

Ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i Sverige?

Curt Hagquist

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

Analysen av tre olika dataset visar att den självskattade psykiska hälsan bland äldre ungdomar i Sverige som helhet var väsentligt sämre under det senaste decenniet än under 1980-talet. Ökningen bland 15-16 åringar har dock planat ut under senare år och vänts i nedgång. Trenderna för pojkar och flickor följer delvis skilda mönster. Dataunderlaget för yngre ungdomar är mer begränsat och trenderna är mindre entydiga. Självordstalet bland 16-24 åringar har fluktuerat från år till år men har sett över tid som helhet varken ökat eller minskat. Många frågetecken finns att rätta ut om barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige, framförallt avseende förskolebarn och barn i låg- och mellanstadieåldern. Tidstrender liksom den psykiska hälsans determinanter bland barn och ungdomar bör uppmärksammas.

Analyses of three different sets of data show that the self-reported mental health among older adolescents in Sweden was much worse during the last decade than during the 1980s. The increasing trend among adolescents aged 15-16 has leveled off and is now down going. The trend patterns are partly different for boys and girls. The availability of data among younger adolescents is more limited and the trends are less unambiguous. The suicide rates among youth aged 16-24 have fluctuated from one year to the other but have as a whole neither increased nor decreased over time. There are many questions about child and adolescent mental health in Sweden that need to be answered, in particular concerning preschool children and younger schoolchildren. Attention needs to be paid to time trends as well as determinants of child and adolescent mental health.

Introduktion

Det har under de senaste decennierna växt fram en offentlig bild av att allt fler unga i Sverige mår allt sämre psykiskt. Den bilden har sina rötter i 1990-talets djupa ekonomiska kris med massarbetslöshet. Landstingsförbundet (1994) larmade då om ökande patienttryck och växande köer till den barn- och ungdomspsykiatriska vår-

den, och skolsköterskor rapporterade om växande psykisk ohälsa bland eleverna (Vårdförbundet SHSTF & Lärarförbundet, 1994). Såväl den politiska debatten som mediernas rapportering har präglats av denna bild och larmrapporterna om ökande psykisk ohälsa bland barn och ungdomar har avlöst varandra (Beckman & Hagquist, 2010).

Forskare har dock ifrågasatt i vilken utsträckning dessa lägesbeskrivningar har stöd i empiriska undersökningar. Den statliga barnpsykiatrikommittén föreslog redan i slutet av 1990-talet en bättre epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa (SOU, 1997; SOU, 1998). Det ledde till att Socialstyrelsen fick ett regeringsuppdrag som resulterade i ett förslag om nationella och återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa (Hagquist, 1997). Därefter gjorde Socialstyrelsen i början av 2000-talet omfattande pilotstudier som låg till grund för den nationella totalundersökning i årskurserna 6 och 9 som Statistiska Centralbyrån genomförde 2009 på regeringens uppdrag (Hagquist, 2005; FHI, 2011a).

I spåren på larmrapporterna har också följt diskussioner om tänkbara orsaker till den ökande psykiska ohälsan bland ungdomar. Blickarna har riktats framför allt mot arbetsmarknaden och den höga ungdomsarbetslösheten, stressen i skolan, familjedemografiska förändringar liksom ökad individualisering i samhället (se t ex SOU, 2006; Cederquist, 2006; Hjern, Alfven & Östberg, 2008; Lindblad & Lindgren, 2009).

I ett omfattande projekt om ungas psykiska hälsa har Kungl. Vetenskapsakademiens Hälsoutskott systematiskt kartlagt och granskat kunskapsläget för att ge underlag, evidens och incitament till åtgärder som kan förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa bland barn och ungdomar. Resultaten redovisades 2010 bl a vid två State of the Science-konferenser, varav den

ena handlade om trender i barns och ungdomars psykiska hälsa. Utifrån synpunkter från åhörarna, en systematisk litteraturoversikt och expertföreläsningar uttalade sig en oberoende konferenspanel om hur barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige har förändrats över tid (KVA, 2010).

Syftet med denna studie är att redovisa trender i ungas psykiska hälsa i Sverige under de senaste decennierna.

