

Ungas psykiska hälsa i Sverige – komplexa trender och stora kunskapsluckor

Curt Hagquist

Professor i folkhälsovetenskap och föreståndare för Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet, Universitetsgatan 2, 651 88 Karlstad.
Epost: curt.hagquist@kau.se.

De resultat som redovisas ligger i linje med tidigare studier som visar att den självskattade psykiska ohälsan i ett längre tidsperspektiv har ökat bland ungdomar i 15-årsåldern och uppåt, framför allt bland flickor. Flera olika studier indikerar att den tidigare ökningskurvan planat ut och vänt nedåt. I Ung i Värmland undersökningen i årskurs 9 framkommer delvis skilda trender för pojkar och flickor. Även elevernas studieinriktning differentierar tidstrenden. Betydande förändringar över tid påvisas för flickor med icke teoretisk studieinriktning. För yngre ungdomsgrupper är kunskapsluckorna stora ifråga om förändringar av psykisk hälsa. Tidigare studier visar inget enhetligt trendmönster för barn i 11-årsåldern och för barn under tio år saknas trenddata helt.

The results in the article are in line with previous studies demonstrating that self-reported mental ill-health has, in a long-term perspective, increased among adolescents in Sweden from age 15 and up, especially among girls. Different studies indicate that the previous upgoing trend has levelled out and turned downwards. Partially separate trends for boys and girls emerge from the Young in Värmland study in grade 9. The academic orientation differentiates the time trend too. Major changes have taken place for girls with a non-theoretical academic orientation. The knowledge gaps are significant for younger adolescents in terms of trends in mental health. Previous studies show no uniform trend pattern for children aged 11, and for children under 10 there are no trend data at all.

Introduktion

Sedan 1990-talets ekonomiska kris har det funnits en offentlig bild av att allt fler unga i Sverige mår allt sämre psykiskt, en bild som förmedlats i såväl media som av statliga myndigheter (Beckman & Hagquist 2010). I den generella bilden av hur ungas psykiska

hälsa förändrats över tid har nyanse-
ringar ofta saknats – barn och ungdomar beskrivs som om de vore homogena grupper. Inte endast beskrivningar av socioekonomiska skillnader i trender saknas, även skillnader i trender mellan olika åldergrupper är sparsamt belysta.

Den entydiga bilden av ungas försämrade psykiska hälsa saknar empiriskt stöd. Vid en State of the Science konferens 2010 anordnad av Kungl. Vetenskapsakademien ställdes frågan ”Hur har barns och ungdomars psykiska hälsa förändrats över tid i Sverige?”

Utifrån en systematisk litteraturoversikt, expertföreläsningar och synpunkter från åhörarna, uttalade en oberoende konferenspanel som sin uppfattning

- att det skett en ökning av självrapporterad psykisk ohälsa hos ungdomar från mitten av 1980-talet till mitten av 2000-talet,
- att det även finns mer objektiva tecken på att vissa former av psykisk ohälsa ökar, till exempel vårdas allt fler unga flickor på sjukhus efter självmordsförsök,
- att det inte går att uttala sig om hur den psykiska hälsan förändrats bland barn i åldern 0-10 år, på grund av för lite vetenskapligt grundad kunskap (Kungl. Vetenskapsakademien [KVA] 2010).

Att det finns många vita fläckar på den svenska epidemiologiska kartan över ungas psykiska hälsa är ingen nyvunnen insikt i forskarvärlden. Den statliga barnpsykiatrikommittén föreslog redan i slutet av 1990-talet en bättre epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa (SOU 1997:8, 1998:31). Detta resulterade i regeringsuppdrag och förslag om nationella och återkommande mätningar (Hagquist 1997, 2005), förslag som låg till grund för en nationell totalundersökning 2009 i årskurserna 6 och 9 (Statens folkhälsoinstitut [FHI] 2011). Om och när denna totalundersökning

kommer att återupprepas är en öppen fråga. I praktiken är den epidemiologiska bevakningen även fortsättningsvis hänvisad till ett fåtal pågående studier med begränsad räckvidd inom området.

I en tidigare artikel har trender i ungas psykiska hälsa analyserats med data från bland annat WHO-studien Skolbarns hälsovanor (Hagquist 2011). I denna artikel redovisas nya analyser från den regionala Ung i Värmland undersökningen samt uppdateringar av självmordsdata och av resultat från Statistiska Centralbyråns levnadsnivåundersökningar.

Syftet med denna artikel är att redovisa trender i ungas psykiska hälsa i Sverige under de senaste decennierna baserat på aktuella regionala och nationella data.

