer att barn och ungdomar uttrycker att skolan är en anledning till att de känner sig stressade. Exempelvis visar fokusgruppsintervjuer med ungdomar i Oslo att särskilt flickor i det tionde skolåret anser att krav kopplade till skolan är en huvudanledning till att de känner sig stressade (141). Kraven kan vara skolans krav på prestation men också krav som ungdomarna ställer på sig själva i förhållande till utbildning och yrkeskarriär i ett

längre perspektiv. Även i svenska studier har ungdomar själva lyft skolarbetet som en källa till stress, och då särskilt flickor (3, 142, 143).

De sjunkande skolprestationerna och den utbredda skolstressen kan ses som indikatorer på att skolan som helhet fungerar sämre. Sammanfattningsvis har brister i skolans funktion troligen bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga.

Större utmaningar på arbetsmarknaden för unga

Unga möter i dag en arbetsmarknad som är osäkrare och som kräver högre utbildning och kompetens än tidigare. Det generella mönstret i västvärlden är att etableringsåldern har stigit (166). I Sverige har utbildningsnivån ökat för både män och kvinnor jämfört med tidigare generationer, framför allt för kvinnor. Längre studieperioder gör att det dröjer längre innan befolkningen börjar förvärvsarbeta och skaffar bostad (165).

Många unga vuxna känner sig oroliga för sin framtida utbildning och möjligheter på arbetsmarknaden. Enligt studien World Values Survey är hälften av unga under 29 års ålder i Sverige oroliga för att inte få något arbete eller att förlora det (158). Det är troligt att även de yngre är medvetna om förändringar på arbetsmarknaden och att det medfört en ökad press på dem att fullfölja gymnasiet med bra betyg för att kunna fortsätta på en eftergymnasial utbildning. I en undersökning som genomfördes digitalt på sajten ungdomar.se uppger 43 procent av 13–15-åringarna att de känner sig antingen oroliga och ångestfyllda eller ledsna och nedstämda vid tanken på framtiden (157).

Sammanfattningsvis har förändringarna på arbetsmarknaden troligen bidragit till utvecklingen av psykosomatiska symtom bland unga.

Ökad användning av digitala medier

Sverige är ett av de mest digitaliserade länderna i världen och svenska barn och unga ägnar mer tid åt internetbaserade aktiviteter än i andra länder (193). Studien Skolbarns hälsovanor visar att såväl användningen av datorer, surfplattor och smartphones som datorspelet ökat bland 13- och 15-åringar under 2000-talet. Studien visar också att psykosomatiska symtom är vanligare bland elever som ägnar mer tid åt tv, datorer och datorspel. Den vetenskapliga litteraturen är dock otillräcklig för att kunna dra några säkra slutsatser om effekter av den digitala medieanvändningen på den psykiska hälsan hos barn och unga. Det kan finnas såväl positiva som negativa hälsoeffekter av att ägna sig åt internetbaserade aktiviteter.

Framtida forskning får visa om spridningen av hemdatorer, surfplattor och smarta mobiler som ägt rum under 2010-talet bidragit till ökningen av symtom på psykisk ohälsa bland unga under samma period.

Övriga samhällsövergripande förändringar

Vi har också undersökt områden som ökad individualisering, ökad öppenhet kring psykisk ohälsa, lägre krav på barnen och medikalisering av barndomen. På grund av ämnenas komplexitet och begränsat vetenskapligt underlag är det osäkert i vilken utsträckning dessa faktorer har påverkat utvecklingen. Området kompliceras även av att det är sannolikt är en kombination av olika faktorer som har bidragit till ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga.

Slutsats

Sammantaget är det troligt att såväl brister i skolans funktion, som en ökad medvetenhet om de ökade krav som förändringarna på arbetsmarknaden medför, har bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga. Vår bedömning är att den svenska skolan behöver stärkas. Det är dock inte Folkhälsomyndighetens uppgift att säga hur den svenska skolan bör förändras för att höja skolresultaten och minska upplevelsen av skolstress. Kommissionen för jämlik hälsa har i sitt slutbetänkande lyft fram ett tiotal förslag som tillsammans syftar till att skapa en god lärandemiljö i skolan och ett likvärdigt utbildningssystem, samt att motverka skolmisslyckanden genom att tidigt identifiera elever som inte klarar kunskapsnivån och tidigt erbjuda stöd (59). Även Skolkommissionen har lagt förslag som syftar till höjda kunskapsresultat, förbättrad kvalitet i undervisningen och en ökad likvärdighet i skolan (137). Folkhälsomyndigheten är i huvudsak positiv till de inriktningar och förslag som presenteras av både Kommissionen för jämlik hälsa och Skolkommissionen. Genom att stärka barns och ungas skolresultat ges de bättre framtida möjligheter på arbetsmarknaden och förutsättningar till en god hälsa.

Referenser

1. World Health Organization. Mental health: strengthening mental health promotion. WHO Fact Sheets No. 220. Geneva: World Health Organization, 2007. [citerad 9 november 2017]. Hämtad från: <http://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-Statement-on-Mental-Health-Promotion.pdf>.
2. Bremberg S, Dalman C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE), 2015.
3. Hiltunen L. Lagom perfekt. Erfarenheter av ohälsa bland unga tjejer och killar. Lund: Arkiv förlag; 2017.
4. Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen, 2017. [citerad 14 december 2017]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>.
5. Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, et al. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet, 2010.
6. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. Aust N Z J Psychiatry. 2014;0004867414533834.
7. Ross A, Kelly Y, Sacker A. Time trends in mental well-being: the polarisation of young people's psychological distress. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52(9):1147-58.
8. Potrebny T, Wium N, Lundegård MM-I. Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980–2016: a systematic review and meta-analysis. PloS one. 2017;12(11):e0188374.
9. Andershed H, Andershed A-K. Normbrytande beteende i barndomen: Vad säger forskningen? Stockholm: Gothia förlag; 2005.
10. Lagerberg D, Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn: forskningsmetoder och resultat. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete; 2000.
11. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO: strategy paper for Europe. Copenhagen: World Health Organization, 1992.
12. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, et al., redaktörer. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
13. Gustafsson J-E, Allodi Westling M, Åkerman A, Eriksson C, Eriksson L, Fischbein S, et al. School, learning and mental health: a systematic review. Kungl. Vetenskapsakademien; 2010.
14. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. [citerad 4 april 2018]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>.
15. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare (män 15–19 år) [citerad 15 januari 2017]. Hämtad från: <http://ihmeuw.org/4ai6>.
16. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare (kvinnor 15–19 år) [citerad 16 januari 2018]. Hämtad från: <http://ihmeuw.org/4ai7>.
17. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet. 2016.
18. Johansson A, Brunberg E, Eriksson C. Adolescent girls' and boys' perceptions of mental health. J Youth Stud. 2007;10(2):183-202.
19. Kostmann E, Nilsson L. Children's perspectives on health: what makes children feel good according to themselves? International Journal of Education. 2012;4(1):1.

20. Randell E, Jerdén L, Öhman A, Flacking R. What is health and what is important for its achievement? A qualitative study on adolescent boys' perceptions and experiences of health. *Open Nurs J.* 2016;10(1).
21. Tinnfält A, Jensen J, Eriksson C. What characterises a good family? Giving voice to adolescents. *Int J Adolesc Youth.* 2015;20(4):429-41.
22. Statistiska centralbyrån. På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2016. Örebro: Statistiska centralbyrån, 2016. [citerad 28 dec 2016]. Hämtad från: http://www.scb.se/Statistik/ Publikationer/LE0201_2015B16_BR_X10BR1601.pdf.
23. Statistiska centralbyrån. Barn, föräldrar och separationer. Utvecklingen under 2000-talet. 2013. [citerad 4 april 2018]. Hämtad från: http://www.scb.se/statistik/ publikationer/BE0701_2000A10_BR_BE51BR1301.pdf.
24. Fransson E, Bergström M, Hjern A. Barn i växelvis boende: en forskningsöversikt. Stockholm: Centre for Health Equity Studies (CHESS), 2015. [citerad 13 mars 2017]. Hämtad från: http://www.chess.su.se/polopoly_fs/1.261599.1450340833!/menu/standard/file/Barn%20i%20Ova%CC%88xelvvis%20boende%20-%20en%20forskningso%CC%88versikt.pdf.
25. Schleider JL, Weisz JR. Family process and youth internalizing problems: a triadic model of etiology and intervention. *Dev Psychopathol.* 2016:1-29.
26. Statistiska centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) [citerad 26 mars 2018]. Hämtad från: <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/pong/tabell-och-diagram/halsa/halsa--fler-indikatorer/>.
27. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014. [citerad 21 mars 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf>.
28. Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa. Nationella folkhälsoenkäten [citerad 6 november 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/>.
29. Gähler M, Palmtag E-L. Parental divorce, psychological well-being and educational attainment: changed experience, unchanged effect among Swedes born 1892–1991. *Soc Indic Res.* 2015;123(2):601-23.
30. Berg L, Hjern A. Barn till separerade föräldrar. Hälsa, utbildning och sociala levnadsförhållanden i ett livslöppsperspektiv. Stockholm: CHESS Stockholms Universitet/Karolinska Institutet, 2016. [citerad 13 mars 2017]. Hämtad från: http://www.chess.su.se/polopoly_fs/1.294352.1472542775!/menu/standard/file/Barn%20till%20separerade%20f%C3%B6r%C3%A4ldrar%20CHESS%202016.pdf.
31. Brottsförebyggande rådet. Brott i nära relationer. En nationell kartläggning. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, 2014.
32. Statistiska centralbyrån. Nu för tiden. En undersökning om svenska folkets tidsanvändning år 2010/11. Örebro: Statistiska centralbyrån, 2012. [citerad 8 mars 2017]. Hämtad från: http://www.scb.se/statistik/ publikationer/LE0103_2010A01_BR_LE123BR1201.pdf.
33. Institute for Comparative Survey Research. World Values Survey. Vienna (Austria)[citerad 19 feb 2017]. Hämtad från: <http://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>.
34. Trifan TA, Stattin H, Tilton-Weaver L. Have authoritarian parenting practices and roles changed in the last 50 years? *J Marriage Fam.* 2014;76:744–61.
35. Janson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige. En nationell kartläggning 2011. Stiftelsen Allmänna barnhuset och Karlstads universitet, 2011. [citerad 19 februari 2017]. Hämtad från: http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Kroppslig_bestrafning_webb.pdf.
36. Folkhälsomyndigheten.Handledning för litteraturoversikter. Förutsättningar och metodsteg för kunskapsframtagande baserat på forskningslitteratur vid Folkhälsomyndigheten. 2017. [citerad 1 sept 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/handledning-for-litteraturoversikter/>.