Metod

Material

Som underlag för studien har använts data från tre olika studier – den regionala studien Ung i Värmland, WHO-studien Skolbarns hälsovanor och Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökningar om levnadsförhållanden – 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. Datainsamlingen sker med ett frågeformulär som delas ut i klassrummet och besvaras anonymt. Deltagandet är frivilligt. Datainsamlingar 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 84 procent. Ung i Värmland genomförs av Karlstads universitet, i samarbete med kommunerna i Värmland (Hag-

quist, 2009; www.kau.se/cfbuph/ung-i-varmland).

Skolbarns hälsovanor – HBSC-studien

Studien är en del av WHO-studien Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) som numera innefattar 43 länder. I Sverige ansvarar Statens folkhälsoinstitut för studien.

HBSC-studien baseras på ett nationellt urval där målgruppen utgörs av elever i årskurserna 5, 7 och 9. Urvalet görs i två steg, först samplas skolor, därefter klasser i vilka samtliga elever utgör målgruppen. Datainsamlingen sker i skolan med frågeformulär som besvaras anonymt. Deltagandet är frivilligt. Datainsamlingar har ägt rum 1985/86, 1989/90, 1993/94, 1997/98, 2001/02, 2005/06 och 2009/10. I analyserna i denna studie används inte data från 1989/90 eftersom svarsalternativen på frågorna om psykisk hälsa var annorlunda utformade detta år. Det genomsnittliga deltagandet i de skolor som medverkat i undersökningen har varierat mellan 85 och 90 procent. (FHI, 2011b). Över tid har andelen utvalda skolor som inte deltar i undersökningen ökat; 2009/10 var denna andel cirka 10 % (SCB, 2010b). Det genomsnittliga totala bortfallet på individnivå beräknat på samtliga utvalda skolor uppgick 2009/10 till cirka 22 %.

Undersökning om levnadsförhållanden (ULF)

Statistiska Centralbyrån (SCB) genomför sedan 1975 på uppdrag av Riksdagen undersökningar av levnadsförhållanden i Sverige (ULF). Undersökningen görs varje år med ett slump-

mässigt 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. 2010 intervjuades 7 677 personer vilket utgjorde 65,2 % av nettourvalet. Inom bortfallsgruppen är det framförallt ”ej anträffade” som 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 1987–2010 har erhållits från Socialstyrelsen och hämtats från dödsorsaksregistret. Självmordtalen 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 ba-

seras på svaren på åtta enskilda frågor:
 ”Har Du
 ”... känt att du haft svårt att koncentreras 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”.

Skolbarns hälsövanor – HBSC-studien

För att mäta psykisk hälsa summerades svaren på fyra frågor:

”Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?

Känt mig nere, Varit irriterad eller på dåligt humör, Känt mig nervös, Haft svårt att somna”

Svarsalternativen för dessa frågor var ”I stort sett varje dag”; ”Mer än en gång i veckan”; ”Ungefär en gång i veckan”; ”Ungefär en gång i månaden”; ”Sällan eller aldrig”.

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 (SCB, 2010a).

Analys

Ung i Värmland

Rasch-analyser av PSP-skalan visar att den har goda psykometriska egenskaper bl a med avseende på invarians i mätningen (Hagquist, 2008). 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 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. Resultaten från trendanalysen redovisas fördelat efter kön. I analyserna i denna studie används data från de 14 kommuner som deltagit samtliga undersökningsår.

Skolbarns hälsövanor

Svaren på de fyra besvärfrågorna summerades till ett sammansatt mått för psykisk ohälsa. Rasch-analyser av det sammansatta måttet visar att det har goda psykometriska egenskaper bl a med avseende på invarians i mätningen (Hagquist, 2010). Låga värden på skalan indikerar högre grad av psykiska besvär medan höga värden indikerar lägre grad av psykiska besvär. Vid jämförelsen över tid redovisas för varje undersökningsår andelen elever på eller under cut-off-värdet för den 10:e percentilen 1985/86, d v s gruppen av elever med den sämsta psykiska hälsan. Resultaten från trendanalysen redovisas årskursvis och fördelat efter kön.

Undersökning om levnadsförhållanden (ULF)

I trendanalysen redovisas andelen ungdomar i åldern 16-24 år som svarat att

tema

de har ängslan, oro eller ångest (svåra eller lätta besvär), fördelat efter undersökningsår och kön.

Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik

I trendanalysen redovisas antalet självmord (inkl osäkra) för perioden 1987-2010 fördelat efter undersökningsår, kön och åldersgrupp (16-19 år respektive 20-24 år).

Resultat

I figur 1 redovisas andelen elever i årskurs 9 med 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

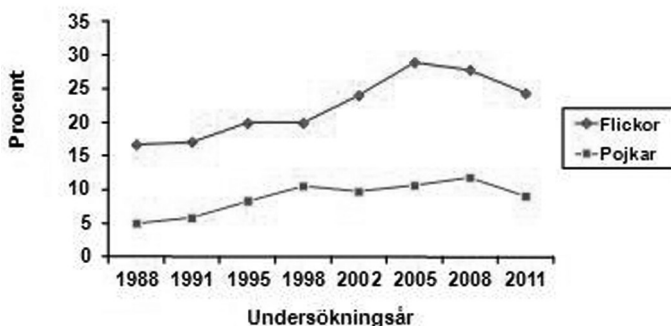
vid de två senaste undersökningstillfällena. Andelen pojkar och flickor med besvär var 2011 ungefär densamma som 2002.

I figur 2-4 redovisas andelen elever i årskurs 5, 7 respektive 9 med psykiska besvär 1985/86-2009/10.

Andelen elever i årskurs 5 med psykiska besvär följer ingen linjär trendlinje. Bland pojkar ökade andelen med besvär från 1985 till 2001, för att gå ner 2005 och därefter öka 2009. Bland flickor minskade andelen med besvär från 1985 till 1993, varefter det skedde en ökning fram till 2001. Andelen med besvär minskade kraftigt från 2001 till 2005, både bland pojkar och bland flickor. Andelen flickor med besvär var 2009 ungefär densamma som 1985, medan andelen pojkar med besvär var högre 2009 än 1985.

Psykosomatiska besvär

Ung i Värmland, årskurs 9 1988 – 2011

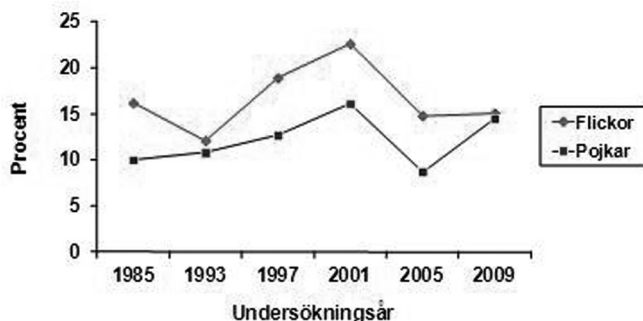


Figur 1. Andelen elever i årskurs 9 med psykosomatiska besvär, fördelat efter kön och undersökningsår.

Psykiska besvär

Årskurs 5 1985 – 2009

Skolbarns hälsovanor, HBSC



Figur 2. Andelen elever i årskurs 5 med psykiska besvär, fördelat efter kön och undersökningsår.

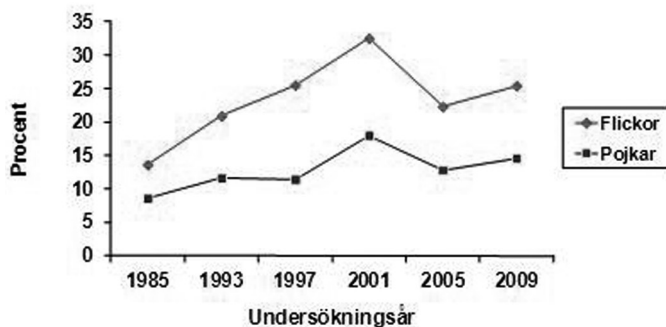
Andelen elever i årskurs 7 med psykiska besvär ökade från 1985 till 2001, framför allt bland flickor. Från 2001 till 2005 skedde en minskning, framför allt bland flickor. Andelen pojkar och flickor med psykiska besvär var högre 2009 än 1985.