Metod

Material

Som underlag för studien har använts data från den regionala studien Ung i Värmland, Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) samt data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Ung i Värmland

Ung i Värmland är en totalundersökning om niondeklassares (15-16 åringar) sociala och hälsomässiga förhållanden, i skolan och på fritiden. Dattainsamlingen sker under vårterminen med ett frågeformulär som delas ut i klassrummet och besvaras anonymt. Deltagandet är frivilligt. Dattainsamlingar har genomförts 1988, 1991,

1995, 1998, 2002, 2005, 2008 och 2011. Varje år har 2400-3200 niondeklassare deltagit från länets 16 kommuner (1995 deltog 14 kommuner). Totalt har mer än 23 000 niondeklassare deltagit. Deltagandet har varit högt alla år, som lägst 83 procent. Ung i Värmland genomförs av Karlstads universitet, i samarbete med kommunerna i Värmland (Hagquist 2012).

Undersökning om levnadsförhållanden (ULF)

SCB genomför sedan 1975 ULF-undersökningen på uppdrag av Riksdagen. Undersökningen görs varje år i ett slumpmässigt befolkningsurval bestående av personer som är 16 år och äldre. I ULF-undersökningarna ingår olika ämnesområden, bl a hälsa. Från 2007 görs datainsamlingen huvudsakligen med datorstödda telefonintervjuer. Tidigare gjordes datainsamlingen huvudsakligen med besöksintervjuer med pappersblankett. ULF är sedan 2008 integrerad med undersökningen EU-SILC, EU Statistics on Income and Living Conditions. 1988 intervjuades 6 231 personer vilket utgjorde 79,7 % av nettourvalet. 2012 intervjuades 6 849 personer vilket utgjorde 57,9 % av nettourvalet. Inom bortfallsgruppen är det framförallt ”ej anträffade” som ökat, men även gruppen ”vägrare” har ökat.

Till grund för trendanalysen ligger aggregerade ULF-data som hämtats från SCB:s webbplats www.scb.se

Socialstyrelsens dödsorsaksregister

Data om självmord för perioden 1987–2012 har erhållits från Socialstyrelsen

och hämtats från dödsorsaksregistret. Självmordstalen utgörs av ”säkra” självmord [1987-1996 ICD-9: E950-E959; 1997–2010 ICD-10: X60-X84] och ”osäkra” självmord [1987–1996 ICD-9: E980-E989; 1997–2010 ICD-10: Y10-Y34.]

Statistiken är fördelad efter undersökningsår, kön och åldersgrupp (16-19 år respektive 20-24 år).

Instrument

Ung i Värmland

För att mäta psykosomatisk hälsa användes The Psychosomatic Problems (PSP) scale (Hagquist 2008), som baseras på svaren på åtta enskilda frågor: ”Har Du under det här läsåret” ”... känt att du haft svårt att koncentrera dig?”, ”... känt att du haft svårt att sova?”, ”... besvärats av huvudvärk?”, ”... besvärats av magont?”, ”... känt dig spänd?”, ”... haft dålig aptit?”, ”... känt dig ledsen?”, ”...känt dig yr i huvudet?”.

Samtliga delfrågor hade fem svarsalternativ ”Aldrig”; ”Sällan”; ”Ibland”; ”Ofta” och ”Alltid”.

Undersökning om levnadsförhållanden

(ULF)

I ULF-undersökningarna ställs frågan ”Har du ångslan, oro eller ångest?” (Om Ja:) ”Är det svåra eller lätta besvär?”. Denna fråga ändrades inte vid övergången till telefonintervjuer 2007. En metodstudie som SCB gjort antyder dock att skattningen av besvär på denna fråga kan ligga något högre efter övergången till telefonintervjuer varför ett tidsseriebrott inte kan uteslutas

(Statistiska centralbyrån [SCB] 2010).

Analys

Ung i Värmland

Tidigare gjorda Rasch-analyser av PSP-skalan visar att den har goda psykometriska egenskaper (Hagquist 2008). De åtta frågorna fungerar invariant över tid. Fyra av frågorna som inte fungerade likvärdigt för båda könen ("Differential Item Functioning") tudelades i ett separat item för vardera könet, t ex Ledsen pojkar (ej svar flickor) respektive Ledsen flickor (ej svar pojkar). Vid Rasch analysen har totalscoren (summan av svaren på alla items) transformerats icke linjärt till en linjär logit-skala (PSP-skalan).

