

Unga in i Norden - psykisk hälsa, arbete, utbildning

SKOLELEVERS PSYKISKA HÄLSA



Författare: Curt Hagquist



norden

Nordens Välfärdscenter

FÖRORD

Nordens Välfärdcenters projekt ”Unga in i Norden – psykisk hälsa, arbete, utbildning” är ett uppdrag från Nordiska ministerrådet för social- och hälsopolitik. Projektets huvudsakliga syfte är att ta fram kunskap som är användbar i utvecklingen av insatser till unga med risk för psykisk ohälsa och social marginalisering i Norden.

De nordiska ländernas mål om en hållbar välfärd har bland annat fokus på det förebyggande arbetet som kan förhindra eller rehabilitera psykisk ohälsa, förtidspensionering och utanförskap. De ständiga utmaningarna i arbetet är hur det går att säkra social trygghet i en tid med en arbetsmarknad under ständig förändring.

Projektets nordiska mervärde ligger framförallt i kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan de nordiska länderna. Alla länder har berörts av globala processer som medfört strukturella förändringar i hur tvärspektoriella ungdomspolitiska ärenden organiseras.

Vi kommer därför att titta på tvärfackliga insatser över flera områden, till exempel socialtjänst, socialförsäkring, utbildning, arbetsmarknad och hälso- och sjukvård. En samhällsordning där ansvar för ungas villkor fördelas mellan offentliga och icke-offentliga aktörer förväntas ofta bidra till en ökad välfärd, men kräver aktiv koordinering och samverkan.

Den direkta målgruppen för projektet är politiker, tjänstemän, praktiker och forskare i de nordiska länderna. Den heterogena gruppen unga mellan 16 och 29 år som riskerar utanförskap utgör den indirekta målgruppen.

Vi vet att skolan har en stor betydelse för barn och ungas psykiska hälsa. Den viktigaste framgångsfaktorn för barn- och unga, om vi ser på deras långsiktiga utveckling, är att de känner att de har lyckats i skolan och slipper bära ett tungt lass av självupplevda misslyckanden som i värsta fall kan leda till psykisk ohälsa.

Vi vill särskilt tacka Curt Hagquist, professor i folkhälsovetenskap och föreståndare för Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa vid Karlstads universitet som har författat rapporten.

Ewa Persson Göransson



*Direktör
Nordens Välfärdcenter*

BAKGRUND TILL PROJEKTET

Idag vet vi att gruppen ”sårbara unga” är heterogen och består av unga med inlärningssvårigheter i skolan, oavslutad gymnasieutbildning, svag anknytning till arbetsmarknaden, psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar (Halvorsen et al 2012; Bremberg 2013, OECD 2013a, 2013b, 2013c). Unga generellt drabbas särskilt hårt av arbetslöshet i sämre tider och i spåren av den finansiella krisen har arbetslösheten bland ungdomar ökat i alla nordiska länder.

Unga som mer specifikt drabbas av långvarigt utanförskap är gruppen unga som varken studerar eller arbetar (NEETs). Denna grupp motsvarar omkring 8–10 % av ungdomsgruppen 16-25 år varje år i Norden. I Norge är det cirka 6 %, Danmark 7 % och i Finland 9 % (Eurostat). Gruppen är konstant stor både i såväl dåliga som goda tider, vilket tyder på behovet av riktade extraordinära insatser (Temagruppen unga i arbetslivet, 2013a).

Andelen unga som beviljas förtidspension under lång tid har ökat, särskilt de med en psykisk diagnos eller unga med lindrig psykisk ohälsa (Mykletun, 2013). Denna form av utanförskap innebär att betydande andelar av en generation av unga människor har liten eller ingen koppling till arbetsmarknaden under en större del av sitt vuxna liv (Halvorsen et al. 2012). Bara i Sverige har antalet förtidspensionerade mellan 19-29 år fördubblats under de senaste 15 åren (Kaltenbrunner Bernitz Brita et.al 2013:7).

På uppdrag av Nordiska ministerrådet arrangerade Nordens Valfärdcenter en expertkonferens i Stockholm i januari 2013 som samlade 25 forskare och tjänstemän med specialkompetens från de nordiska länderna. Under två dagar

diskuterades ungas psykiska ohälsa, förtidspensionering, funktionsnedsättningar, osäkra övergångar från skola till arbetsliv samt arbetet med unga som varken arbetar eller studerar. Diskussionerna och presentationerna resulterade i en samlad nordisk antologi med policy rekommendationer (Olsen och Tägtström, 2013). De tematiska områden som lyftes som avgörande under expertkonferensen är:

- Arbetsmiljön i skolan
- Förebyggande arbete som motverkar oavslutade gymnasiestudier
- Kritiska övergångsfaser mellan grund- och gymnasieskola och gymnasieskola och arbete
- Snabbare uppföljning och aktivering av unga som riskerar att hamna i förtidspension

I tre av fyra punkter är skolan inkluderad. Idag vet vi att det finns ett samband mellan goda skolresultat och psykisk hälsa. Att gå ut skolan med godkända betyg är en stark skyddsfaktor.

Avslutade gymnasiestudier är nästan obligatoriskt för inträde på arbetsmarknaden idag, mycket på grund av att arbetsmarknadens krav ändras och utbudet av lågkvalificerade arbetstillfällen minskar. I de nordiska länderna är det mellan 20-40 % som inte fullföljer sina gymnasiestudier (Hyggen, C, Olsen, T, Kolouh-Söderlund, L, Tägtström, J, 2015). Denna grupp har en betydande risk för en försvårad etablering på arbetsmarknaden.

Ungas psykiska hälsa är starkt kopplad till deras skolprestationer och arbetsmiljön i skolan (Sociastylelsen, 2012, Kungl. Vetenskapsakademien, 2010, Temagruppen unga i arbetslivet, 2103b). Vi vet att barn och unga som utsätts för mob-

bing och kränkande behandling av jämnåriga och vuxna i skolan riskerar att avbryta sina studier och utveckla psykisk ohälsa (Anvik 2013; Due et al 2013, Temagruppen unga i arbetslivet, 2013b). I Danmark, Norge och Sverige har det skett satsningar inom yrkesutbildningar, lärlingsanställningar där förhoppningarna är att unga inte nödvändigtvis måste studera tre år på gymnasiet, utan ha möjligheten att kombinera studier med arbete (Undervisningsministeriet, 2014) men effekterna av dessa är för tidigt att veta något om.

Ett stort utvecklingsområde är övergången från utbildning till arbete. Som framgår i flera studier är övergångsfaser extra viktiga att uppmärksamma för gruppen unga som har behov av extra stöttning (Anvik, 2013, Arnardottir, 2013). Det kan vara till exempel övergången mellan grundskola och gymnasium, samt mellan utbildning och sysselsättning/högre utbildning. I synnerhet utgör övergången till arbete en osäker fas. Ansvaret för aktivering och uppföljning

av unga som är utanför utbildning eller arbete är utspridda i flera statliga, kommunala administrativa områden och nivåer och utgör ett ständigt utvecklingsområde. Ju längre en ung individ är inaktiv desto svårare och längre blir vägen till ett aktivt deltagande i utbildning eller arbete (Temagruppen unga i arbetslivet 2012 och 2013b, SOU 2013:74). Se sid 48 för referenser.

Att sprida goda exempel mellan de nordiska länderna, med fokus på interventioner som förebygger ungas psykiska ohälsa, utanförskap och förtidspensionering, kommer att prioriteras i projektet Unga in i Norden.