37. Ryan R, Hill S, Prictor M, McKenzie J, Cochrane Consumers and Communication Review Group. Study quality guide. London: Cochrane, 2013. [citerad 1 nov 2017]. Hämtad från: <http://cccr.org/authorresources>.
38. Kingston D, Tough S. Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review. *Matern Child Health J.* 2014;18(7):1728-41.
39. Mendes AV, Loureiro SR, Crippa JA, de Meneses Gaya C, Garcia-Esteve L, Martin-Santos R. Mothers with depression, school-age children with depression? A systematic review. *Perspect Psychiatr Care.* 2012;48(3):138-48.
40. Sweeney S, MacBeth A. The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: a systematic review. *J Affect Disord.* 2016;205:44-59.
41. Yap MBH, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015;175:424-40.
42. Yap MBH, Pilkington PD, Ryan SM, Jorm AF. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014;156:8-23.
43. Vu NL, Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D. Children's exposure to intimate partner violence: a meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clin Psychol Rev.* 2016;46:25-33.
44. Di Manno L, Macdonald JA, Knight T. Family dissolution and offspring depression and depressive symptoms: a systematic review of moderation effects. *J Affect Disord.* 2015;188:68-79.
45. Colonesi C, Draijer EM, Jan J. M. Stams G, Van der Bruggen CO, Bögels SM, Noom MJ. The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2011;40(4):630-45.
46. Madigan S, Atkinson L, Laurin K, Benoit D. Attachment and internalizing behavior in early childhood: a meta-analysis. *Dev Psychol.* 2013;49(4):672-89.
47. Madigan S, Brumariu LE, Villani V, Atkinson L, Lyons-Ruth K. Representational and questionnaire measures of attachment: a meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychol Bull.* 2016;142(4):367-99.
48. Pinquart M. Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: a meta-analysis. *Marriage Fam Rev.* 2017;53(7):613-40.
49. Maguire SA, Williams B, Naughton AM, Cowley LE, Tempest V, Mann MK, et al. A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child Care Health Dev.* 2015;41(5):641-53.
50. Bergström M, Fransson E, Fabian H, Hjern A, Sarkadi A, Salari R. Preschool children living in joint physical custody arrangements show less psychological symptoms than those living mostly or only with one parent. *Acta Paediatr.* 2018;107(2):294-300.
51. Dissing AS, Dich N, Andersen A-MN, Lund R, Rod NH. Parental break-ups and stress: roles of age & family structure in 44 509 pre-adolescent children. *Eur J Public Health.* 2017:ckx040.
52. Fritzell S, Ringback Weitof G, Fritzell J, Burstrom B. From macro to micro: the health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances. *Soc Sci Med.* 2007;65(12):2474-88.
53. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349.
54. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al., redaktörer. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc;* 2010: Elsevier.
55. Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health.* 2014;59(2):359-72.

56. Marmot M. Status syndrome: how social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury; 2004.
57. Fritzell J. Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa. Underlagsrapport nr 3 till Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa, 2016. [citerad 20 mars 2017]. Hämtad från: http://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2016/11/3.-fattigdom-inkomst-och-jaemlik-haelsa_finalv.pdf.
58. Regeringens proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik. Stockholm: Regeringen. [citerad 20 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/e6210d374d4642328badd71f64ca9846/en-fornyad-folkhalsopolitik-prop.-200708110>.
59. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Fritzes.
60. Bergmark Å. Ekonomiskt bistånd: försörjningsvillkor och marginalisering. Ett hinder för jämlik hälsa? Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa, 2016. [citerad 27 mars 2018]. Hämtad från: http://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2016/05/1.-ekonomiskt-bistand_slutlig.pdf.
61. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55). Stockholm: Fritzes.
62. Alvaredo F, Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G. World inequality report 2018: executive summary. World Inequality Lab. [citerad 2 januari 2018]. Hämtad från: <http://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-english.pdf>.
63. Socialstyrelsen. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen. [citerad 17 maj 2017]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19016/2013-3-15.pdf>.
64. Entwisle DR, Astone NM. Some practical guidelines for measuring youth's race/ethnicity and socioeconomic status. *Child Dev.* 1994;1521-40.
65. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(8):619-27.
66. Geyer S, Hemström Ö, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(9):804-10.
67. Torssander J, Erikson R. Stratification and mortality: a comparison of education, class, status, and income. *Eur Sociol Rev.* 2010;26(4):465-74.
68. Oakes JM, Rossi PH. The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Soc Sci Med.* 2003;56(4):769-84.
69. Eaton WW. A formal theory of selection for schizophrenia. *AJS.* 1980;86(1):149-58.
70. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP. Social status and psychological disorder: a casual inquiry. New York: Wiley-Interscience; 1969.
71. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action.* 2015;8(1):27106.
72. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ.* 2000;320(7243):1200.
73. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med.* 2006;62(7):1768-84.
74. Statistiska centralbyrån. Inkomstrappport 2015 - individer och hushåll. Ekonomisk välfärdsstatistik 2017:1. Stockholm: SCB, 2017.
75. Försäkringskassan. Socialförsäkringsrapport 2017:9. Barnhushållens ekonomi. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2017. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos.
76. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2013;90:24-31.

77. Elstad JI, Pedersen AW. The impact of relative poverty on Norwegian adolescents' subjective health: a causal analysis with propensity score matching. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(12):4715-31.
78. Khanam R, Nghiem S. Family income and child cognitive and noncognitive development in Australia: does money matter? *Demography*. 2016;53(3):597-621.
79. Costello EJ, Compton SN, Keeler G, Angold A. Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *Jama*. 2003;290(15):2023-9.
80. Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A, Bor W, O'callaghan MJ, Williams GM. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *Am J Public Health*. 2010;100(9):1719-23.
81. Melchior M, Chastang JF, Walburg V, Arseneault L, Galéra C, Fombonne E. Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: a longitudinal study of the French GAZEL Youth cohort. *Depress Anxiety*. 2010;27(12):1095-103.
82. Sundquist J, Li X, Ohlsson H, Rastam M, Winkleby M, Sundquist K, et al. Familial and neighborhood effects on psychiatric disorders in childhood and adolescence. *J Psychiatr Res*. 2015;66-67:7-15.
83. Green MJ, Leyland AH, Sweeting H, Benzeval M. Socioeconomic position and adolescent trajectories in smoking, drinking, and psychiatric distress. *J Adolesc Health*. 2013;53(2):202-8.e2.
84. Butler AC. Poverty and adolescent depressive symptoms. *Am J Orthopsychiatry*. 2014;84(1):82-94.
85. Leve LD, Kim HK, Pears KC. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *J Abnorm Child Psychol*. 2005;33(5):505-20.
86. Mendelson T, Kubzansky LD, Datta GD, Buka SL. Relation of female gender and low socioeconomic status to internalizing symptoms among adolescents: a case of double jeopardy? *Soc Sci Med*. 2008;66(6):1284-96.
87. Strohschein L. Household income histories and child mental health trajectories. *J Health Soc Behav*. 2005;46(4):359-75.
88. Glasscock DJ, Andersen JH, Labriola M, Rasmussen K, Hansen CD. Can negative life events and coping style help explain socioeconomic differences in perceived stress among adolescents? A cross-sectional study based on the West Jutland cohort study. *BMC Public Health*. 2013;13:532.
89. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res*. 2007;41(11):959-67.
90. Boe T, Overland S, Lundervold AJ, Hysing M. Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(10):1557-66.
91. Jaspers M, de Winter AF, Huisman M, Verhulst FC, Ormel J, Stewart RE, et al. Trajectories of psychosocial problems in adolescents predicted by findings from early well-child assessments. *J Adolesc Health*. 2012;51(5):475-83.
92. deKeyser L, Svedin CG, Agnafors S, Bladh M, Sydsjo G. Multi-informant reports of mental health in Swedish-born children of immigrants and children born to non-immigrants: the SESBiC-study. *BMC pediatrics*. 2014;14:95.
93. Kerr D. Family transformations and the well-being of children: recent evidence from Canadian longitudinal data. *J Comp Fam Stud*. 2004:73-90.
94. Wirback T, Moller J, Larsson JO, Galanti MR, Engstrom K. Social factors in childhood and risk of depressive symptoms among adolescents: a longitudinal study in Stockholm, Sweden. *Int J Equity Health*. 2014;13:96.
95. Amoné-P'Olak K, Burger H, Ormel J, Huisman M, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Socioeconomic position and mental health problems in pre-and early-adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(3):231-8.