Låga värden på PSP-skalan innebär lägre grad av psykosomatiska besvär och höga värden innebär högre grad av psykosomatiska besvär. I trendanalysen redovisas för varje undersökningsår a) andelen elever på eller över cut-off-värdet för den 90:e percentilen 1988, d v s gruppen av elever med den sämsta psykosomatiska hälsan; b) andelen elever på eller under cut-off-värdet för den 10:e percentilen

1988, d v s gruppen av elever med den bästa psykosomatiska hälsan.

I den mellangrupp som i tabell 1 redovisas återfinns elever mellan den 10:e och den 90:e percentilen.

Resultaten från trendanalysen redovisas fördelade efter kön och undersökningsår samt efter kön, undersökningsår och studieinriktning (förstahandsval till gymnasieskolan). Redovisningen utifrån studieinriktning baseras på två huvudgrupper av studerande åren 1995-2011: de som sökt till teoretiska program och de som sökt till icke-teoretiska program. Till gruppen teoretiska program har förts studerande som i första hand valt naturvetenskap; samhällsvetenskap; IB-utbildning och specialutformade program med teoretisk inriktning. Till gruppen icke-teoretiska program har förts förstahandssökande till övriga program (Hagquist 2012).

I analyserna används data från de 14 kommuner som deltagit samtliga undersökningsår.

Tabell 1. Andelen pojkar respektive flickor med olika antal enskilda symptom på psykosomatisk ohälsa, fördelat efter högre grad, mellan och lägre grad av psykosomatiska besvär.

Antal symptom	Ofta/Alltid (%)					
	Pojkar			Flickor		
	Högre grad	Mellan	Lägre grad	Högre grad	Mellan	Lägre grad
Inga	0	56.7	95.9	0	43.4	97.6
Ett	2.3	26.6	4.1	0.2	27.5	2.4
Två	10.4	11.6	0	4.8	18.3	0
Tre	23.3	4.4	0	17.0	8.8	0
Fyra	24.4	0.6	0	25.7	2.0	0
Fem	18.4	0.1	0	20.6	0.1	0
Sex	9.6	0	0	15.1	0	0
Sju	5.0	0	0	10.2	0	0
Åtta	6.6	0	0	6.5	0	0

Undersökning om levnadsförhållanden (ULF)

I trendanalysen redovisas andelen ungdomar i åldern 16-24 år som åren 1988/89 – 2012 svarat att de har ångslan, oro eller ångest (svåra eller lätta besvär), fördelat efter undersökningsår och kön.

Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik

I trendanalysen redovisas antalet självmord (inkl. osäkra) för perioden 1987 – 2012 fördelat efter undersökningsår, kön och åldersgrupp (16-19 år respektive 20-24 år).

Resultat

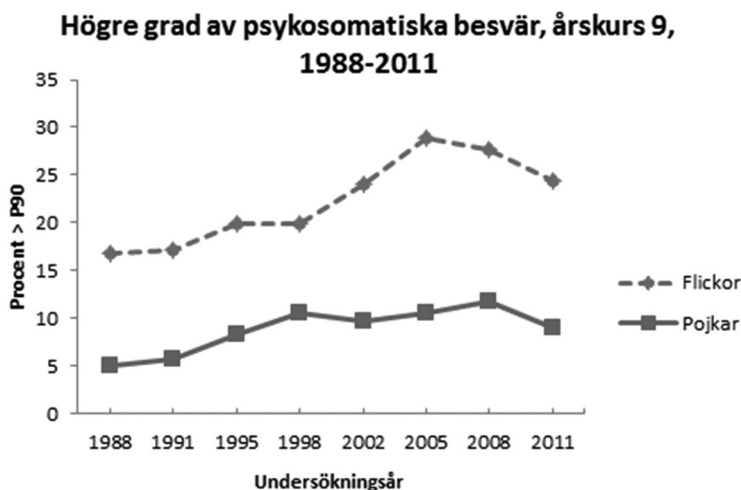
I tabell 1 redovisas andelen pojkar respektive flickor i Värmland i årskurs 9 1988-2011 som svarat ofta eller alltid på noll upp till samtliga åtta frågor om enskilda symptom, fördelat på de tre huvudgrupperna av psykosomatiska besvär samt kön.

Av tabell 1 framgår att samtliga pojkar

och flickor i gruppen med högre grad av psykosomatiska besvär ofta eller alltid upplever minst ett av de åtta symptom som ingår i PSP-skalan. Minst tre symptom upplever 87 procent av pojkarna och 95 procent av flickorna. Omvänt är det i gruppen med lägre grad av psykosomatiska besvär 96 procent bland pojkarna och 98 procent bland flickorna som inte ofta eller alltid upplever något av de åtta symptomen.