Lidija Kolouh-Söderlund

*Projektledare
Nordens Välfärdcenter*



— BACKGROUND TO THE PROJECT —

We now know that the group of vulnerable young people is heterogeneous, and includes young people with learning difficulties in school, incomplete upper secondary education, weak links to the labour market, mental ill-health, and functional impairment (Halvorsen et al. 2012; Bremberg 2013, OECD 2013a, 2013b, 2013c). Young people are generally hit hard by unemployment in periods of recession and, in the wake of the financial crisis, unemployment among young people has increased in all Nordic countries.

Young people who are more specifically at risk of long-term exclusion are the group of young people who neither study nor work (NEETs). Each year, this group comprises approximately 8-10 % of the 16-25 year group in the Nordic countries. In Norway, the figure is approximately 6 %, Denmark 7 %, and Finland 9 % (Eurostat). The group is constantly large, regardless of the economic climate, which indicates the need for targeted extraordinary measures (Temagruppen unga i arbetslivet, 2013a).

The number of young people granted early retirement has been increasing over a long period, particularly those with a mental diagnosis or a slight mental disorder (Mykletun, 2013). This type of exclusion means that a significant proportion of a generation of young people have few or no links to the labour market for much of their adult life (Halvorsen et al. 2012). In Sweden alone, the number of people granted early retirement in the 19-29 year group has doubled in the past 15 years (Kaltenbrunner Bernitz Brita et.al. 2013:7).

Commissioned by the Nordic Council of Ministers, the Nordic Welfare Centre arranged an expert conference in Stockholm in January 2013, attended by 25 researchers and officials with specialist expertise from the Nordic countries. Over two days, participants discussed young people from the perspectives of mental ill-health, early retirement, functional impairments, and insecure transition from education to working life, and the work with young people who neither work nor study. The discussions and presentations culminated in a Nordic anthology with policy recommendations (Olsen and Tägtström, 2013).

At the expert conference, the thematic areas that were emphasised as being crucial were as follows:

- Working environment in schools
- Preventive work to counteract lack of completion of upper secondary studies
- Critical transition phases between compulsory school and upper secondary school, and between upper secondary school and work.
- Faster follow-up and activation of young people at risk of early retirement

Three of the four points relate to schools. Today, we know that there is a link between good school results and mental health. Leaving school with approved grades is a strong protecting factor.

Completed upper secondary education is almost compulsory for entry to the labour market today, largely because of new labour market demands and a drop in the supply of jobs requiring few or no qualifications. In the Nordic coun-

tries, 20-40% of young people do not complete upper secondary education (Hyggen, C, Olsen, T, Kolouh-Söderlund, L, Tägtström, J, 2015). This group is at significant risk of failing to gain a foothold on the labour market.

The mental health of young people is strongly linked to school performance and the working environment in schools (Socialstyrelsen, 2012, Kungl. Vetenskapsakademien, 2010, Temagruppen unga i arbetslivet, 2103b). We know that children and young people who are subjected to bullying and offensive treatment by peers and adults in schools are at risk of dropping out of school and developing mental ill-health (Anvik 2013; Due et al. 2013, Temagruppen unga i arbetslivet, 2013b). In Denmark, Norway and Sweden, initiatives have been implemented in the form of vocational education, apprenticeships where the aim is that young people do not necessarily have to study for three years at upper secondary level, and instead can combine studies with work (Undervisningsministeriet, 2014), but it is too early to see the effects of these measures.

A major development area is the transition from education to work. Several studies have shown that transition phases are a particularly important focal point for groups of young people in need of extra support (Anvik, 2013, Arnardottir, 2013). Examples are the transition from compulsory school to upper secondary school, and from upper secondary school to work/higher education. The transition to work is a particularly uncertain phase.

Responsibility for activation and follow-up of young people who are outside education or work is dispersed over several central and municipal administrative areas and levels, and

comprises an area for constant improvement. The longer the period of inactivity, the harder and longer the road to active participation of the young person in education or work (Temagruppen unga i arbetslivet 2012 and 2013b, SOU 2013:74).

One of the priorities of the project Youth in the Nordic Countries is to share good examples between the Nordic countries, particularly interventions that help to prevent ill-health, exclusion and early retirement among young people.



INNEHÅLL

Sammanfattning	10
Summary	11
Introduktion	12
Begrepp, dataunderlag, syfte och begränsningar	13
Ungas psykiska ohälsa i Sverige	15
Skolbarns hälsovanor 1985 – 2014	15
Ung i Värmland 1988 – 2011	17
Ungas psykiska ohälsa i Norden	18
Skolbarns hälsovanor – Danmark, Finland, Norge och Sverige	18
Nordiska ungdomsstudien	21
Enskilda studier – Danmark, Finland och Norge	22
Utblickar utanför Norden.....	24
Sociodemografiska skillnader	25
Studieinriktning.....	26
Födelseland	28
Typ av familjeboende.....	29
Långsiktiga effekter av självrapporterade besvär.....	31
Skolan och ungas psykiska hälsa.....	32
Skolmiljö och klassrumsklimat	32
Lärande och psykisk hälsa	38
Skolstress och psykisk ohälsa.....	39
Sammanfattning och diskussion	44
Varför ökar den psykiska ohälsan?.....	45
Skola, lärande och psykisk hälsa	46
Forskning pågår.....	46
Referenser	48
Bilaga 1 Redovisning av frågor om psykosomatiska besvär	54
Bilaga 2 Fakta om undersökningarna som används i rapporten	62
Bilaga 3 Summary of the Nordic conference in Iceland 2014	64

SAMMANFATTNING

I jämförelse med andra nordiska länder är den självrapporterade psykosomatiska hälsan sämre bland ungdomar i Sverige. Detta gäller för såväl yngre som äldre ungdomar. Finland uppvisar näst Sverige den högsta andelen ungdomar med psykosomatiska besvär och är det land där trendmönstren som helhet mest liknar de svenska.

Sverige och Danmark är varandras motpoler vad gäller ungdomars psykosomatiska hälsa. I samtliga tre åldersgrupper som undersökts uppvisar Danmark den lägsta förekomsten av sådana besvär. Trendmönstren för de fyra studerade nordiska länderna är tydligast för äldre ungdomar, framförallt flickor. Den självrapporterade psykiska ohälsan har ökat under de senaste decennierna, inte enbart i Sverige utan också i Finland och Norge. Danmark uppvisar som helhet inte någon ökning.

Den självrapporterade psykiska ohälsan bland ungdomar i Sverige har ökat sedan 1980-talet. Det gäller i första hand äldre ungdomar i årskurs 9, men även ungdomar i årskurs 7, i synnerhet flickor. Bland elever i årskurs 5 har ökningen varit liten, och inget tydligt trendmönster kan urskiljas. Den nedgång av psykiska besvär som noterades 2009/10 i WHO-undersökningen "Skolbarns hälsovanor" har vid det senaste undersökningstillfället 2014 vänts till en kraftig uppgång i årskurs 9, både bland pojkar och bland flickor. Även bland flickor i årskurs 7 har det skett en kraftig ökning av psykiska besvär.