96. Amone-P'Olak K, Burger H, Huisman M, Oldehinkel AJ, Ormel J. Parental psychopathology and socioeconomic position predict adolescent offspring's mental health independently and do not interact: the TRAILS study. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(1):57-63.
97. Culpin I, Stapinski L, Miles OB, Araya R, Joinson C. Exposure to socioeconomic adversity in early life and risk of depression at 18 years: the mediating role of locus of control. *J Affect Disord*. 2015;183:269-78.
98. Hölling H, Kurth B-M, Rothenberger A, Becker A, Schlack R. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KIGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(1):34-41.
99. Boyle MH, Lipman EL. Do places matter? Socioeconomic disadvantage and behavioral problems of children in Canada. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(2):378.
100. Miech RA, Caspi A, Moffitt TE, Wright BRE, Silva PA. Low socioeconomic status and mental disorders: a longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *AJS*. 1999;104(4):1096-131.
101. Buehler C, Gerard JM. Cumulative family risk predicts increases in adjustment difficulties across early adolescence. *J Youth Adolesc*. 2013;42(6):905-20.
102. Evans GW, Cassells RC. Childhood poverty, cumulative risk exposure, and mental health in emerging adults. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(3):287-96.
103. Alemán-Díaz AY, Toczydłowska E, Mazur J, Frاسquilho D, Melkumova M, Holmqvist G. Why income inequalities matter for young people's health. A look at the evidence. Florence: UNICEF Office of Research, 2016.
104. Blanchenay P, Burns T, Köster F. Shifting responsibilities - 20 years of education devolution in Sweden: a governing complex education systems case study. Paris: OECD, 2014. [citerad 28 aug 2017]. Hämtad från: <http://dx.doi.org/10.1787/5jz2jg1rqr7-en>.
105. OECD. Improving schools in Sweden: an OECD perspective. Paris: OECD, 2015.
106. Multon KD, Brown SD, Lent RW. Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: a meta-analytic investigation. *J Couns Psychol* *Journal of c*. 1991;38(1):30.
107. Schwartz D, Gorman AH, Duong MT, Nakamoto J. Peer relationships and academic achievement as interacting predictors of depressive symptoms during middle childhood. *J Abnorm Psychol*. 2008;117(2):289.
108. Bandura A, Pastorelli C, Barbaranelli C, Caprara GV. Self-efficacy pathways to childhood depression. *J Pers Soc Psychol*. 1999;76(2):258.
109. OECD. PISA 2012 results. Ready to learn: students' engagement, drive and self-beliefs (volume III). OECD, 2013. [citerad 25 aug 2017]. Hämtad från: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264201170-en>.
110. Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and health. I: Perrewé P, Ganster D, redaktörer. Historical and current perspectives on stress and health. Amsterdam, Holland: JAI Elsevier; 2002.
111. van Vegchel N. Two models at work. A study of interactions and specificity in relation to the Demand-control model and the Effort-reward imbalance model [Akademisk avhandling]. Utrecht: Utrecht University, 2005.
112. Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working-life. New York: Basic Books; 1990.
113. Modin B, Östberg V, Toivanen S, Sundell K. Psychosocial working conditions, school sense of coherence and subjective health complaints. A multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. *J Adolesc*. 2011;34(1):129-39.
114. Sonmark K, Modin B. Psychosocial work environment in school and students' somatic health complaints: an analysis of buffering resources. *Scand J Public Health*. 2017;45(1):64-72.
115. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions at work. *J Occup Health Psychol*. 1996;1:27-43.

116. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.* 2004;58(8):1483-99.
117. Läftman SB, Modin B, Östberg V, Hoven H, Plenty S. Effort–reward imbalance in the school setting: associations with somatic pain and self-rated health. *Scand J Soc Med.* 2015;43(2):123-9.
118. Li J, Shang L, Wang T, Siegrist J. Measuring effort–reward imbalance in school settings: a novel approach and its association with self-rated health. *J Epidemiol.* 2010;20(2):111-8.
119. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68.
120. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 1966;80(1):1.
121. Benassi VA, Sweeney PD, Dufour CL. Is there a relation between locus of control orientation and depression? *J Abnorm Psychol.* 1988;97(3):357.
122. Skolverket. Slutbetyg i grundskolan, våren 2015.2015. [citerad 5 april 2018]. Hämtad från: https://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskild-publikation?_xurl=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2Fblob%2Fpdf3528.pdf%3Fk%3D3528.
123. Vlachos J. Betygets värde. En analys av hur konkurrens påverkar betygssättningen vid svenska skolor. Stockholm: Konkurrensverket, 2010.
124. Björklund A, Fredriksson P, Gustafsson J-E, Öckert B. Den svenska utbildningspolitikens arbetsmarknadseffekter: vad säger forskningen? Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utveckling (IFAU), 2010. [citerad 27 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2010/r10-13-den-svenska-utbildningspolitikens-arbetsmarknadseffekter-vad-sager-forskningen.pdf>.
125. Hinnerich BT, Höglén E, Johannesson M. Diskrimineras pojkar i skolan? Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utveckling (IFAU), 2010. [citerad 27 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2010/r10-23-diskrimineras-pojkar-i-skolan.pdf>.
126. Holmlund H, Häggblom J, Lindahl E, Martinson S, Sjögren A, Vikman U, et al. Decentralisering, skolval och fristående skolor: resultat och likvärdighet i svensk skola. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2014. [citerad 27 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2014/r-2014-25-decentralisering-skolval-och-friskolor.pdf>.
127. OECD. PISA 2015 Results (Volume 1). Excellence and Equity in Education. [Internet]. Paris: OECD, 2016. [citerad 24 aug 2017]. Hämtad från: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266490-en>.
128. Skolverket. TIMSS 2015. Svenska grundskoleelevers kunskaper i matematik och naturvetenskap i ett internationellt perspektiv. Stockholm: Skolverket, 2016. [citerad 5 april 2018]. Hämtad från: https://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskild-publikation?_xurl=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2Fblob%2Fpdf3707.pdf%3Fk%3D3707.
129. OECD. Compare your country - PISA 2015 [citerad 27 mars 2018]. Hämtad från: <http://www.compareyourcountry.org/pisa/country/swe?lq=en>.
130. Statistiska centralbyrån. Befolkning 16–74 år efter region, utbildningsnivå, ålder och kön. År 1985–2016. 2017. Hämtad från: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_UF_UF0506/Utbildning/?rxid=ffb7900b-8836-4b18-8c46-a9416909f7f8.
131. Folkhälsomyndigheten. Skolprestationer, skolstress och psykisk ohälsa bland tonåringar. 2016. [citerad 26 februari 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/8169d0d0a5a846d29cf4b6a7cfd1dff/skolprestationer-skolstress-psykisk-ohalsa-tonaringar-16003-webb.pdf>.
132. Skolverket. Attityder till skolan 2015. Stockholm: Skolverket, 2016.

133. Skolverket. Skolor och elever i grundskolan [citerad 24 aug 2017]. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/statistik-i-tabeller/grundskola/skolor-och-elever>.
134. Friskolornas riksförbund. Skolor och elever, 2017 [citerad 5 april 2018]. Hämtad från: <http://www.friskola.se/fakta-om-friskolor/statistik/skolor-och-elever>.
135. Skolverket. Skolverkets slutsatser om likvärdighet och det fria skolvalets effekter. 2013 [citerad 2 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/nyhetsarkiv/nyheter-2013/skolverkets-slutsatser-om-likvardighet-och-det-fria-skolvalets-effekter-1.211468>.
136. Böhlmark A, Holmlund H, Lindahl M. Skolsegregation och skolval. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2015. [citerad 16 januari 2018]. Hämtad från: <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2015/r-2015-05-skolsegregation-och-skolval.pdf>.
137. Skolkommissionen. Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35). Stockholm: 2017. [citerad 24 aug 2017]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/498092/contentassets/e94a1c61289142bfbcfdf54a44377507/samling-for-skolan---nationell-strategi-for-kunskap-och-likvardighet-sou-201735.pdf>.
138. Gustafsson J-E, Yang Hansen K. Changes in the impact of family education on student educational achievement in Sweden 1988–2014. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2017;1-18.
139. Skolverket. Skolverkets slutsatser om ökande skillnader mellan skolor [citerad 16 januari 2018]. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/nyhetsarkiv/nyheter-2014/skolverkets-slutsatser-om-okande-skillnader-mellan-skolor-1.218519>.
140. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14. Grundrapport. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2014.
141. Eriksen IM, Sletten MA, Bakken A, von Soest T. Stress och press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager. Norsk institutt om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), 2017. [citerad 25 aug 2017]. Hämtad från: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2017/Stress-og-press-blant-ungdom>.
142. Östberg V, Almquist YB, Folkesson L, Låftman SB, Modin B, Lindfors P. The complexity of stress in mid-adolescent girls and boys. *Child Indic Res*. 2015;8(2):403-23.
143. Låftman SB, Almquist YB, Östberg V. Students' accounts of school-performance stress: a qualitative analysis of a high-achieving setting in Stockholm, Sweden. *J Youth Stud*. 2013;16(7):932-49.
144. Barnombudsmannen. Könsskillnader i skolresultat och psykisk ohälsa. Stockholm: Barnombudsmannen, 2015.
145. Suhrcke M, de Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. [citerad 5 december 2017]. Hämtad från: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/134671/e94805.pdf?ua=1.
146. Burt KB, Roisman GI. Competence and psychopathology: cascade effects in the NICHD study of early child care and youth development. *Dev Psychopathol*. 2010;22(3):557-67.
147. Grimm KJ. Multivariate longitudinal methods for studying developmental relationships between depression and academic achievement. *Int J Behav Dev*. 2007;31(4):328-39.
148. Halonen A, Aunola K, Ahonen T, Nurmi JE. The role of learning to read in the development of problem behaviour: a cross-lagged longitudinal study. *Br J Educ Psychol*. 2006;76(Pt 3):517-34.
149. Herman KC, Lambert SF, Reinke WM, Jalongo NS. Low academic competence in first grade as a risk factor for depressive cognitions and symptoms in middle school. *J Couns Psychol*. 2008;55(3):400-10.