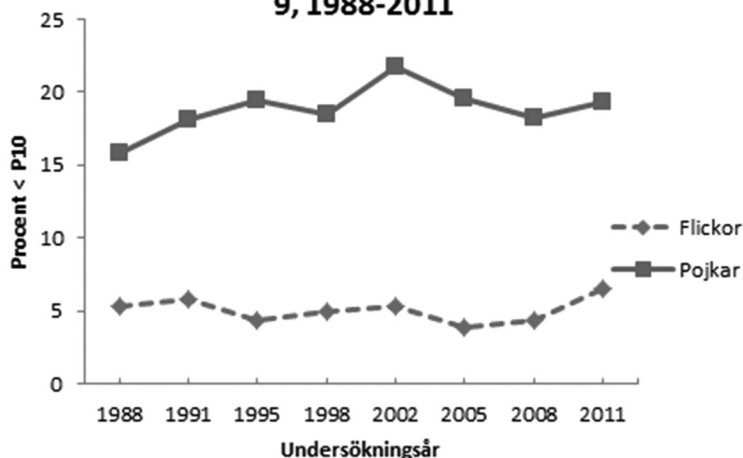
I figur 1a redovisas utvecklingen av andelen pojkar respektive flickor i årskurs 9 med högre grad av psykosomatiska besvär 1988-2011.

Andelen pojkar och flickor med psykosomatiska besvär har ökat från 1988 till 2011. Bland pojkar skedde den kraftigaste ökningen från 1991 till 1998, medan den kraftigaste ökningen bland flickor ägde rum från 1998 till 2005. Andelen flickor med besvär var som högst 2005 varefter en minskning skett vid de två senaste undersöknings-



Figur 1a. Andelen pojkar och flickor med högre grad av psykosomatiska besvär. Ung i Värmland årskurs 9, 1988-2011.

Lägre grad av psykosomatiska besvär, årskurs 9, 1988-2011



Figur 1b. Andelen pojkar och flickor med lägre grad av psykosomatiska besvär. Ung i Värmland årskurs 9, 1988-2011.

tillfällena. Andelen pojkar respektive flickor med besvär var 2011 ungefär densamma som 2002.

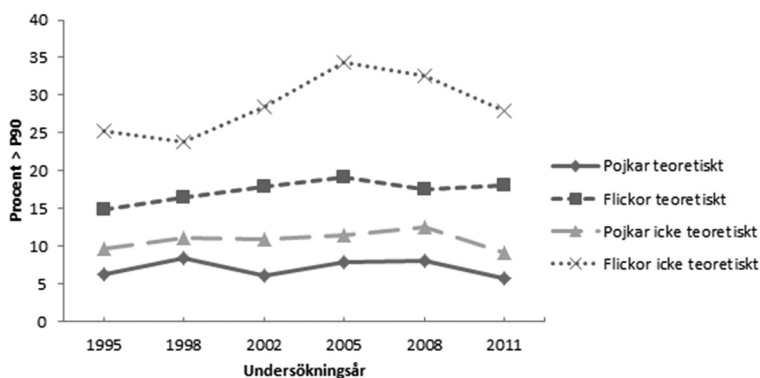
I figur 1b redovisas utvecklingen av andelen pojkar respektive flickor i årskurs 9 med lägre grad av psykosomatiska besvär 1988-2011.

Andelen flickor med lägre grad av psy-

kosomatiska besvär har legat på en relativt konstant nivå under hela undersökningsperioden, med undantag för 2011 då det skedde en ökning. Bland pojkar ökade andelen med lägre grad av psykosomatiska besvär från 1988 till 2002, varefter den minskat.

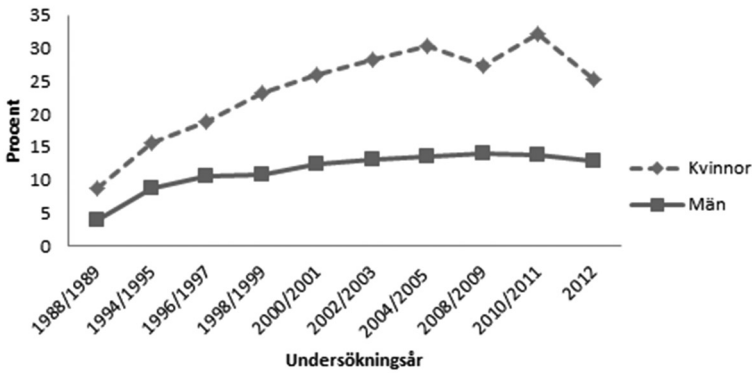
I figur 2 redovisas andelen elever i årskurs 9 med högre grad av psykosoma-

Högre grad av psykosomatiska besvär, årskurs 9, 1995-2011.