I undersökningen "Ung i Värmland" framkommer tydliga sociodemografiska skillnader i psykosomatisk hälsa mellan olika grupper, med

avseende på kön, föräldrars födelseland, typ av familjeboende och studieinriktning. Skillnaderna mellan olika grupper har förändrats i liten utsträckning över tid. Psykosomatiska besvär är vanligare bland flickor än bland pojkar, bland elever med icke teoretisk studieinriktning än bland elever med teoretisk sådan, bland elever med utländsk jämfört med svensk bakgrund, och bland ungdomar som bor med en förälder jämfört med ungdomar som bor med båda föräldrarna. Alkoholkonsumtionen har minskat över tid, i alla studerade sociodemografiska grupper.

Den bild av ökande psykisk ohälsa bland unga i Sverige som förmedlas av enkätundersökningar ligger i linje med registerdata från hälso- och sjukvården. Andelen barn i åldern 13-18 som skrivs in på sjukhus på grund av psykisk ohälsa har mer än fördubblats under de senaste 20 åren, både bland pojkar och bland flickor.

SUMMARY

Compared with other Nordic countries, self-reported psychosomatic problems are worse among young people in Sweden. The same pattern is observed for both younger and older year groups. After Sweden, Finland shows the highest proportion of young people with psychosomatic problems, and is the country where the pattern as a whole is most similar to that in Sweden.

Sweden and Denmark are opposites in terms of the psychosomatic health of young people. In all three year groups investigated, Denmark showed the lowest occurrence of psychosomatic problems. The pattern in the four Nordic countries studied is clearest for older children, particularly girls. Self-reported mental ill-health has increased in recent decades, not only in Sweden but also in Finland and Norway, while Denmark on the whole does not show any increase.

The frequency of self-reported mental ill-health among young people in Sweden has increased since the 1980s. The increase is particularly pronounced for young people in year 9 of education, but also to those in year 7, particularly girls. Among pupils in year 5, the increase has been small, and no significant trend patterns can be discerned. The decline in mental health noted in 2009/10 in the WHO survey, 'Health Behaviour in School-aged Children' has, in the most recent survey in 2014, been replaced by a distinct increase in year 9, and applies to both boys and girls. Among girls in year 7, mental ill-health has also dramatically increased.

The 'Young in Värmland' survey showed clear socio demographic differences in psychosomatic health between groups according to gender,

parents' country of birth, type of family residency, and programme of study. The differences between groups have changed slightly over time. Psychosomatic problems are more common among girls than boys, among pupils with non-academic study orientation programmes compared with those with academic study orientation, among pupils with non-Swedish background compared with those with a Swedish background, and among young people who live with one parent compared with those who live with both parents. Alcohol consumption has fallen over time in all the socio demographic groups studied.

The pattern of increasing mental ill-health among young people in Sweden as shown by surveys corresponds to register data from the healthcare service. The number of young people aged 13-18 admitted to hospital with mental ill-health has more than doubled in the past 20 years, and the pattern applies to both boys and girls.

INTRODUKTION

Ungas psykiska hälsa och skolelevers studieresultat är frågor som ständigt skapar stora tidningsrubriker. I media ges bilden av att allt fler unga i Sverige mår allt sämre psykiskt. Den bilden har sina rötter i 1990-talets svåra ekonomiska kris i Sverige. Sedan dess har larmrapporterna om ökande psykisk ohälsa bland barn och ungdomar avlöst varandra (Beckman & Hagquist, 2010). Ungas psykiska hälsa har numera också en plats i det politiska skeendet på nationell nivå. Från vänster till höger målas likartade bilder. I den regeringsförklaring som statsminister Stefan Löfven läste upp i riksdagen den 3 oktober 2014 framhålls att "Allt fler unga, särskilt kvinnor, hbtq-personer och personer med funktionsnedsättning, mår dåligt i dagens samhälle." (Regeringskansliet, 2014). I den tidigare alliansregeringens valmanifest uttalades att "Allt fler 15-åringar besvärar sig av nedstämdhet och sömnproblem." (Alliansen, 2014).

Det finns också en mediebild av att svensk skola befinner sig på ett sluttande plan. Den bilden får sin näring i återkommande internationella undersökningar av vilka PISA (Programme for International Student Assessment) är den mest kända. De delvis parallella och nedåtgående trenderna för ungas psykiska hälsa och för studieresultat väcker frågor om hur skola, lärande och psykisk hälsa hänger samman.

Kopplingen mellan skola, lärande och psykisk hälsa har tidigare gjort få avtryck i svensk forskning. Utbildningsforskning och hälsoforskning har i hög grad följt parallella spår utan att mötas. Barnens skolprestationer och psykiska hälsa har hittills huvudsakligen studerats var för sig. När en arbetsgrupp inom Kungl. Vetenskapsakademien för några år sedan granskade tiotusentals

litteraturreferenser inom området fann man inte en enda svensk studie av hög kvalitet och relevans som berörde det kausala sambandet mellan skolprestationer och psykisk hälsa (Gustafsson et al., 2010). Flera svenska forskargrupper har dock de senaste åren antagit utmaningen, med stöd av statliga forskningsfinansiärer.

Den internationella forskningen ger ett tydligt besked om vikten av koppla samman frågor om skola, lärande och psykisk hälsa. I Kungl. Vetenskapsakademiens systematiska kunskapsöversikt redovisas 51 studier vilka inte enbart påvisar ett samband mellan skolprestationer och psykisk hälsa, utan också håller en så hög kvalitet att kausaliteten kan beskrivas (Gustafsson et al., 2010). Den oberoende vetenskapliga panelen vid Kungl. Vetenskapsakademiens State of the Science konferens 2010 om skola, lärande och psykisk hälsa uttalade att:

- Skolan har en stor betydelse för barns och ungdomars psykiska hälsa.
- Svaga skolprestationer påverkar den psykiska hälsan och den psykiska hälsan påverkar skolprestationerna – därmed uppstår onda cirklar.
- Det är viktigt för det fortsatta lärandet och för att barnen ska må bra att förskoletiden och de första skolåren blir en positiv erfarenhet, och att barnen lär sig läsa bra (KVA, 2010a)

Kungl. Vetenskapsakademiens skolkonferens föregicks av en State of the Science konferens om trender i ungas psykiska hälsa. Både skolkonferensen och trendkonferensen visade att kunskapsluckorna är många och att forskningsbehoven är stora. De statliga forsknings-

finansiärerna FAS (numera Forte), Vetenskapsrådet, Formas och Vinnova reagerade snabbt i form av en gemensam utlysning av 300 miljoner kronor till forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa. Många stora forskningsprojekt pågår nu, bl a om sambandet mellan skola, lärande och psykisk hälsa. Även i många kommuner pågår projekt för att främja ungas psykiska hälsa. En del av dessa projekt utgår från sambandet mellan skolresultat och psykisk hälsa, och har genomförts inom ramen för Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) Psyknprojekt vilket bedrevs 2011 – 2014 med stöd från Socialdepartementet (SKL, 2015). Psyknprojektet har 2015 övergått i en ny fas och är nu främst inriktat på kunskapsspridning och stöd till kommuner och landsting för implementering och utvärdering.

Motsvarande ansatser är sällsynta inom det skolpolitiska området. Skolpolitik och hälsopolitik fortsätter i hög grad att följa parallella spår utan att mötas. Detta illustreras exempelvis i Skolverkets analyser av den försämrade kunskapsutvecklingen bland svenska skolbarn (Skolverket, 2013a). I Skolverkets långa lista med tänkbara orsaker till kunskapsrasen i den svenska skolan saknas den ökande psykiska ohälsan. Det är förvånande mot bakgrund av den kunskap som numera finns om sambandet mellan skolprestationer och ungas psykiska hälsa, och den uppmärksamhet frågan fick på och efter Kungl. Vetenskapsakademiens State of the Science konferens 2010 om skola, lärande och psykisk hälsa.