150. Kistner JA, David-Ferdon CF, Lopez CM, Dunkel SB. Ethnic and sex differences in children's depressive symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2007;36(2):171-81.
151. Panayiotou M, Humphrey N. Mental health difficulties and academic attainment: evidence for gender-specific developmental cascades in middle childhood. *Dev Psychopathol.* 2017:1-16.
152. Topitzes J, Godes O, Mersky JP, Ceglarek S, Reynolds AJ. Educational success and adult health: findings from the Chicago longitudinal study. *Prev Sci.* 2009;10(2):175-95.
153. Vaillancourt T, Brittain HL, McDougall P, Duku E. Longitudinal links between childhood peer victimization, internalizing and externalizing problems, and academic functioning: developmental cascades. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41(8):1203-15.
154. Weeks M, Ploubidis GB, Cairney J, Wild TC, Naicker K, Colman I. Developmental pathways linking childhood and adolescent internalizing, externalizing, academic competence, and adolescent depression. *J Adolesc.* 2016;51:30-40.
155. Deighton J, Humphrey N, Belsky J, Boehnke J, Vostanis P, Patalay P. Longitudinal pathways between mental health difficulties and academic performance during middle childhood and early adolescence. *Br J Dev Psychol.* 2018;36(1):110-26.
156. Novus & Linnéuniversitetet. Sveriges ungdomar om framtiden. Från YOLO till oro. 2016. [citerad 27 mars 2018]. Hämtad från: https://lnu.se/contentassets/39b4d828ebd14d4db6be77e3a0dfa016/lnu_rapport_yolotilloro.pdf.
157. Mentor & Ungdomar.se. Unga röster 2016. Tema integration. En rapport där unga ger sin syn på framtid, jobb, integration och skola. [citerad 27 mars 2018]. Hämtad från: <http://mentor.se/wp-content/uploads/2017/08/unga-roster-2016.pdf>.
158. World Values Survey Association. World Values Survey 1981-2014. Online Data Analysis. [citerad 2 mars 2018]. Hämtad från: <http://www.worldvaluessurvey.org>.
159. Utredningen om unga utanför. Unga utanför (SOU 2003:92). Stockholm: Fritzes; 2003.
160. Paul K, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav.* 2009;74(3):264-82.
161. Vancea M, Utzet M. How unemployment and precarious employment affect the health of young people: a scoping study on social determinants. *Scand J Public Health.* 2017;45(1):73-84.
162. Falkstedt D, Hemmingsson T. Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2011.
163. Janlert U. Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa. En kunskapsöversikt. Kommissionen för jämlik hälsa, 2016. [citerad 29 mars 2018]. Hämtad från: http://kommissionjamilkhalsa.se/wp-content/uploads/2016/11/2.-arbete-arbetsloeshet-och-jaemlik-haelsa_en-kunskapsoversikt.pdf.
164. Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor. Ung i dag 2017. En fördjupad studie av ungas levnadsvillkor. 2017. [citerad 27 mars 2018]. Hämtad från: https://www.mucl.se/sites/default/files/publikationer_uploads/ung_idag_2017.pdf.
165. Statistiska centralbyrån. Unga vuxna börjar arbeta senare idag än för 30 år sedan. 2014 [citerad 29 mars 2018]. Hämtad från: https://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Unga-vuxna-borjar-arbeta-senare-idag-an-for-30-ar-sedan/.
166. Furlong A, Cartmel F, Biggart A, Sweeting H, West P. Youth transitions: patterns of vulnerability and processes of social inclusion Scottish executive social research. Edinburgh: The Stationery Office Ltd.; 2003.
167. Salonen T. Ungas ekonomi och etablering. En studie om förändrade villkor från 1970-talet till 2000-talets inledning. Stockholm: Ungdomsstyrelsen, 2003.
168. Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar. Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar: delbetänkande (SOU 2017:9). Stockholm: Fritzes; 2017.
169. OECD. OECD.Stat. Labour force statistics [citerad 2 mars 2018]. Hämtad från: <http://stats.oecd.org/#>.

170. OECD. OECD.Stat. Strictness of employment protection [citerad 2 mars 2018]. Hämtad från: <http://stats.oecd.org/#>.
171. Analysgruppen Arbetet i framtiden. En socialt hållbar arbetsmarknad. Stockholm: Regeringskansliet, 2016. [citerad 18 januari 2018]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49547e/contentassets/a89464a82b184b6b94de7a9bd6283648/delrapport-2-socialt-hallbar-arbetsmarknad-slutlig-160318dotx.pdf>.
172. Adermon A, Gustavsson M. Job polarization and task-biased technological change: evidence from Sweden, 1975–2005. *Scand J Economics*. 2015;117(3):878-917.
173. Michaels G, Natraj A, Reenen JV. Has ICT polarized skill demand? Evidence from eleven countries over twenty-five years. *Rev Econ Stat*. 2014;96(1):60-77.
174. Åberg R. Svensk arbetsmarknad mot polarisering efter millennieskiftet. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*. 2015;21(4):8-24.
175. Bauman Z. *The individualized society*. Cambridge: Polity Press; 2001.
176. Beck U. *Risksamhället: på väg mot en annan modernitet*. Göteborg: Daidalos; 2000.
177. Giddens A. *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press; 1991.
178. Fischer R, Boer D. What is more important for national well-being: money or autonomy? A meta-analysis of well-being, burnout, and anxiety across 63 societies. *J Pers Soc Psychol*. 2011;101(1):164.
179. Welsch H. Freedom and rationality as predictors of cross-national happiness patterns: the role of income as a mediating variable. *J Happiness Stud*. 2003;4(3):295-321.
180. Elliott A, Lemert C. *The new individualism. The emotional costs of globalization*. London & New York: Routledge; 2006.
181. Curran T, Hill AP. Perfectionism is increasing over time: a meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychol Bull*. 2017;Nov 11.
182. Collishaw S. Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):370-93.
183. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*. 2017;16(1):90-9.
184. Dey M, Reavley NJ, Jorm AF. Young people's difficulty in talking to others about mental health problems: an analysis of time trends in Switzerland. *Psychiatry Res*. 2016;237:159-65.
185. Reavley NJ, Jorm AF. Willingness to disclose a mental disorder and knowledge of disorders in others: changes in Australia over 16 years. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(2):162-8.
186. Mojtabai R. Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990–2003. *Psychiatr Serv*. 2007;58(5):642-51.
187. Angermeyer MC, Matschinger H, Carta MG, Schomerus G. Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *Eur Psychiatry*. 2014;29(6):390-5.
188. Lancy DF. The emergence of the iGen. The fearful progeny of the neontocracy. *Psychology today*. [Internet] 2017 [citerad 2 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.psychologytoday.com/blog/benign-neglect/201712/the-emergence-the-igen>.
189. Furedi F. Turning childhood into a mental illness. The therapy industry is in danger screwing up our kids. *Spiked*. [Internet] 2017 [citerad 2 mars 2018]. Hämtad från: <http://www.spiked-online.com/newsite/article/turning-childhood-into-a-mental-illness/20645#.WnEMwU10zIW>.
190. Kairos Future. *Drömsamhället. Om ungas syn på livet i gränslöshetens tid*. Stockholm: Kairos Future, 2016.
191. Folkhälsomyndigheten. *Medieanvändning och psykisk ohälsa bland tonåringar 2015* [citerad 16 januari 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/1cdcfe349c5a41ee9b6b606e80eb7a78/medieanvandning-psykisk-ohalsa-tonaringar-15109-webb.pdf>.