Andelen flickor i årskurs 9 med psykiska besvär ökade från 1985 till 2005, medan ökningen bland pojkar skedde från 1985 till 1997. Både bland pojkar och bland flickor skedde en minskning från 2005 till 2009. Andelen pojkar och flickor med psykiska besvär var högre 2009 än 1985.

Psykiska besvär

Årskurs 7 1985 – 2009

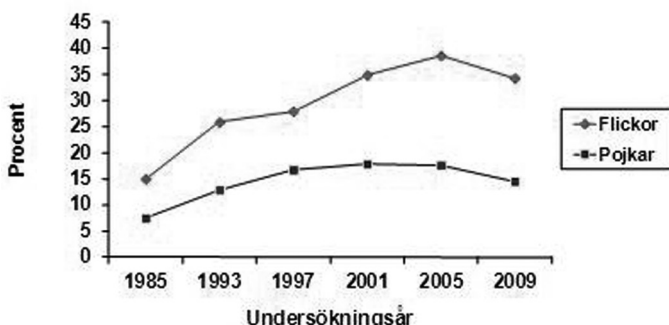
Skolbarns hälsovanor, HBSC



Figur 3. Andelen elever i årskurs 7 med psykiska, fördelat efter kön och undersökningsår.

Psykiska besvär Årskurs 9 1985 – 2009

Skolbarns hälsovanor, HBSC



Figur 4. Andelen elever i årskurs 9 med psykiska besvär, fördelat efter kön och undersökningsår.

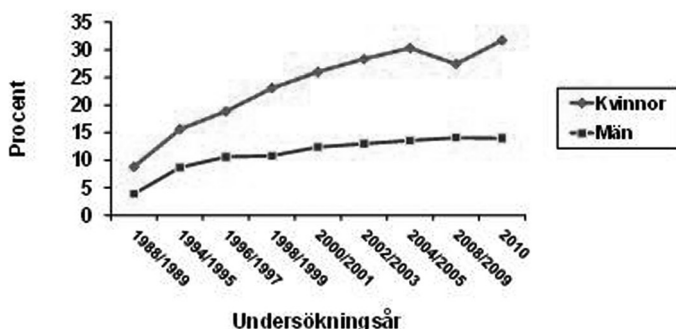
I figur 5 redovisas andelen ungdomar i åldern 16-24 år som haft ängslan, oro eller ångest 1988/89 – 2010.

Andelen kvinnor i åldern 16-24 år som haft ängslan, 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 ängslan, oro eller ångest ägt rum. Både bland män och bland kvinnor var andelen som haft ängslan, oro eller ångest högre 2010 än 1988/89.

Ängslan, oro eller ångest 16-24 år 1988-2010

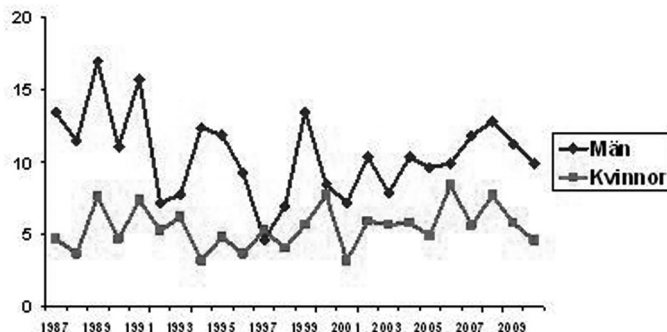
SCB, undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF)



Figur 5. Andelen 16-24 åringar som haft ängslan, oro eller ångest, fördelat efter kön och undersökningsår.

Antalet självmord (inkl osäkra) per 100 000 invånare 15-19 år 1987-2010

Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret



Figur 6 a. Antalet självmord (inklusive osäkra) per 100 000 invånare 15-19 år 1987-2010. Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret.

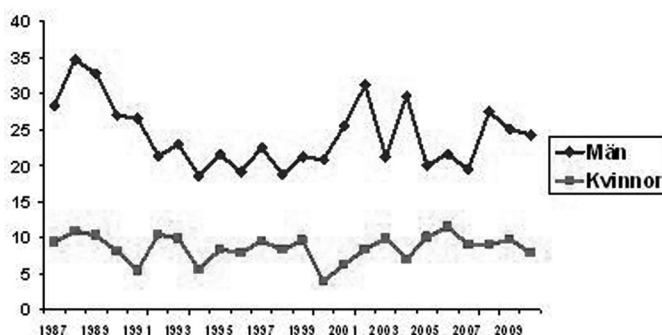
I figur 6 a och b redovisas självmordstalet i åldergrupperna 15-19 år och 20-24 år för perioden 1987-2010.