Figur 2. Andelen pojkar och flickor med högre grad av psykosomatiska besvär fördelat på studieinriktning. Ung i Värmland årskurs 9, 1995-2011.

Ängslan, oro eller ångest 16-24 år 1988-2012



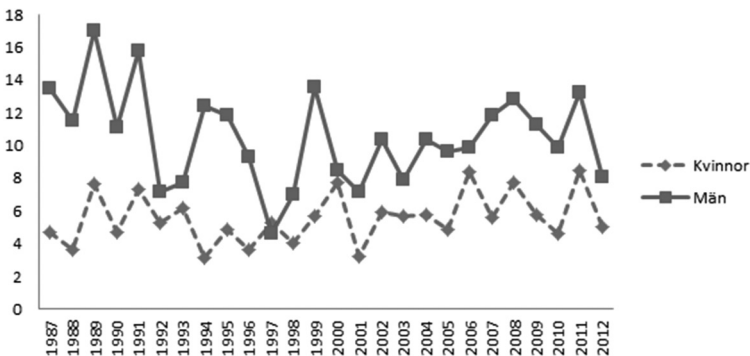
Figur 3. Andelen 16-24 åringar som haft ängslan, oro eller ångest, fördelat efter kön och undersökningsår. SCB, undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF).

tiska besvär 1988-2011, fördelat efter studieinriktning och kön.

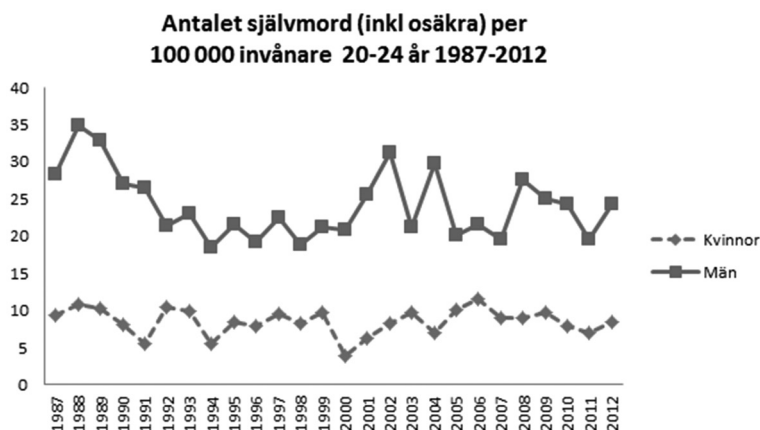
Bland pojkar och flickor med teoretisk studieinriktning och bland pojkar med icke teoretisk inriktning har förändringarna över tid varit relativt små. Bland flickor med teoretisk studieinriktning ökade den psykosomatiska ohälsan svagt från 1995 till mitten av 2000-ta-

let för att därefter minska. Bland pojkar med teoretisk studieinriktning och bland pojkar med icke teoretisk studieinriktning har förändringarna över tid varit relativt små. Från dessa trendmönster avviker flickor med icke teoretisk studieinriktning. De psykosomatiska besvären ökade i denna grupp kraftigt från 1998 till 2005, varefter en tydlig minskning följde.

Antalet självmord (inkl osäkra) per 100 000 invånare 15-19 år 1987-2012



Figur 4a. Antalet självmord (inklusive osäkra) per 100 000 invånare 15-19 år 1987-2012. Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret.



Figur 4b. Antalet självmord (inklusive osäkra) per 100 000 invånare 20-24 år 1987-2012. Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret.

I figur 3 redovisas andelen ungdomar i åldern 16-24 år i Statistiska centralbyråns nationellt representativa undersökning som angivit ångslan, oro eller ångest 1988/89 – 2012.

Andelen kvinnor i åldern 16-24 år som haft ångslan, oro eller ångest ökade kraftigt från 1988/89 till 2004/05. Bland männen skedde en ökning från 1988/89 till 1996/97 varefter endast små ökningar av ångslan, oro eller ångest ägt rum. Både bland män och bland kvinnor var andelen som haft ångslan, oro eller ångest väsentligt högre 2012 än 1988/89. I jämförelse med nivåerna vid början av 2000-talet var andelen 2012 något lägre bland kvinnor och något högre bland män.

I figur 4 a och b redovisas självmordstalet i åldersgrupperna 15-19 år och 20-24 år för perioden 1987-2012.