Ungas psykiska hälsa är en viktig fråga också för de organisationer som verkar för samarbete mellan de nordiska länderna:

- Skola, lärande och psykisk hälsa var ett huvudtema på ett seminarium som Nordens Vårdscenter och Nordiska ministerrådet anordnade i Visby den 30 juni 2014 under Almedalsveckan.
- Barns psykiska hälsa och välbefinnande var temat för en konferens som Nordiska ministerrådet anordnade den 8 oktober 2014 i Reykjavik, Island (se bilaga 3 för en sammanfattning).

BEGREPP, DATAUNDERLAG, SYFTE OCH BEGRÄNSNINGAR

Som begrepp är psykisk hälsa inte synonymt med frånvaro av psykisk ohälsa. Psykisk hälsa som begrepp innefattar emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande. Psykisk ohälsa innefattar lättare och medelsvåra former av psykiska besvär, t ex ångslan, oro och nedstämdhet. Betraktade på detta sätt representerar psykisk hälsa och psykisk ohälsa två olika dimensioner vilket innebär att en individ samtidigt kan uppleva både psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Användningen av dessa begrepp är dock varken enhetlig eller konsekvent. Ibland används exempelvis psykisk hälsa som ett samlingsbegrepp för välbefinnande, d v s som ett begrepp som innefattar mer än frånvaro av psykisk ohälsa. Allvarlig psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för psykiatriska diagnoser brukar benämnas psykiatriska tillstånd (Bremberg & Dalman, 2015). Inom begreppet psykisk ohälsa kan man skilja mellan inåtvända (internaliserade) problem och utagerande (externaliserade) problem (SOU, 1997; SBU 2010). Exempel på inåtvända problem är ångslan, oro, ångest, depression, åtsörningar och andra psykosomatiska uttryck, samt självska- och självmordsbeteende. Exempel på utagerande problem är trots, aggressivitet, impulsivitet och normbrytande beteende.

En stor del av den svenska forskningen och epidemiologiska bevakningen av ungdomars psykiska ohälsa har haft fokus på självrapporterade internaliserade besvär, däribland psykosomatiska besvär. Detta återspeglas också i denna rapport. Det empiriska materialet som presenteras har tydligt fokus på psykisk ohälsa. Huvudsyftet med rapporten är att beskriva skolelevs psykiska ohälsa i Sverige med utblickar mot andra nordiska länder, och med fokus på vilka förändringar som ägt rum under de senaste decennierna. Rapporten syftar också till att belysa ungas psykiska ohälsa i ljuset av den pågående debatten om den svenska skolan och den negativa kunskapsutvecklingen bland svenska elever. Eftersom vissa delar av rapporten har ett bredare anslag än psykisk ohälsa används psykisk hälsa som ett samlingsbegrepp i titeln på rapporten och i några andra sammanhang.

Det svenska dataunderlaget har hämtats från WHO-undersökningen "Health Behaviour in School-aged Children" (förkortat HBSC; på svenska Skolbarns hälsovanor) (Currie et al., 2012; Folkhälsomyndigheten, 2014, se bilaga 2) och från den regionala undersökningen "Ung i Värmland" (Hagquist, 2012, se bilaga 2) – de enda svenska studier som ingår i den internationella översiktsartikel om förändringar i ungas psykiska hälsa som publicerades 2014 (Bor et al., 2014). Data från "Skolbarns hälsovanor" har också använts för nordiska jämförelser i trender. Tidstrenderna presenteras i form av diagram. Parallellt med arbetet med denna rapport har fördjupade trendanalyser gjorts, vilka kommer att redovisas i vetenskapliga tidskrifter. Data från Nordiska ungdomsstudien har använts för att beskriva psykisk ohälsa bland gymnasieelever. I rapporten belyses också nordiska ungdomars skolsituation med data från PISA-undersökningen och "Skolbarns hälsovanor".



– UNGAS PSYKISKA OHÄLSA I SVERIGE –

Medan media förmedlat en närmast entydig bild av ökande psykisk ohälsa bland unga fanns bland forskare länge stor osäkerhet om det empiriska stödet för sådana beskrivningar (Beckman & Hagquist, 2010). Därför anordnande Kungl. Vetenskapsakademien (KVA) 2010 också en State of the Science konferens för att ge svar på frågan hur barns och ungdomars psykiska hälsa har förändrats över tid i Sverige. Vid konferensen presenterades en omfattande genomgång av svenska studier och inbjudna experter föreläste. Konferensen avslutades med ett uttalande från en oberoende panel:

”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. Andelen flickor med problem har i vissa fall dubblats eller tredubblats. Pojkarna följer flickornas uppåtgående trend, men betydligt färre anger att de känner nedstämdhet och oro. Uttalandet ovan bygger på hur ungdomarna själva upplever sin situation; vad de rapporterar i olika enkätundersökningar.” (KVA, 2010b)

Panelen konstaterade också att:

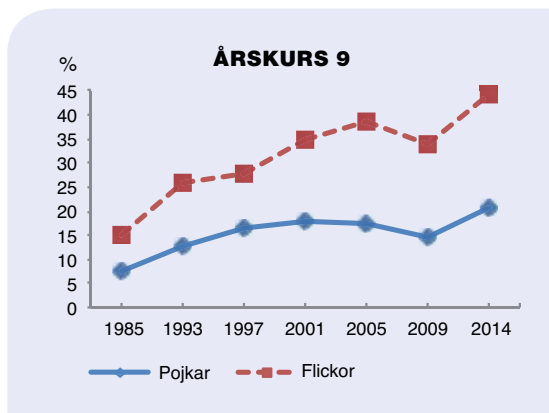
- Det finns även mer objektiva tecken på att vissa former av psykisk ohälsa ökar, till exempel vårdas allt fler unga flickor på sjukhus efter självmordsförsök.
- Det är anmärkningsvärt att unga inte följer den drastiska minskning i självmordsfrekvens som syns i alla andra åldersgrupper. Istället ligger ungdomsgruppen stabilt på ungefär samma nivå.

- Det är slående hur lite vetenskapligt grundad kunskap det finns om förändringar i barns psykiska hälsa, speciellt för yngre barn. Utifrån underlaget kan panelen inte uttala sig om barn i åldern 0-10 år.

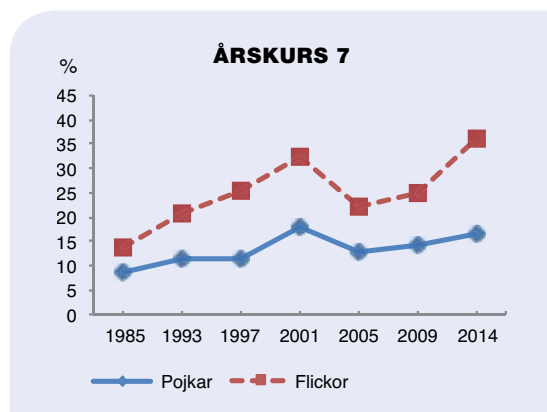
KVA-panelens uttalande om ökande psykiska ohälsa baserades i huvudsak på WHO-undersökningen om skolbarns hälsovanor med deltagande från drygt 40-talet länder.