Självmordstalet har fluktuerat under perioden 1987-2010, både i den yngre åldersgruppen 16-19 år och i den äldre

gruppen 20-24 år, innebärande upp- eller nedgångar från ett år till ett annat. Särskilt bland männen är fluktuationerna kraftiga. Helhetsbilden av trenden för hela den studerade tidsperioden är att självmorden varken ökat eller minskat.

Antalet självmord (inkl osäkra) per 100 000 invånare 20-24 år 1987-2010

Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret



Figur 6 b. Antalet självmord (inklusive osäkra) per 100 000 invånare 20-24 år 1987-2010. Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret.

Diskussion

Resultaten från analyserna i denna studie av tre olika dataset visar att det har skett en försämring av den självskattade psykiska hälsan bland äldre ungdomar sedan 1980-talet. Ung i Värmland-undersökningen som sedan 1988 genomförts bland 15–16-åringar i årskurs 9 visar 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 2011 för psykosomatiska besvär är dock väsentligt högre än vid första undersökningstillfället 1988. Intressant att notera är också att trenderna för pojkar och flickor följer delvis skilda mönster. De största ökningarna i besvär bland pojkar skedde under 1990-talet under den ekonomiska krisen, medan de stora ökningarna av besvär bland flickor ägde rum senare. Den europeiska WHO-studien om skolbarns hälsovanor ger en liknande bild av trenden för ungdomar i årskurs 9. Även resultaten från Statistiska Centralbyråns levnadsnivåundersökningar indikerar en ökning av den psykiska ohälsan bland äldre ungdomar i åldern 16-24 år. Tidigare studier har visat att mönstren är likartade för både åldersgruppen 16-19 år och gruppen 20-24 år (Socialstyrelsen, 2009). Trendmönstren för äldre ungdomar uppvisar tydliga likheter mellan de dataset som analyserats. Dataunderlaget för yngre ungdomar är mer begränsat och trenderna är mindre entydiga. Psykiska besvär är enligt HBSC-studien vanligare 2009 än 1985 för pojkar i årskurs 5 och flickor och pojkar i årskurs 7, däremot inte för flickor i årskurs 5. Oberoende av kön

så noteras år 2001 de högsta värdena för psykisk ohälsa i årskurs 5 och 7.

Den sammanfattande beskrivning av den psykiska ohälsans utveckling över tid bland äldre ungdomar som ges i denna studie 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). I paneluttalandet sägs också 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.” Den arbetsgrupp som inför Kungl. Vetenskapsakademiens konferens redovisade en systematisk litteraturoversikt om trender ansåg att kunskapsunderlaget var otillfredsställande inte bara för de yngre barnen utan även för ungdomarna och ansåg sig inte kunna uttala sig om trenderna i självskattad psykisk hälsa överhuvudtaget (Petersen, 2010). I denna studie utgörs det huvudsakliga empiriska underlaget av data baserade på ungdomars självskattning av sin psykiska hälsa. 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). Huruvida sjukvårdsdata från Socialstyrel-

sens patientregister bör användas i analyser av prevalens och trender i psykisk ohälsa är dock omtvistat, bland annat på grund av 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).

Självordsstatistik från dödsorsaksregistret är ett mindre ifrågasatt men inte invändningsfritt ”objektivt” mått. Statistiken för självmord bland 16–24-åringar fluktuerar från år till år men indikerar en i huvudsak oförändrad nivå över tid. Detta kommenteras i uttalandet från Kungl. Vetenskapsakademiens State of the Science konferens: ”Anmärkningsvärt är också att unga inte följer den drastiska minskning 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).

Longitudinella analyser av sammanlänkade data från levnadsnivåundersökningarna och slutenvårds- och dödsorsaksregistren visar att subjektiva och objektiva data är kopplade till varandra: Ängslan, oro och ångest var en stark prediktor för förtidig död och psykiatrisk sjukdom (Ringbäck Weitof & Rosén, 2005).