Självmordstalet har fluktuerat under perioden 1987-2012, både i den yngre åldersgruppen 16-19 år och i den äldre

gruppen 20-24 år. Särskilt bland männen är fluktuationerna kraftiga. Helhetsbilden för hela den studerade tidsperioden är att trenden för självmord varken är uppåtgående eller nedåtgående.

Diskussion

Resultaten från analyserna i denna studie visar att den självs kattade psykiska hälsan bland äldre ungdomar försämrats sedan 1980-talet. Ung i Värmland undersökningen som sedan 1988 har genomförts bland 15-16-åringar i årskurs 9 visar att det skett en tydlig ökning av psykosomatiska besvär, både bland pojkar och bland flickor. Ökningen har under senare år planat ut, och kurvorna pekar nedåt både bland pojkar och bland flickor. Nivåerna 2012 är dock väsentligt högre än vid första undersökningstillfället 1988. Liknande trendmönster för ungdomar i årskurs 9 framkommer i den europeiska WHO-studien om skolbarns hälsovanor (Hagquist 2010, 2011). Nya plane-

rade datainsamlingar 2013/2014 får utvisa om det skett ett mer bestående trendbrott och om den tidigare uppåt-gående kurvan vänts till mer långvarig nedgång. WHO-studien visar också att trenderna för barn i 11-års åldern ser delvis annorlunda ut än de för ungdomar i 15–16-årsåldern. Psykiska besvär är enligt WHO-studien vanligare 2009 än startåret 1985 för pojkar i årskurs 5 och flickor och pojkar i årskurs 7, däremot inte för flickor i årskurs 5.

I Ung i Värmland undersökningen i årskurs 9 framkommer delvis skilda trendmönster för pojkar och flickor. De största ökningarna i psykosomatiska besvär bland pojkar skedde under 1990-talet under den ekonomiska krisen, medan de stora ökningarna av besvär bland flickor ägde rum senare (Hagquist 2009). Noterbart är också att skillnaderna i psykosomatisk hälsa ökat i högre grad bland pojkar än bland flickor över tid. Samtidigt som andelen pojkar med högre grad av psykosomatiska besvär ökat så har också andelen pojkar med lägre grad av psykosomatiska besvär ökat. Detta innebär att det statistiska medelvärdet för pojkars psykosomatiska hälsa, till skillnad från flickors, inte förändrats nämnvärt över tid.

Skillnader i tidstrender framkommer i Ung i Värmland undersökningen också utifrån elevernas studieinriktning. Flickor med icke teoretisk studieinriktning är den grupp där den psykosomatiska ohälsan ökade som mest från slutet av 1990-talet och fram till mitten av 2000-talet, men det är också den grupp där den psykosomatiska ohälsan mins-

kat mest sedan 2005.

Även resultaten från Statistiska centralbyråns levnadsnivåundersökningar indikerar en ökning av den psykiska ohälsan under de senaste decennierna bland äldre ungdomar i åldern 16–24 år. Tidigare studier har visat att mönstren är likartade för både åldersgruppen 16–19 år och för gruppen 20–24 år (Socialstyrelsen 2009). De senaste resultaten från 2012 indikerar en nedgång i besvär i åldersgruppen 16–24 år, framförallt bland kvinnor. Den redovisade nivån för 2012 i denna grupp är den lägsta sedan slutet av 1990-talet.

Den bild av den psykiska ohälsans utveckling över tid bland äldre ungdomar som ges i denna artikel överensstämmer i huvudsak med slutsatserna från Kungl. Vetenskapsakademiens State of the Science-konferens om trender i april 2010: ”Panelens bedömning är att det har skett en ökning av vissa typer av psykisk ohälsa hos ungdomar, till exempel nedstämdhet och oro, från mitten av 1980-talet till mitten av 2000-talet.” (KVA 2010).

Avvikande självmordstrend

Till skillnad från självskattningar av psykisk ohälsa indikerar statistiken för självmord bland både 16–19-åringar och 20–24-åringar en i huvudsak oförändrad nivå över tid, även om självmordstalet fluktuerar från år till år. I uttalandet från Kungl. Vetenskapsakademiens State of the Science konferens jämförs självmordstrenden för unga med den för den vuxna befolkningen: ”Anmärkningsvärt är också att unga inte följer den drastiska minsk-

ning i självmordsfrekvens som syns i alla andra åldersgrupper. Istället ligger ungdomsgruppen stabilt på ungefär samma nivå. I ungdomsgruppen utgör självmord nu en allt större andel av det totala antalet dödsfall, eftersom olyckor och andra dödsorsaker minskat markant.” (KVA 2010).