192. Statens medieråd. Ungar & medier 2017. [citerad 27 mars 2018]. Hämtad från: <https://statensmedierad.se/download/18.7b0391dc15c38ffbccd9a238/1496243409783/Ungar%20och%20medier%202017.pdf>.
193. OECD. Students, Computers and Learning: Making the Connection. Paris: PISA, OECD Publishing, 2015.
194. Thomée S. ICT use and mental health in young adults. Effects of computer and mobile phone use on stress, sleep disturbances, and symptoms of depression [Doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för medicin; 2012.
195. Best P, Manktelow R, Taylor B. Online communication, social media and adolescent wellbeing: a systematic narrative review. *Child Youth Serv Rev.* 2014;41:27-36.
196. Dobrea A, Păsărelu C-R. Impact of social media on social anxiety: a systematic review. I: Durbano F, Marchesi B, redaktörer. *New developments in anxiety disorders*. London: InTech; 2016.
197. Baker DA, Algorta GP. The relationship between online social networking and depression: a systematic review of quantitative studies. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2016;19(11):638-48.
198. Frith E. Social media and children's mental health: a review of the evidence. Education Policy Institute, 2017. [citerad 2 mars 2018]. Hämtad från: https://epi.org.uk/wp-content/uploads/2017/06/Social-Media_Mental-Health_EPI-Report.pdf.
199. McCrae N, Gettings S, Purssell E. Social media and depressive symptoms in childhood and adolescence: a systematic review. *Adolesc Res Rev.* 2017;2(4):315-30.
200. Castellacci F, Tveito V. Internet use and well-being: a survey and a theoretical framework. *Res Policy.* 2018;47(1):308-25.
201. Brolin Läftman S. Family structure and children's living conditions: a comparative study of 24 countries. *Child Indic Res.* 2009;3(1):127-47.
202. Brolin Läftman S, Östberg V. The pros and cons of social relations: an analysis of adolescent's health complaints. *Soc Sci Med.* 2006;63(3):611-23.
203. Carlerby H. Health and Social Determinants among Boys and Girls in Sweden: Focusing on Parental Background [Doctoral thesis]: Mid Sweden University; 2012.
204. Ottava V, Erhart M, Vollebergh W, Kökönyei G, Morgan A, Gobina I, et al. The role of individual and macro-level social determinants on young adolescents' psychosomatic complaints. *J Early Adolesc.* 2012;32(1):126-58
205. Eriksson U, Sellström E. School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: a multilevel study. *Scand J Public Health.* 2010;38 (4):344–50.
206. Hjern A, Alfvén G, Östberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatr.* 2008;97:112-7.
207. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *J Adolesc.* 2001;24(6):701-13.
208. Folkhälsoinstitutet. Barn och unga 2013: utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Östersund: Folkhälsoinstitutet, 2013.

Bilagor

Bilaga 1 innehåller analyser av Skolbarns hälsovanor och redovisas på nästa sida i rapporten. Bilagorna 2–4 redovisas i separata filer, dubbelklicka på gomet för att läsa respektive bilaga eller se menyn för bifogade filer i din pdf-läsare. Filen är optimerad för Internet Explorer och Acrobat Reader DC.

Bilaga 1. Analyser av Skolbarns hälsovanor

Bilaga 2. Faktorer inom familjen och psykisk ohälsa bland barn och unga. En översikt av översikter.

Bilaga 3. Socioekonomiska förutsättningar och psykisk ohälsa bland barn och unga. En kartläggande litteraturöversikt.

Bilaga 4. Skolprestationer och psykisk ohälsa bland barn och unga. En begränsad kartläggande litteraturöversikt.



Bilaga 1. Analyser av Skolbarns hälsovanor

Inledning

Miljön i hemmet och miljön i skolan är viktiga för hur barn och unga mår. Det finns i dag en lång tradition av forskning på sambandet mellan barns och ungas hemmiljö (familjekonstellation, konflikter inom familjen och familjens ekonomiska situation etc.) och ungdomars psykiska hälsa (201-204). Det finns också forskning om sambandet mellan skolmiljö, stress i skolan och ungdomars psykiska hälsa (205-207).

Med hjälp av data från studien Skolbarns hälsovanor undersöker Folkhälsomyndigheten i detta kapitel om psykosomatiska symtom hos elever i åldrarna 13 och 15 år har något samband med miljön i hemmet och i skolan samt elevers levnadsvanor och kroppsuppfattning. Vi undersöker också hur dessa faktorer har utvecklats över tid och om de kan tänkas ha bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom.

Data

Data kommer från den internationella studien Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) som är en enkätundersökning som genomförs vart fjärde år bland 11-, 13- och 15-åringar.

Syftet med studien är att öka kunskapen om de levnadsvanor och levnadsförhållanden som anses viktiga för barns hälsa, följa utvecklingen över tid samt att jämföra resultaten med andra länder. Studien belyser både psykiska och fysiska aspekter av hälsa samt den sociala miljön som barnen befinner sig i. De senaste resultaten kommer från 2013/14. Ett 40-tal länder i Europa och Nordamerika deltar i undersökningen. Sverige har medverkat sedan 1985/86.

Eftersom undersökningen omfattar 11-, 13- och 15-åringar genomförs undersökningen i årskurserna 5, 7 och 9. Urvalet görs för varje årskurs med en klusterdesign i två steg. Det innebär att först väljs ett antal skolor ut på ett slumpmässigt sätt så att de är representativa för landet. Därefter slumpas en klass på respektive skola.

Den svenska datainsamlingen har haft en hög svarsfrekvens (140), men under de senare undersökningarna har svarsfrekvensen minskat bland de skolor som valts ut. Andelen svarande elever 2013/14 var 65 procent bland 13-åringar och 75 procent bland 15-åringar. Urvalet har successivt utökats för att få minst 1 500 svarande elever i varje årskurs. Genom åren har sammanlagt 37 000 elever i Sverige svarat på enkäten. Tabell 1 visar antalet svarande elever sedan studien startade 1985/86. Samtliga analyser i det här kapitlet har genomförts separat för pojkar och flickor, men 13- och 15-åringar har slagits ihop.

Tabell 1. Antal svarande 13- och 15-åringar i Skolbarns hälsovanor i Sverige, 1985/86–2013/14.

	1985/86	1993/94	1997/98	2001/02	2005/06	2009/10	2013/14
Pojkar	1 098	1 189	1 319	1 228	1 416	2 238	2 518
Flickor	1 081	1 170	1 189	1 199	1 480	2 247	2 566
Totalt	2 179	2 359	2 508	2 427	2 896	4 485	5 084

Anm. Data från 1989/90 är inte med, eftersom svarsalternativen för frågan om psykosomatiska symtom var annorlunda vid den datainsamlingen.

Metod

Analyserna genomfördes med hjälp av logistisk regressionsanalys, och valet av metod var Generalized Linear Model med binomialfördelning och logit-linkfunktion. Först genomfördes logistiska regressionsanalyser med utfallsvariabeln psykosomatiska symtom och en förklarande variabel i taget för respektive år. Dessa analyser resulterade i ojusterade oddskvoter. Därefter genomfördes logistiska regressionsanalyser med utfallsvariabeln psykosomatiska symtom och samtliga förklarande variabler för respektive år. Dessa analyser resulterade i justerade oddskvoter. Samtliga analyser genomfördes separat för flickor och pojkar. De resultat som uppfyllde signifikansnivån 0,05 eller lägre är kommenterade i det följande.

Vad är en oddskvot?

Det vanligaste måttet på samband i en logistisk regressionsmodell är oddskvot. Oddskvoter (OR, eng. odds ratio) används för att skatta samband mellan variabler, om utfallsvariabeln består av två kategorier eller alternativ på svar. En oddskvot är kvoten mellan två odds (oddstal). Ett odds är i sin tur sannolikheten att någonting ska inträffa, delat med sannolikheten att det inte ska inträffa. En oddskvot med värdet 1 innebär ingen skillnad mellan de grupper som jämförs. När en grupp har en oddskvot som är större än 1 har den gruppen en "överrisk", jämfört med en jämförelsegrupp.

För den som vill läsa mer om oddskvoter och hur de tolkas:

"Risk och odds – hur man räknar med händelser" (Läkartidningen nr 8, 2002;
<http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2002/24274.pdf>)

"Oddskvoter berättar" (SCB:s Statistikskola, Välfärdsbulletinen nr 4, 1999;
https://www.scb.se/Grupp/Valfard/ Dokument/A05ST9904_10.pdf).

Variabler

Utfallsvariabeln är **psykosomatiska symtom** som mäts med hjälp av Skolbarns hälsovanors lista på åtta psykosomatiska symtom. Elever som uppgett att de haft minst två av följande symtom: huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen, känt sig yr, känt sig nere, varit irriterad eller på dåligt humör, känt sig nervös eller haft svårt att somna, mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, har psykosomatiska symtom.

När det gäller **miljön i hemmet** innehåller Skolbarns hälsovanor frågor om bl.a. elevernas familjestruktur, elevernas relation till sina föräldrar och familjens

ekonomiska situation. Enkäten innehåller fyra frågor om elevernas familjestruktur. Utifrån svaren delas eleverna in i dem som bor (1) med båda föräldrarna, (2) växelvis, (3) mestadels med ena föräldern, (4) alltid med ena föräldern och (5) utan föräldrar. Elevernas relation till sina föräldrar mäts med en fråga om hur lätt de har för att prata med föräldrarna om saker som bekymrar dem. Utifrån svaren har eleverna delats in i tre kategorier: de som har (1) svårt att tala med båda föräldrarna, (2) svårt att tala med en förälder och (3) lätt att tala med båda föräldrarna. För att mäta familjens ekonomiska villkor får eleverna ange hur pass bra ställt de anser att familjen har det ekonomiskt. Eleverna delas sedan in i familjer som har det (1) inte alls bra eller inte särskilt bra, (2) genomsnittligt och (3) bra eller mycket bra ställt ekonomiskt.