SKOLBARNS HÄLSOVANOR 1985 – 2014

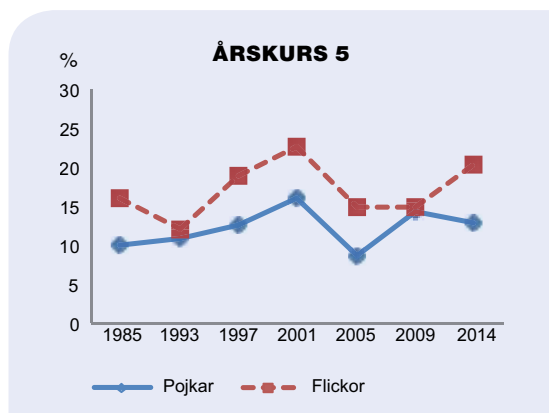
WHO-studien ”Skolbarns hälsovanor” genomförs i årskurserna 5, 7 och 9 med frågeformulär som besvaras i skolan. I Sverige gjordes den första datainsamlingen 1985/86 och den senaste under januari 2014 (Folkhälsomyndigheten, 2014; se bilaga 2). De diagram över trenderna för psykisk ohälsa i Sverige som redovisas i det följande baseras på en summering av elevernas svar på fyra frågor om psykiska besvär. Diagrammen ger ingen entydig bild av trenderna i självrapporterad psykisk ohälsa bland svenska skolbarn. Tydligast är mönstret för 15-16 åringar, dvs eleverna i årskurs 9. Figur 1 visar en uppåtgående trend för psykisk ohälsa bland elever i årskurs 9. Andelen pojkar och flickor med psykiska besvär har nästan tredubblats på 30 år. Med undantag för perioden 2005 – 2009 har det bland flickor varit en kontinuerlig ökning sedan 1985. Bland pojkar planade trendkurvan ut i början av 2000-talet. Den nedgång i psykiska besvär som noterades 2009 för båda könen har 2014 vänts i en kraftig uppgång både bland pojkar och bland flickor.



Figur 1. Förekomst av psykiska besvär bland pojkar och flickor i årskurs 9, fördelat efter undersökningsår [Data: Skolbarns hälsovanor 1985-2014].



Figur 2. Förekomst av psykiska besvär bland pojkar och flickor i årskurs 7, fördelat efter undersökningsår [Data: Skolbarns hälsovanor 1985-2014].



Figur 3. Förekomst av psykiska besvär bland pojkar och flickor i årskurs 5, fördelat efter undersökningsår [Data: Skolbarns hälsovanor 1985-2014].

Den långsiktiga trenden är uppåtgående också i årskurs 7. Bland flickor i årskurs 7 har det skett en kraftig ökning av psykiska besvär från 2009 till 2014, vilket framgår av figur 2. Ökningen bland pojkar är väsentligt mindre. I jämförelse med 1985 är dock ökningen stor. Andelen pojkar med psykiska besvär är nästan dubbelt så stor 2014 som 1985, bland flickor är ökningen ännu större. I årskurs 7 följs trenderna för pojkar och flickor i huvudsak åt, med flickor på en konstant högre nivå.

Trendmönstren för elever i årskurs 5 avviker från de äldre årskursernas, i synnerhet från mönstret för årskurs 9. I jämförelse med årskurserna 7 och 9 har små förändringar i psykisk ohälsa skett under de senaste 30 åren. Bland flickor har en kraftig ökning skett från 2009 till 2014, medan andelen pojkar med besvär var lägre 2014 än 2010. Såväl bland pojkar som bland flickor noterades den högsta andelen med psykiska besvär 2001.

UNG I VÄRMLAND 1988 – 2011

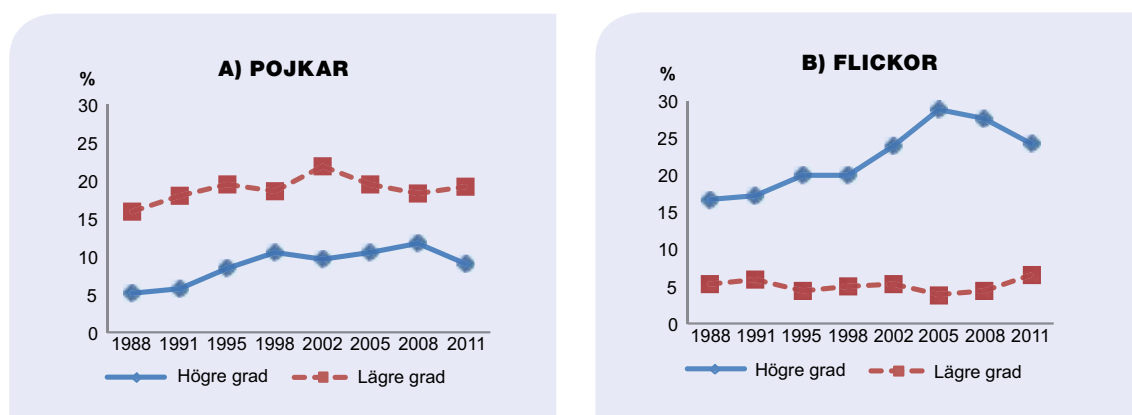
I Värmland genomförs sedan slutet av 1980-talet återkommande totalundersökningar av niondeklassares sociala och hälsomässiga situation (Hagquist 2012; se bilaga 2).

De diagram över trenderna i Värmland för psykosomatiska besvär, vilka redovisas i det följande, baseras på en summering av elevernas svar på åtta frågor om psykiska och somatiska besvär.

Av figur 4a framgår att såväl andelen pojkar med högre grad av psykosomatiska besvär som andelen med lägre grad har ökat under perioden 1988 – 2011. Detta innebär att spridningen av individer har ökat, samtidigt som medelvärdet

för psykosomatiska besvär bland pojkar varit i huvudsak oförändrat. Bland flickor har däremot andelen med lägre grad av psykosomatiska besvär legat konstant över tid, medan andelen flickor med högre grad av psykosomatiska besvär ökat.

Såväl ”Skolbarns hälsovanor” som ”Ung i Värmland” visar att den psykiska ohälsan ökat bland äldre ungdomar. Den bild av ökande psykisk ohälsa bland unga som dessa enkätundersökningar förmedlar ligger i linje med registerdata från hälso- och sjukvården. Andelen barn i åldern 13-18 som skrivs in på sjukhus p g a psykisk ohälsa har mer än fördubblats under de senaste 20 åren, både bland pojkar och bland flickor (Mörk, Sjögren & Svaleryd, 2014).



Figur 4 a-b. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 med högre respektive lägre grad av psykosomatiska besvär, fördelat efter undersökningsår [Ung i Värmland 1988-2011].

– UNGAS PSYKISKA OHÄLSA I NORDEN –

Med undantag för WHO-undersökningen "Skolbarns hälsovanor" finns få eller inga studier som kan användas för komparativa analyser av ungas psykiska hälsa i de nordiska länderna. WHO-undersökningens data om psykisk ohälsa har inte tidigare presenterats med fokus på jämförelser mellan de nordiska länderna. De internationella rapporter som publiceras efter varje undersökning har av förklarliga skäl haft ett annat fokus. Det bestående intrycket från dessa rapporter är att flickor från Sverige ständigt hamnar högt upp på listan över den psykiska ohälsans utbredning i olika länder. Det bör redan inledningsvis sägas att jämförelser mellan länder är komplicerade att göra och att de metodologiska fallgroparna är många. Det faktum att trendstudierna om psykisk hälsa kan ha genomförts på olika sätt, i olika åldersgrupper och med olika mätinstrument, kan göra det svårt att jämföra resultat från olika studier. En del studier baseras på psykiatriska diagnoser medan andra vilar på självrapporterad psykisk ohälsa. Inom gruppen av studier baserade på skattningsformulär kan därutöver informanterna vara olika, t ex elever eller föräldrar. Dessa metodproblem gäller inte bara ungas psykiska hälsa, utan också studier av skolprestationer har delvis likartade metodproblem, vilket PISA-debatten vittnar om. Resultaten nedan bör därför läsas och tolkas med detta i minnet.