Ingen kunskap om yngre barn

En annan central slutsats från panelen vid State of the Science konferensen om trender 2010 var att ”Det är slående hur lite vetenskapligt grundad kunskap det finns om förändringar i barns psykiska hälsa, speciellt för mindre barn. Utifrån underlaget kan panelen inte uttala sig om barn i åldern 0-10 år.” (KVA 2010). Den arbetsgrupp som inför Kungl. Vetenskapsakademiens konferens redovisade en systematisk litteraturöversikt om trender ansåg att kunskapsunderlaget var otillfredsställande för alla åldersgrupper och ansåg sig inte kunna uttala sig om trenderna i självskattad psykisk hälsa vare sig för barn eller för ungdomar (Petersen et al. 2010).

Självskattning vs. ”objektiva mått”

Det faktum att flertalet epidemiologiska studier om ungas psykiska hälsa är grundade på självskattning av enbart besvär och utan skattning av funktionsnedsättning (Cederblad 2013) väcker frågor om hur användbara och tillförlitliga ”subjektiva” data av detta slag är. Psykiatriska diagnoser beskrivs ibland som mer ”objektiva” mått på psykisk ohälsa. I uttalandet från Kungl. Vetenskapsakademiens State of the Science konferens om trender framhålls att ”... det finns även mer objektiva tecken på

att vissa former av psykisk ohälsa ökar, till exempel vårdas allt fler unga flickor på sjukhus efter självmordsförsök.” (KVA 2010). Det kloka i att använda psykiatriska diagnoser hämtade från Socialstyrelsens patientregister som prevalensmått på psykisk ohälsa är omtvistat. En viktig invändning har varit att patientregistret saknar statistik från primärvården. I den systematiska litteraturöversikten om trender inkluderades inte denna typ av data som mått på förekomst av psykisk ohälsa (Petersen et al. 2010).

Två svenska studier från det senaste året visar att ”subjektiva” och ”objektiva” data om psykisk ohälsa är tydligt relaterade till varandra. Enligt en studie från Socialstyrelsen (Salmi et al. 2013) innebär självrapporterade besvär av ångslan, oro eller ångest i unga år en kraftigt ökad risk för förtidig död och för sjukhusvård p.g.a. psykisk sjukdom och självmordsförsök. I studien ingick drygt 15 000 personer som deltagit i Statistiska Centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden 1994-2006, och som vid intervju tillfället var mellan 16 och 29 år. Svaren på frågor om upplevelse av ångslan, oro eller ångest följdes upp fem år senare mot uppgifter från dödsorsaksregister, patientregister och läkemedelsregister. Analyserna justerades för ålder, kön, tidsperiod och självrapporterad sjuklighet (psykisk och övrig) vid intervju tillfället. Studien visar på ett mycket starkt samband mellan självrapporterad ångslan, oro eller ångest och sjukhusvård p.g.a. psykisk sjukdom och självmordsförsök. Särskilt stor var riskökningen för dem med svåra besvär. För denna

grupp var det fem gånger vanligare med sjukhusvård för psykiska besvär eller självmordsförsök än för dem som inte hade rapporterat några besvär alls med ångslan, oro eller ångest. För dem med lätta besvär med ångslan, oro eller ångest var risken dubbelt så stor som för dem utan besvär.

I en annan svensk studie undersöktes den psykiska hälsan hos vuxna som 15 år tidigare, när de var i 16–17-års åldern, deltagit i en populationsstudie (Bohman et al. 2012). Uppföljningsstudien visar att somatiska symptom i ungdomsåren predicerade depression och andra psykiatriska sjukdomar i vuxenålder.

Invarianta mätningar över tid

En mer grundläggande fråga vid trendanalyser gäller förutsättningarna för att uppnå invarianta jämförelser över tid, det vill säga om de mått och mätmetoder som används är stabila över tid eller om de påverkas av tidsandan, eller andra yttre faktorer. Detta är en generell problematik som i princip berör både psykiatriska diagnoser och självskattningar. Psykiatriska diagnoser kan påverkas av förändringar av diagnossystem och kriterier (Cederblad 2013); självskattningar kan vara känsliga för förändringar av innebörden hos ord och begrepp liksom för variationer i benägenhet att rapportera psykiska besvär. En möjlig strategi för att säkra jämförbarhet av självskattningar över tid kan vara att ”ankra” mätinstrumenten i frågor som bedöms mindre känsliga för förändringar av tidsanda och andra yttre faktorer.