Om de vita fläckarna är många på den epidemiologiska kartan, så är de obesvarade varför-frågorna ännu fler. Det

handlar om att kunna förklara både trender och icke-trender, såväl som iögonfallande uppgångar eller nedgångar vid enskilda undersökningstillfällen. I tolkningen av larmrapporterna om ökande psykisk ohälsa har intresset ofta riktats mot skola och familj – och, kanske allra mest, mot arbetsmarknaden för unga människor. En svensk trendstudie baserad på HBSC-data från tio länder visar ett samband på aggregerad nivå mellan arbetsmarknadssituationen för unga människor och psykisk hälsa bland 15-åringar (Lager & Bremberg, 2009).

Sett över en 20-årsperiod har arbetslösheten i det svenska samhället ökat dramatiskt, inte minst bland ungdomar. Den stora och snabba ökningen av arbetslösheten i början och mitten av 1990-talet åtföljdes av ökad psykisk ohälsa. När arbetslöshetskurvorna vände neråt planade ökningarna i psykisk ohälsa bland pojkar ut medan ökningarna av psykiska besvär bland flickor fortsatte fram till mitten av 2000-talet. En intressant fråga som rör enskilda händelsers påverkan på den psykiska hälsan är om det finns globala samhälleliga förklaringar till de mycket höga siffrorna för psykisk ohälsa som förekom 2001/02 bland yngre ungdomar som deltog i HBSC-studien. Kan långväga effekter i efterdyningarna av terrorattackerna i USA den 11 september 2001 ha bidragit till att förstärka den uppåtgående trenden av psykisk ohälsa? I Sverige fick Rädde Barnens hjälptelefon för barn många samtal under hösten 2001 som indikerade oro och ängslan i terrorattackens spår (Svensson, 2002). Även BRIS hjälptelefon

tema

fick många samtal även om ökningen inte blev så dramatisk som man väntat sig (BRIS, 2002).

Sammanfattningsvis finns många frågetecken att rätta ut om barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. Mer kunskap behövs, framförallt om hur förskolebarn och barn i låg- och mellanstadieåldern mår – liksom om den psykiska hälsans determinanter bland unga.

Referenser

- Beckman, L. & Hagquist, C. (2010). Hur mår barn och ungdomar i Sverige? Analys av den officiella bilden, mediebildens och bilden från forskningen. (Karlstad University Studies 2010:5). Karlstad: Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet.
- BRIS rapporten (2002). Samtal och mejl 2001. Barnens Rätt i Samhället, 2002.
- Cederquist Å V. (2006). Psychiatric and psychosomatic symptoms are increasing problems among Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 95:901-903.
- FHI (2011a). Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. R 2011:09. Statens folkhälsoinstitut, 2011.
- FHI (2011b). Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10: Grundrapport. 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.
- Hjern A, Alfven G, Östberg V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatrica*, 97:112-117.
- 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
- Lager, A.C. & Bremberg, S.G. (2009). Association between labour market trends and trends in young people's mental health in ten European countries 1983-2005. *BMC Public Health*, 9, 325, 1-6.
- Landstingsförbundet (1994). Barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Enkätmanställning.
- Lindblad, F & Lindgren C (2009). Valfärdslandets gåta. Varför mår barnen inte lika bra om de har det? Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- 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 litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsovetenskapliga avdelningen.
- Ringbäck Weitoft G, Rosén M (2005). Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow up of the Swedish survey of living conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59:794-798.
- SCB (2010a). Förändringar i Undersökningarna av levnadsförhållandena 2006-2008. En studie av jämförbarheten över tid för välfärdsindikatorerna. Befolknings- och välfärdsstatistik 2010:4.
- SCB (2010b). Skolbarns hälsovanor 2009. [Teknisk rapport]

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

SOU (1997). Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén, SOU 1997:8. Stockholm, Fritzes.

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

SOU (2006). Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: Analyser och förslag till åtgärder : Slutbetänkande. Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. SOU 2006: rapport nr 77.

Svensson, B.(2002). 11 september. Om barn och katastrofen i TV-rutan. Rädda Barnen, 2002.

Vårdförbundet SHSTF & Läraförbundet (1994). Pressmeddelande 8 juni 1994.