När det gäller **miljön i skolan** får eleverna svara på frågor om stress, prestationer, elevrelationer och mobbning. Eleverna får ange hur pass stressade de känner sig av sitt skolarbete. Utifrån svaren delas eleverna in (1) *ganska* eller *mycket stressade* och (2) *inte alls* eller *lite grann* stressade. Eleverna får även svara på hur duktiga de tror att läraren tycker att de är i skolan jämfört med sina klasskamrater. Till den ena gruppen hör de som svarar (1) *medelbra* eller *under genomsnittet* och den andra gruppen svarar (2) *duktiga* eller *mycket duktiga*. Eleverna får dessutom ta ställning till tre påståenden om eleverna i sin klass: "Eleverna i min klass trivs tillsammans", "De flesta i min klass är snälla och hjälpsamma" och "De andra eleverna accepterar mig som jag är". Svartalternativen sträcker sig från *instämmer absolut* till *instämmer inte alls*. Svaren kodas om (4–0 poäng) och vägs samman så att de som har 10–12 poäng anses ha (1) gott kamratstöd och de som har 0–9 poäng anses (2) sakna gott kamratstöd. En annan fråga lyder "Hur ofta har du blivit mobbad i skolan under de senaste månaderna?", och utifrån svaren delas eleverna in i tre grupper: (1) *jag har inte blivit mobbad i skolan de senaste månaderna*, (2) *det har hänt 1 eller 2 gånger under de senaste månaderna* och (3) *2–3 gånger i månaden, ungefär 1 gång i veckan eller flera gånger i veckan*.

Skolbarns hälsovanor omfattar även **skärmtid och kroppsuppfattning**. En fråga lyder "Hur många timmar per dag tillbringar du framför TV: n, video (inklusive YouTube eller liknande tjänster), DVD och annan underhållning på skärm?", och eleverna delas in i dem som svarar (1) ca 2 timmar eller mer och (2) ca 1 timme eller mindre. Eleverna får även svara på en fråga om kroppsuppfattning: "Tycker du att du är ...?" med svartalternativ från *alldeles för mager* till *alldeles för tjock*. Utifrån svaren delas eleverna in i tre grupper: (1) *för mager* eller *alldeles för mager*, (2) *lite för tjock* eller *alldeles för tjock* och (3) *lagom*. Utifrån frågan "Försöker du gå ner i vikt just nu?" har eleverna delats in i två grupper: (1) *nej jag väger lagom mycket, nej men jag behöver gå ner i vikt* och *nej för jag behöver gå upp i vikt* och (2) *ja*.

Resultat

Förändringar av miljön i hemmet, miljön i skolan samt skärmtid och kroppsuppfattning över tid

I tabell 2 och 3 visas hur variablerna har förändrats över tid för pojkar respektive flickor. I detta avsnitt kommenteras endast de skillnader mellan könen samt de förändringar över tid som är statistiskt säkerställda (signifikansnivå 0,05 eller lägre).

För **miljön i hemmet** har förändringar över tid skett av faktorer som rör familjestruktur och familjens ekonomi, men däremot inte av de faktorer som rör barnens relation till föräldrarna. Majoriteten av pojkarna och flickorna uppger att de bor med båda sina föräldrar. Andelen har varit något större bland pojkar än bland flickor i de senaste två mätningarna, och flickor bor i högre grad mestadels med en förälder. Andelen pojkar och flickor som bor med båda sina föräldrar har minskat med några procentenheter under de senaste två mätningarna, samtidigt som en större andel uppger att de bor växelvis. Frågorna om familjestruktur har dock endast varit med sedan 2005/06.

De flesta pojkar uppger att de har lätt att tala med båda sina föräldrar om saker som bekymrar dem. Andelen är lägre bland flickor. I gengäld är det en större andel flickor som uppger att de har svårt för att tala med en förälder om bekymmer. Under 1990-talet minskade andelen pojkar och flickor som uppgav att de hade lätt för att tala med båda sina föräldrar, för att öka under 2000-talet.

Andelen elever som uppger att familjen inte har det så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt har minskat från 14 procent 1993/94 till 4 procent 2013/14.

När det gäller **miljön i skolan** är det främst uppfattningen om de egna skolprestationerna som har förändrats över tid. Andelen pojkar och flickor som tror att läraren tycker att de presterar medelbra eller under genomsnittet har successivt minskat sedan 1985/86, även om en tydlig ökning ses i den senaste mätningen. Det är ingen skillnad mellan hur pojkar och flickor uppfattar sin skolprestation.

Frågan om upplevd skolstress började ställas 1997/98 och sedan dess har en större andel flickor än pojkar uppgett att de känner sig ganska eller mycket stressade av skolarbetet. Andelen för båda könen har varierat över tid. Andelen som upplever ett gott kamratstöd har varit ungefär densamma bland pojkar och flickor. Över tid har andelen varierat, men ökat något bland pojkar. När det gäller mobbning finns inga skillnader mellan flickor eller pojkar. Andelen pojkar som uppger att de blivit mobbade har minskat över tid. De sociala relationerna i skolan tycks alltså ha förbättrats något för pojkar.

När det gäller **skärmtid** har det varit ungefär lika vanligt bland pojkar och flickor att tillbringa två timmar eller mer framför tv, video (inklusive YouTube eller liknande tjänster), DVD och annan underhållning på skärm dagligen. Skärmtiden

minskade något både bland pojkar och flickor under 00-talets mitt, men har därefter ökat och är lika omfattande som vid första mätningen 2001/02.

Kroppsuppfattning har undersökts sedan 1993/94 och ända sedan dess har pojkar i större utsträckning än flickor ansett att de är för magra eller lagom. Flickor har i större utsträckning ansett att de är för tjocka. Det är vanligare att flickor uppger att de försöker gå ner i vikt jämfört med pojkar. Över tid har pojkars och flickors syn på sin kropp inte förändrats. Däremot har andelen som försöker gå ner i vikt ökat både bland pojkar och bland flickor.

Tabell 2. Översikt av variabler till regressionsanalyserna, pojkar, 1985/86–2013/14.

	1985/86	1989/90	1993/94	1997/98	2001/02	2005/06	2009/10	2013/14
Psykosomatiska besvär	160		257	298	318	357	469	671
	14,8%		22,2%	23,0%	26,9%	25,8%	22,7%	28,9%
Familjestruktur								
Bor utan föräldrar						34	28	59
						2,4%	1,3%	2,5%
Bor alltid med en förälder						128	194	273
						9,1%	8,8%	11,3%
Bor mestadels med en förälder						125	188	203
						8,9%	8,5%	8,4%
Bor växelvis						59	81	180
						4,2%	3,7%	7,5%
Bor med båda föräldrarna						1065	1725	1691
						75,5%	77,8%	70,3%
Relation till föräldrarna								
Svårt att tala med båda	80	168	124	210	112	187	276	273
	7,4%	14,9%	10,9%	16,4%	9,4%	13,6%	12,7%	11,6%
Svårt att tala med en	137	226	243	256	282	248	351	346
	12,7%	20,1%	21,3%	20,0%	23,7%	18,0%	16,1%	14,7%
Lätt att tala med båda	858	732	772	815	795	942	1553	1734
	79,8%	65,0%	67,8%	63,6%	66,9%	68,4%	71,2%	73,7%
Familjens ekonomi								
Inte så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt			152	123	83	67	95	99
			13,2%	9,4%	6,9%	4,8%	4,4%	4,1%
Genomsnittligt ställt ekonomiskt			372	342	249	225	362	404
			32,2%	26,2%	20,6%	16,0%	16,9%	16,5%
Bra eller mycket bra ställt ekonomiskt			630	840	876	1110	1685	1939
			54,6%	64,4%	72,5%	79,2%	78,7%	79,4%
Miljön i skolan								
Ganska eller mycket stressad				304	412	459	481	710
				23,2%	34,1%	32,8%	22,0%	28,5%
Presterar under genomsnittet eller medelbra	644	740	653	544	447	510	832	1143
	59,0%	63,8%	55,3%	41,4%	36,7%	36,4%	38,6%	46,4%
Gott kamratstöd			396	553	410	525	968	1158
			33,6%	42,3%	34,1%	37,8%	45,1%	47,5%
Mobbad 2-3 ggr per månad					65	68	77	88
					5,4%	4,8%	3,5%	3,6%
Mobbad 1-2 ggr de senaste månaderna					126	156	175	149
					10,6%	11,1%	8,0%	6,0%

Inte mobbad			1003	1181	1936	2231
			84,0%	84,1%	88,5%	90,4%
Levnadsvanor och kroppsutfattning						
Minst 2 h per dag			860	890	1386	1601
			70,5%	63,9%	64,3%	68,0%
För mager	235	257	254	247	359	496
	20,5%	19,9%	20,9%	17,6%	16,5%	20,1%
För tjock	269	340	230	324	527	548
	23,4%	26,3%	18,9%	23,0%	24,2%	22,3%
Lagom	644	696	734	836	1289	1418
	56,1%	53,8%	60,3%	59,4%	59,3%	57,6%
Försöker gå ner i vikt	19	25	68	81	132	219
	1,6%	1,9%	5,6%	5,7%	6,0%	8,8%

Tabell 3. Översikt av variabler till regressionsanalyserna, flickor, 1985/86–2013/14.