Stora framtida utmaningar

I ett längre tidsperspektiv har den självskattade psykiska ohälsan ökat bland ungdomar i 15-årsåldern och uppåt, framför allt bland flickor. Trendmönstren är dock komplexa. För yngre ungdomsgrupper är kunskapsluckorna betydande, och för barn under 10 år saknas helt data om förändringar av psykisk hälsa. Sammantaget låter sig inte frågan om hur ungas psykiska hälsa förändrats över tid besvaras på ett enkelt och entydigt sätt.

Stora utmaningar väntar i arbetet för bättre epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. Den nationella totalundersökningen 2009 i årskurserna 6 och 9 har lagt en grund för återupprepade mätningar i dessa årskurser. I flera landsting samlas elevhälsodata in med uppgift om personnummer vilket möjliggör uppföljningar på individnivå över tid. Datainsamlingar i skolans regi som inte sker anonymt kan dock minska benägenheten att svara sanningsenligt, i synnerhet när respondenterna upplever att frågorna är av känslig natur. Detta kan leda till underrapportering av vissa hälsoproblem och av vanor som inte är socialt accepterade. Aggregeringar av sådana elevhälsodata kan därför ge missvisande beskrivningar av prevalenser och trender.

Lovande initiativ har också tagits för att öka den epidemiologiska kunskapen om förskolebarns välbefinnande och utveckling. Med Kanada och Australien som förebilder har en pilotstudie genomförts med Early Development Instrument (Hagquist & Hellström

2013). Ett webb-baserat frågeformulär användes av förskolelärare till att skatta femåringars välbefinnande och utveckling. Instrumentets psykometriska egenskaper var i huvudsak goda och resultatredovisningen bedömdes vara användbar i förskolornas utvecklingsarbete. Nya och större pilotstudier planeras för 2014.

Referenser

- Beckman, L. och Hagquist, C. (2010). Hur mår barn och ungdomar i Sverige? Analys av den officiella bilden, mediebilden och bilden från forskningen. *Karlstad University Studies* 2010:5. Karlstad: Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet.
- Bohman, H., Jonsson, U., von Knorring, L., Päären, A. & von Knorring, A-L. (2012) Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year community-based follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry*, 12:90. doi:10.1186/1471-244X-12-90.
- Cederblad, M. (2013) Ungas psykiska hälsa förbryllar forskare. *Läkartidningen* nr 36.
- Statens folkhälsoinstitut [FHI] (2011). Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. R 2011:09. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Hagquist, C. (1997). Förslag till modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, EPC.
- Hagquist, C. (2005). Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa: förslag till nationella och återkommande undersökningar. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Hagquist, C. (2008). Psychometric properties of the PsychoSomatic Problems scale: A Rasch analysis on adolescent data. *Social Indicators Research*, 86(3), 511-523.
- Hagquist, C. (2009). Psychosomatic health problems among adolescents in Sweden-are the time trends gender related? *The European Journal of Public Health*, 19(3), 331-336.
- Hagquist, C. (2010). Discrepant trends in mental health complaints among younger and older adolescents in Sweden: An analysis of WHO data 1985-2005. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 258-264.
- Hagquist, C. (2011) Ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i Sverige? *Socialmedicinsk tidskrift*, 6/2011, 474-485
- Hagquist, C. (2012). Skolmiljö, mobbning och hälsa: Resultat från Ung i Värmland 1988-2011. *Forskningsrapport*. Karlstad University Studies 2012:33. Karlstad: Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet.
- Hagquist, C. & Hellström, L. (2013) The psychometric properties of the Early Development Instrument – a Rasch analysis based on Swedish pilot data. *Social Indicators Research* (Published online 5 June)
- Kungl. Vetenskapsakademien [KVA] (2010). Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. State-of-the-Science Konferensuttalande 12-14 april 2010, Kungl. Vetenskapsakademien. www.buph.se
- Petersen, S., Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A-M., Stenbeck, M., Sundelin, C. & Hägglöf, B. (2010). Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoenkottet.

tema

Salmi, P., Berlin, M., Björkenstam, B. & Ringbäck Weitoft, G. (2013). Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska centralbyrån [SCB] (2010). Förändringar i Undersökningarna av levnadsförhållandena 2006–2008. En studie av jämförbarheten över tid för välfärdsindikatorerna. Befolknings- och välfärdsstatistik 2010:4. Stockholm: SCB. Tillgänglig: http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0101_2008A01_BR_BE96BR1004.pdf [2013-10-03]

Socialstyrelsen (2009). Socialstyrelsens folkhälsorapport. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 1997:8. Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

SOU 1998:31. Det gäller livet: stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem:slutbetänkande/av Barnpsykiatrikommittén. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.