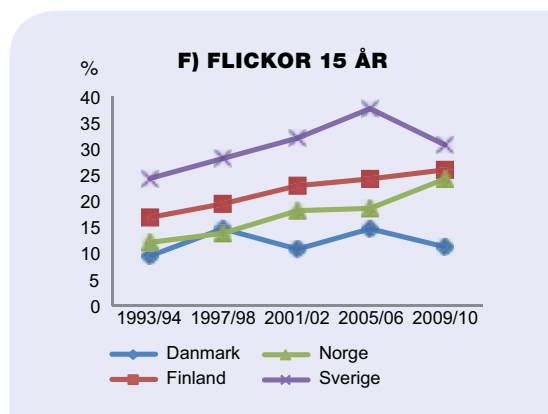
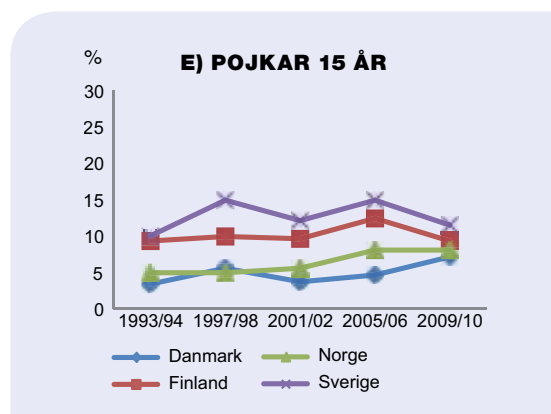
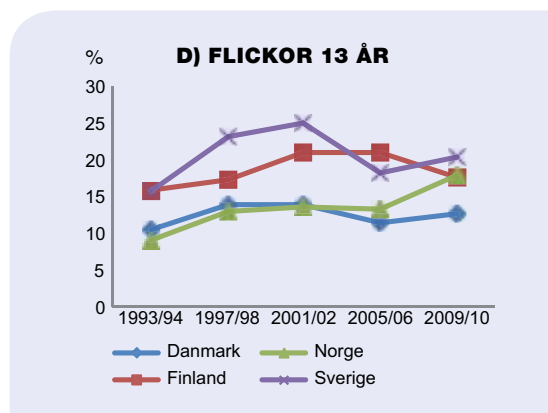
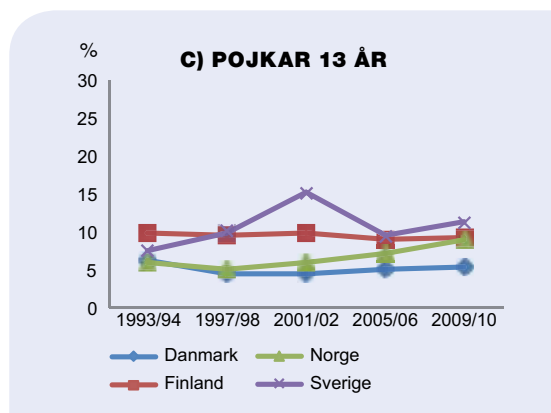
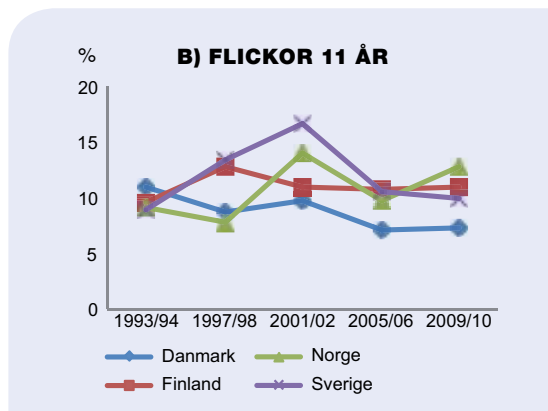
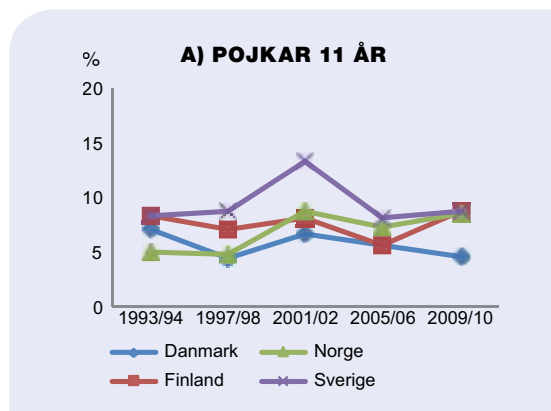
Sverige och Danmark är varandras motpoler när det gäller psykosomatiska besvär och intar en särställning bland de nordiska länderna. Det framgår tydligt av resultaten från undersökningen om "Skolbarns hälsovanor". Oavsett ungdomarnas ålder är psykosomatiska besvär vanligast i Sverige och minst vanliga i Danmark. Mest tydliga är skillnaderna bland 15-åringar, i

synnerhet bland flickor. Medan andelen 15-åriga flickor med psykosomatiska besvär ökat över tid inte bara i Sverige utan även i Finland och i Norge så har förändringarna över tid varit små i Danmark. Finland är det land där trendmönstren som helhet mest liknar de svenska. I Sverige liksom i Norge nåddes en topp 2001/02. En delvis annan bild ges i en färsk HBSC-studie bland ungdomar i årskurs 9 genomförd med könsanpassade analyser istället för separata analyser för pojkar respektive flickor (Otto-vá-Jordan, 2015). Studien visar en linjär ökning av återkommande hälsobesvär i Danmark, Finland och Norge, och en omvänt u-formad trend för Sverige. Analysen baseras på i huvudsak samma data men med andra cut-off värden än i analyserna som redovisas i denna rapport.

SKOLBARNS HÄLSOVANOR – DANMARK, FINLAND, NORGE OCH SVERIGE

I figur 5 a-f redovisas andelen elever 1993/94 – 2009/10 i Danmark, Finland, Norge och Sverige med psykosomatiska besvär), fördelat efter ålder och kön. Island anslöt sig till HBSC först 2001 och ingår därför inte i analyserna. Diagrammen baseras på en summering av elevernas svar på åtta frågor om psykiska och somatiska besvär.