	1985/86	1989/90	1993/94	1997/98	2001/02	2005/06	2009/10	2013/14
Psykosomatiska besvär	283		426	471	570	632	894	1253
	26,3%		36,7%	40,0%	48,0%	43,3%	42,9%	52,2%
Familjestruktur								
Bor utan föräldrar						12	15	27
						,8%	,7%	1,1%
Bor alltid med en förälder						128	212	263
						8,7%	9,5%	10,5%
Bor mestadels med en förälder						218	271	314
						14,7%	12,2%	12,6%
Bor växelvis						59	129	236
						4,0%	5,8%	9,4%
Bor med båda föräldrarna						1061	1597	1660
						71,8%	71,8%	66,4%
Relation till föräldrarna								
Svårt att tala med båda	91	180	144	193	165	231	394	365
	8,7%	16,9%	12,7%	16,7%	14,3%	16,1%	17,9%	14,8%
Svårt att tala med en	285	398	411	414	431	499	658	623
	27,2%	37,3%	36,3%	35,7%	37,4%	34,8%	29,9%	25,3%
Lätt att tala med båda	673	490	578	552	557	704	1145	1470
	64,2%	45,9%	51,0%	47,6%	48,3%	49,1%	52,1%	59,8%
Familjens ekonomi								
Inte så bra eller inte alls ställt ekonomiskt			160	145	103	90	145	120
			14,0%	12,4%	8,7%	6,1%	6,7%	4,8%
Genomsnittligt ställt ekonomiskt			376	325	274	251	391	513
			33,0%	27,7%	23,1%	17,1%	18,0%	20,3%
Bra eller mycket bra ställt ekonomiskt			605	704	811	1129	1631	1889
			53,0%	60,0%	68,3%	76,8%	75,3%	74,9%
Miljön i skolan								
Ganska eller mycket stressad				350	584	693	778	1252
				29,6%	49,2%	47,0%	35,2%	49,2%
Presterar under genomsnittet eller medelbra	696	742	645	493	453	509	820	1150
	65,3%	67,2%	55,8%	41,8%	38,2%	34,6%	37,2%	45,3%
Gott kamratstöd			435	475	363	588	958	1012
			37,4%	40,4%	30,8%	40,3%	43,7%	40,4%
Mobbad 2-3 ggr per månad					54	46	90	111

			4,6%	3,1%	4,1%	4,4%
Mobbad 1-2 ggr de senaste månaderna			117	140	165	209
			9,9%	9,5%	7,5%	8,2%
Inte mobbad			1007	1286	1959	2224
			85,5%	87,4%	88,5%	87,4%
Levnadsvanor och kroppsuppfattning						
Minst 2 h per dag			804	913	1410	1677
			67,9%	62,1%	63,9%	67,5%
För mager	125	143	120	149	178	233
	10,9%	12,2%	10,1%	10,1%	8,1%	9,3%
För tjock	536	588	464	615	969	1102
	46,6%	50,1%	38,9%	41,7%	44,1%	44,0%
Lagom	488	442	609	710	1051	1171
	42,5%	37,7%	51,0%	48,2%	47,8%	46,7%
Försöker gå ner i vikt	62	84	177	193	296	461
	5,3%	7,1%	15,0%	13,2%	13,4%	18,2%

Samband mellan psykosomatiska symtom och miljön i hemmet, miljön i skolan, skärmtid samt kroppsuppfattning

I tabell 4 och 5 visas resultaten av de logistiska regressionsanalyserna. Eftersom Skolbarns hälsovanor består av tvärsnittsdata går det inte att uttala sig om kausaliteten, dvs. sambandens riktning. Det går däremot att se om det finns ett samband eller inte, och hur starkt det i så fall är. I detta avsnitt kommenteras endast de resultat som är statistiskt säkerställda (signifikansnivå 0,05 eller lägre).

Analysen av faktorer som rör **miljön i hemmet** visar att det finns ett starkt samband mellan elevernas relation till sina föräldrar och psykosomatiska symtom, däremot inte mellan familjestruktur och psykosomatiska symtom. Psykosomatiska symtom förekommer i större utsträckning bland pojkar och flickor som uppger att de har svårt att tala med båda sina föräldrar, eller med en förälder, om saker som bekymrar dem, jämfört med de elever som uppger att de har lätt för att tala med båda sina föräldrar. Det finns också ett samband mellan familjens ekonomi och psykosomatiska symtom bland eleverna. De som uppger att familjen inte har det så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt rapporterar oftare psykosomatiska symtom, jämfört med elever som uppger att familjen har det bra eller mycket bra ställt ekonomiskt.

När det gäller faktorer som rör **miljön i skolan** visar analyserna på ett starkt samband mellan att känna sig stressad av skolarbetet och psykosomatiska symtom. Det finns också ett starkt samband mellan att vara mobbad och psykosomatiska symtom. Resultaten visar även på att elevernas uppfattning om hur de presterar i skolan och de sociala relationerna i skolan också har betydelse för hur de mår. Tron att läraren tycker att man är medelbra eller under genomsnittet i skolan är förenat med psykosomatiska symtom. Psykosomatiska symtom förekommer dock i mindre utsträckning bland elever som upplever gott kamratstöd, dvs. de som anser att eleverna i klassen trivs tillsammans, att de flesta i klassen är snälla och hjälpsamma och att de andra eleverna accepterar en som man är.

Analysen visar även att **skärmtid** har ett samband med elevernas psykiska hälsa. Psykosomatiska symtom är mer utbredda bland elever som uppger att de tillbringar två timmar eller mer framför tv, video (inklusive YouTube eller liknande tjänster), DVD och annan underhållning på skärm dagligen.

Kroppsuppfattning och psykosomatiska symtom är nära förknippade. Analysen visar att det finns ett samband mellan att anse att man är lite eller alldeles för tjock och psykosomatiska symtom, bland både flickor och pojkar. Psykosomatiska symtom förekommer också i högre grad bland de flickor som uppger att de försöker gå ner i vikt. Dessutom finns ett samband mellan psykosomatiska symtom och åsikten att man är lite eller alldeles för mager.

Tabell 4. Justerade oddskvoter²³ för att ha minst två psykosomatiska symtom bland pojkar, 1985/86–2013/14 (ojusterade oddskvoter inom parentes).

Pojkar	1985/86	1993/94	1997/98	2001/02	2005/06	2009/10	2013/14
Familjestruktur							
Bor utan föräldrar					(2,74***)	(2,68***)	(1,98**)
					1,68	1,95	3,97***
Bor alltid med en förälder					(1,12)	(1,40*)	(2,05***)
					0,61*	0,88	1,29
Bor mestadels med en förälder					(1,61**)	(2,02***)	(1,68***)
					1,29	1,96***	0,88
Bor växelvis					(1,00)	(1,48)	(0,95)
					1,00	1,05	0,85
Bor med båda föräldrarna					(1,00)	(1,00)	(1,00)
					1,00	1,00	1,00
Relation till föräldrarna							
Svårt att tala med båda föräldrar	(1,90**)	(1,92***)	(2,76***)	(3,48***)	(3,34***)	(4,47***)	(3,89***)
	1,93**	1,70**	1,94***	2,28***	2,16***	3,00***	2,64***
Svårt att tala med en förälder	(1,47)	(1,84***)	(2,15***)	(2,40***)	(2,26***)	(2,58***)	(2,73***)
	1,48	1,64***	1,61***	1,82***	1,96***	1,70***	2,07***
Lätt att tala med båda	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Familjens ekonomi							
Inte så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt		(2,00***)	(2,23***)	(4,17***)	(2,80***)	(3,67***)	(4,07***)
		1,50*	1,60**	2,00**	1,15	1,46	2,43***
Genomsnittligt ställt ekonomiskt		(1,17)	(1,42**)	(1,93***)	(1,17)	(1,58***)	(1,68***)
		1,11	1,11	1,53**	0,77	1,24	1,23
Bra eller mycket bra ställt ekonomiskt		(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Miljön i skolan							
Ganska eller mycket stressad			(3,22***)	(2,57***)	(3,68***)	(3,37***)	(3,44***)
			2,41***	1,59***	2,92***	2,31***	2,68***
Presterar under genomsnittet eller medelbra	(1,06)	(1,56***)	(1,48***)	(1,75***)	(2,43***)	(2,57***)	(1,81***)
	0,98	1,36*	1,27	1,36**	1,73***	1,87***	1,30**
Gott kamratstöd		(0,61***)	(0,60***)	(0,49***)	(0,52***)	(0,42***)	(0,54***)

²³ Se Metod ovan.

	0,70**	0,71**	0,63***	0,75*	0,61***	0,81*
Mobbad minst 2-3 ggr per månad			(5,40***)	(4,75***)	(5,21***)	(3,54***)
			3,24***	3,20***	2,88***	1,91**
Mobbad 1-2 ggr de senaste månaderna			(2,26***)	(1,70***)	(2,32***)	(2,90***)
			1,80***	1,45*	1,79***	2,57***
Inte mobbad			(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
			1,00	1,00	1,00	1,00
Levnadsvanor och kroppsutfattning						
Minst 2 h tv per dag			(1,32*)	(1,46***)	(1,11)	(1,34***)
			1,20	1,47**	1,18	1,28**
För mager	(0,93)	(1,74***)	(1,38***)	(1,90***)	(1,44**)	(2,07***)
	0,75	1,40*	1,18	1,55**	1,12	1,61***
För tjock	(1,59***)	(1,88***)	(2,13***)	(1,90***)	(2,58***)	(2,33***)
	1,34	1,34*	1,28	1,37*	1,85***	1,56***
Lagom	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Försöker gå ner i vikt	(1,36)	(4,40***)	(2,92***)	(2,02***)	(1,97***)	(1,94***)
	1,32	3,26***	2,08**	1,42	1,45	1,37

*Signifikansnivå < 0,10 **Signifikansnivå < 0,05 ***Signifikansnivå < 0,01.

Tabell 5. Justerade oddskvoter för att ha minst två psykosomatiska symtom bland flickor, 1985/86–2013/14 (ojusterade oddskvoter inom parentes).