Av figur 5 a-f framgår att trenderna för de olika nordiska länderna uppvisar stora likheter sinsemellan: tydligast mönster i årskurs 9, minst tydligt i årskurs 5. I årskurs 9 följer flickor i Finland och Norge samma uppåtgående trend som flickor i Sverige. I likhet med Sverige skedde en tydlig ökning 2001/02 i årskurs 5, bland pojkar i samtliga fyra länder och bland flickor i Sverige och i Norge. Det inbördes förhållandet mellan de fyra länderna är i huvudsak detsamma såväl

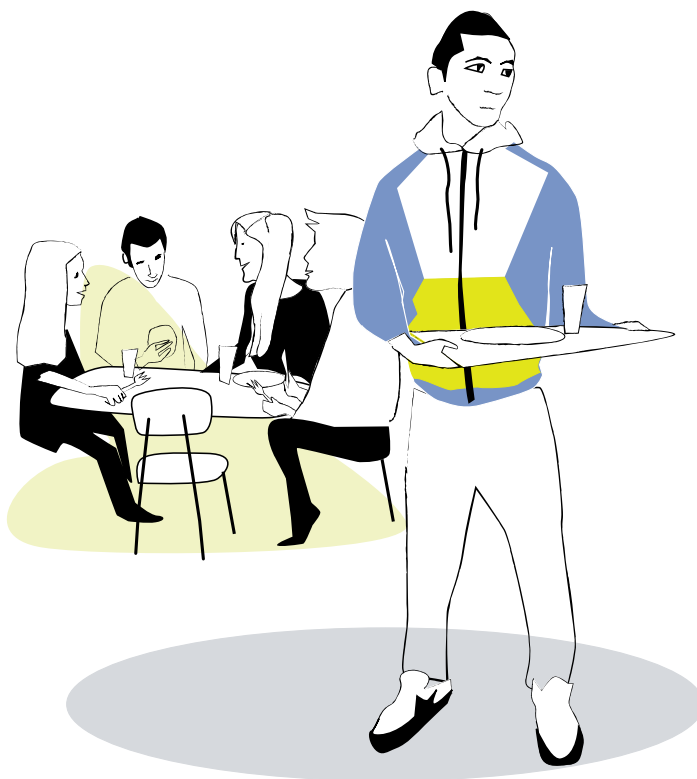


Figur 5 a-f. Psykosomatiska besvär bland pojkar och flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige, fördelat efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

pojkar som flickor och för olika åldersgrupper: Förekomsten av psykosomatiska besvär är högst i Sverige, följt av Finland, och lägst i Danmark. I figur 21-28 a-f i bilaga 1 redovisas andelen elever med besvär för samtliga åtta enskilda frågor som ingår i det sammansatta måttet psykosomatiska besvär som redovisades i det föregående. Mönstret för flertalet av de enskilda frågorna är i huvudsak detsamma som för psykosomatiska besvär. Några frågor avviker från det dominerade mönstret. De mest påtagliga avvikelserna är den låga andelen elever finska

elever som besväras av nedstämdhet och den relativt höga andelen danska elever som har ont i ryggen.

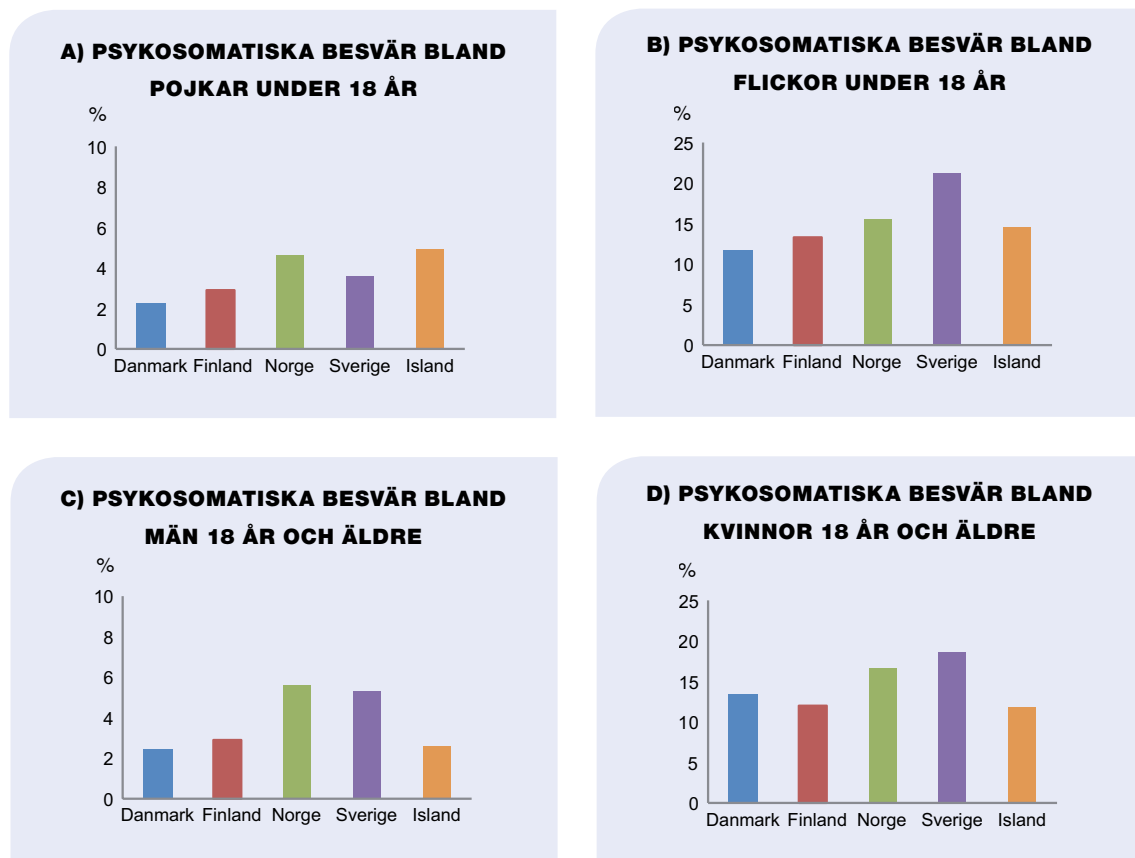
Den sammantagna bilden från de fyra nordiska länderna är att trendmönstren är tydligast för äldre ungdomar, framförallt flickor. Självrapporterad psykisk ohälsa har ökat under de senaste decennierna, inte endast i Sverige utan också i Finland och Norge. Danmark uppvisar som helhet inte en ökning.