Flickor	1985/86	1993/94	1997/98	2001/02	2005/06	2009/10	2013/14
Familjestruktur							
Bor utan föräldrar					(2,99*)	(5,59**)	(1,97)
					1,67	-	1,21
Bor alltid med en förälder					(1,47**)	(1,81***)	(1,37**)
					1,19	1,17	0,64**
Bor mestadels med en förälder					(1,55***)	(1,87***)	(1,68***)
					1,05	1,39**	1,05
Bor växelvis					(1,65*)	(1,76***)	(1,49***)
					1,72*	1,44*	1,11
Bor med båda föräldrarna					(1,00)	(1,00)	(1,00)
					1,00	1,00	1,00
Relation till föräldrarna							
Svårt att tala med båda föräldrar	4,14***	2,93***	2,72***	3,67***	5,01***	5,02***	4,38***
	3,96***	1,96***	1,74***	2,25***	3,05***	2,75***	2,87***
Svårt att tala med en förälder	2,07***	2,06***	1,50***	2,32***	2,16***	2,30***	2,81***
	1,98***	1,82***	1,1	1,98***	1,64***	1,66***	2,05***
Lätt att tala med båda	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Familjens ekonomi							
Inte så bra eller inte alls bra ställt ekonomiskt		(2,91***)	(2,41***)	(2,46***)	(4,32***)	(4,40***)	(3,64***)
		2,40***	1,67**	1,53*	2,22***	2,40***	2,29***
Genomsnittligt ställt ekonomiskt		(1,22)	(1,22)	(1,76***)	(1,62***)	(1,88***)	(1,96***)
		0,99	1,07	1,27	1,07	1,26*	1,30**
Bra eller mycket bra ställt ekonomiskt		(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Miljön i skolan							
Ganska eller mycket stressad			(2,84***)	(2,33***)	(3,76***)	(2,98***)	(3,77***)
			2,52***	1,77***	2,79***	2,25***	2,80***

Presterar under genomsnittet eller medelbra	(1,55***)	(1,93***)	(1,71***)	(1,47***)	(1,97***)	(1,94***)	(1,90***)
	1,48**	1,64***	1,42***	1,1	1,31**	1,43***	1,38***
Gott kamratstöd	(0,50***)	(0,47***)	(0,58***)	(0,61***)	(0,55***)	(0,48***)	
	0,59***	0,55***	0,8	0,76**	0,83*	0,76***	
Mobbad minst 2-3 ggr per månad			(4,09***)	(3,62***)	(5,09***)	(5,11***)	
			2,46**	2,06*	3,66***	3,33***	
Mobbad 1-2 ggr de senaste månaderna			(1,44*)	(2,19***)	(2,87***)	(2,82***)	
			1,15	1,77***	2,22***	2,40***	
Inte mobbad			(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	
			1,00	1,00	1,00	1,00	
Levnadsvanor och kroppsuppfattning							
Minst 2 h tv per dag			(1,45***)	(0,99)	(1,11)	(1,59***)	
			1,41**	0,97	1,24*	1,39***	
För mager	(1,28)	(1,57**)	(1,86***)	(1,91***)	(1,61***)	(1,87***)	
	1,41	1,28	1,67**	1,49*	1,34	1,38*	
För tjock	(2,33***)	(1,63***)	(1,93***)	(3,52***)	(2,35***)	(3,13***)	
	2,01***	1,19	1,35**	2,30***	1,47***	1,82***	
Lagom	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Försöker gå ner i vikt	(3,27***)	(3,20***)	(2,19***)	(3,03***)	(3,08***)	(2,06***)	
	2,18**	2,48***	1,71***	1,66***	2,09***	1,13	

*Signifikansnivå < 0,10 **Signifikansnivå < 0,05 ***Signifikansnivå < 0,01.

Sammanfattande kommentarer

Sammantaget visar analyserna endast små förändringar när det gäller faktorer som rör miljön i hemmet. De förändringar som har skett, däribland att allt fler elever bor växelvis eller med en förälder, har inget tydligt samband med förekomsten av psykosomatiska symtom. Att ha svårt för att tala med en eller båda sina föräldrar om bekymmer är associerat med psykosomatiska symtom, men andelen elever som uppger detta har inte ökat, sett till hela perioden. Resultaten visar därmed inte på att förändrade barn-föräldrelationer skulle kunna ha bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom.

Att analysen inte visar på något samband mellan familjestruktur och psykosomatiska symtom, när vi tar hänsyn till familjerelationer och familjens ekonomi, kan bero på att dessa tre faktorer sannolikt är starkt korrelerade. Det är troligt att familjens ekonomiska villkor hänger samman med familjestrukturen; exempelvis är det vanligare att ensamstående föräldrar har låg inkomst (208). Det innebär att familjestruktur kan vara en faktor som påverkar familjens ekonomiska villkor och därmed förekomsten av psykosomatiska symtom. Det är också troligt att familjestrukturen är korrelerad med familjerelationerna. Det kan exempelvis vara svårare att upprätthålla en nära relation till den förälder man inte bor regelbundet tillsammans med eller träffar regelbundet. Familjerelationerna skulle därmed kunna vara den mekanism som förklarar varför elever i vissa familjestrukturer har högre förekomst av psykosomatiska symtom.

Psykosomatiska symtom är även vanligare bland elever som uppger att familjen inte har det så bra ekonomiskt ställt, jämfört med dem som uppger att de har det

bra ställt. Andelen elever som uppger att familjen inte har det så bra ställt ekonomiskt har minskat sedan 1990-talets början.

Resultaten visar på ett samband mellan flera faktorer inom skolan, däribland skolstress, och psykosomatiska symtom bland eleverna. Andelen 13- och 15-åringar som uppger att de är ganska eller mycket stressade av skolarbetet har varierat över tid. I den senaste mätningen uppgick andelen ganska eller mycket stressade till 49 procent bland flickorna och 29 procent bland pojkarna. Tidigare analyser av Skolbarns hälsovanor visar att bland de elever som uppger att de är stressade av skolarbetet har andelen med psykosomatiska symtom varit i stort sett oförändrad 1997/98–2009/10, men med en ökning från cirka 60 till 70 procent bland flickorna och från cirka 40 till 50 procent bland pojkarna vid den senaste mätningen (131). I gruppen som uppger att de inte är stressade över skolarbetet har andelen med psykosomatiska symtom varit lägre och mer oförändrad sett över hela perioden, cirka 35 procent bland flickorna och cirka 20 procent bland pojkarna. Den utbredda skolstressen kan ses som en indikation på att det finns brister i skolans funktion.

Psykosomatiska symtom är också vanligare bland elever som tror att läraren tycker att de presterar medelbra eller under genomsnittet. Andelen med en negativ syn på sin skolprestation har dock successivt minskat, även om en ökning ses i den senaste mätningen. Tidigare analyser av Skolbarns hälsovanor visar att bland flickor som tror att läraren tycker att de presterar medelbra eller under genomsnittet uppger 61 procent att de har psykosomatiska symtom (131). Det kan jämföras med 45 procent bland dem som tror att läraren tycker att de är duktiga i skolan jämfört med sina klasskamrater. Bland pojkarna är motsvarande andelar 35 jämfört med 23 procent.

Analysen visar också på ett samband mellan mobbning samt att sakna ett gott kamratstöd och psykosomatiska symtom. Under 2001–2014 har det inte skett några stora förändringar i andelen flickor i 13- och 15-årsåldern som uppger att de blivit mobbade minst 2–3 gånger i månaden under de senaste månaderna. Vid den senaste mätningen var andelen drygt 4 procent. Andelen pojkar i samma åldrar som uppger att de blivit mobbade sjönk något 2001–2014, från drygt 5 till knappt 4 procent. Andelen elever som uppger att de har ett gott kamratstöd har fluktuerat, men sett över hela perioden har det inte skett några stora förändringar bland flickorna och en ökning i andelen pojkar med ett gott kamratstöd.

Att anse att man är lite eller alldeles för tjock, eller att man är lite eller alldeles för mager, har ett samband med psykosomatiska symtom bland både flickor och pojkar. Det är vanligare att flickor uppger att de försöker gå ner i vikt jämfört med pojkar. Över tid har pojkars och flickors syn på sin kropp inte förändrats. Däremot har andelen som försöker gå ner i vikt ökat både bland pojkar och bland flickor.

De flesta undersökta faktorer är vanligare bland flickor än bland pojkar, såsom svårigheter att tala med sina föräldrar om bekymmer, upplevd skolstress, uppfattningen att man är för tjock och försök att gå ner i vikt. Detta är väntat eftersom psykosomatiska symtom förekommer dubbelt så ofta bland flickor som bland pojkar.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för studien Skolbarns hälsovanor som är en internationell undersökning om barns och ungas hälsa, hälsovanor och sociala relationer. Enligt studien har det blivit vanligare att 13- och 15-åriga pojkar och flickor rapporterar psykisk ohälsa i form av återkommande psykosomatiska symtom. I denna rapport undersöker vi vad den utvecklingen skulle kunna bero på.

Vår förhoppning är att rapporten ska ge beslutsfattare underlag för att rikta uppmärksamhet och resurser åt de verksamheter som har betydelse för barns och ungas psykiska hälsa. Även andra yrkesgrupper som arbetar med barn och unga kan ha intresse av rapporten.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot.

Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

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

www.folkhalsomyndigheten.se