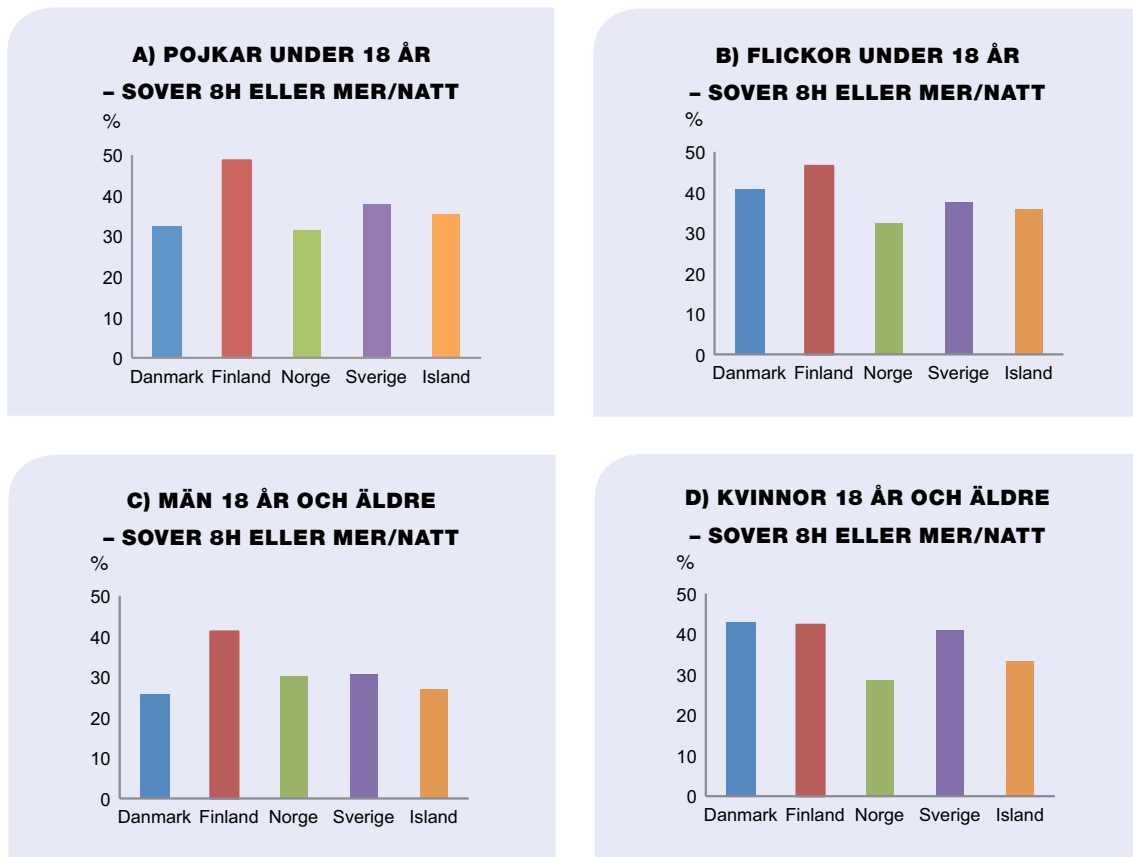
NORDISKA UNGDOMSSTUDIEN

WHO-undersökningen "Skolbarns hälsovanor" är unik i sitt slag. Någon motsvarande undersökning finns inte för äldre ungdomar, men med stöd av Nordiska ministerrådet gjordes 2009/10

en studie bland ungdomar i 16-19 års ålder med deltagande från samtliga nordiska länder (se bilaga 2). Studien visar på stora skillnader mellan de nordiska länderna (ICSRA, 2010).



Figur 6 a-d. Psykosomatiska besvär bland pojkar under 18år (a), flickor under 18 år (b), män 18 år och äldre (c) och kvinnor 18 år och äldre (d) i de nordiska länderna [Data: Nordiska ungdomsstudien 2009/10].



Figur 7 a-d. Sömnvanor bland pojkar under 18år (a), flickor under 18 år (b), män 18 år och äldre (c) och kvinnor 18 år och äldre (d) i de nordiska länderna [Data: Nordiska ungdomsstudien 2009/10].

I likhet med resultaten från Skolbarns hälsövanor är det i Sverige som den högsta andelen kvinnor med psykosomatiska besvär finns. Som helhet uppvisar Danmark de lägsta andelarna. Bland flickor under 18 år är andelen med psykosomatiska besvär nästan dubbelt så stor i Sverige som i Danmark.

I den nordiska ungdomsstudien undersöktes också sömnvanorna.

Av figur 7 framgår att Finland utmärker sig bland de nordiska länderna. Närmare hälften av alla pojkar och flickor under 18 år i Finland

sover åtta timmar eller mer per natt. Det är tio procentenheter mer än i Sverige i motsvarande grupper. Endast bland kvinnor 18 år och äldre ligger Sverige i nivå med Finland.

ENSKILDA STUDIER – DANMARK, FINLAND OCH NORGE

Under senare år har också trendstudier publicerats från enskilda nordiska länder. I en finsk undersökning bland 13- och 15-åriga ungdomar noterades inga förändringar i självskattad psykisk ohälsa från 1998 till 2008, vare sig för internaliserande eller externaliserade besvär. Detta gällde oavsett ungdomarnas ålder och

kön. Den enda statistiskt säkerställda förändringen var hyperaktivitet bland flickor (Sourander et al., 2012). I en norsk undersökning bland 16–17-åringar såg bilden olika ut beroende på vilken tidsperiod som studerades. Från 1992 till 2002 ökade andelen ungdomar med depressiva besvär medan inga förändringar noterades mellan 2002 och 2010 (von Soest & Wichström, 2014). Ökningen under den första tidsperioden var större för pojkar än för flickor. Sett över hela den studerade perioden 1992–2010 ökade depressiva besvär både bland pojkar och bland flickor. Den norska studien indikerade att det skett en polarisering inom den studerade ungdomsgruppen. Såväl andelen ungdomar med problem som andelen utan problem hade ökat. I likhet med andra trendundersökningar framkom i den norska studien inga skillnader i emotionella besvär kopplade till socioekonomiska förhållanden eller familjestruktur.

En dansk studie bland 11–16-åringar visar motstridiga resultat beroende på informant och typ av symptom. Självskattade internaliserande besvär ökade från 1996 till 2010, både bland pojkar och flickor medan självskattade externaliserade besvär inte förändrades. Skattningar gjorda av föräldrar och lärare visade ingen förändring av internaliserande besvär, däremot en minskning av externaliserade besvär (Henriksen et al., 2012)

Av en nyligen publicerad dansk litteraturgenomgång framgår att andelen danska ungdomar som känner sig stressade fördubblats under de senaste 20 åren och att sömnbesvär ökat 3–4 gånger. Även förekomsten av ADHD har ökat kraftigt under de senaste 15 åren. I vilken grad ökningen av ADHD kan tillskrivas förbättrad diagnostik är en öppen fråga. För psykiska problem som depression och ängslan saknas nationella och representativa data i Danmark (Due et al., 2014).

Bland 14–15-åringar i Island ökade ängslan och depression bland flickor och ängslan bland pojkar från 1997 till 2006 (Sigfusdottir et al., 2008).

UTBLICKAR UTANFÖR NORDEN

Att tidstrender bland barn och ungdomar är komplexa bekräftas av en färsk internationell översikt baserad på 19 kvalitetsbedömda artiklar med data både från slutet av 1900-talet och början av 2000-talet (Bor et al., 2014). Svaret på frågor om förändringar över tid påverkas av såväl vilka symtom som studeras som ålder, kön och informant (barn, förälder eller lärare). Helhetsbilden är att den psykiska ohälsan inte ökade bland barn under 11 år. Bland ungdomar ökade internaliserade besvär bland flickor, medan resultaten för pojkar var blandade. Förekomsten av externaliserade besvär var oförändrad över tid både bland pojkar och flickor. Delvis andra slutsatser dras av Collishaw (2015) i en annan färsk översiktsartikel om trender i barns och ungdomars psykiska hälsa: Betydande förändringar har ägt rum i prevalensen av såväl emotionella besvär som antisocialt beteende i höginkomstländer, inkluderande perioder med ökningsar såväl som minskningar av prevalensen. I sin genomgång fann Collishaw inte stöd för att ADHD ökat.

I en numera klassisk litteraturgenomgång fann Smith och Rutter (1995) att psykosociala besvär bland ungdomar ökat sedan andra världskriget. Genomgångar av olika studier tyder också på att emotionella besvär ökat bland ungdomar under de senaste 30 åren (Hagell, 2012). Å andra sidan visar en metaanalys av 26 studier gjorda under en 30-årsperiod att depressiva besvär inte ökat bland barn och ungdomar (Costello et al., 2006). Därutöver skiljer sig trenderna mellan olika länder. I exempelvis USA minskade emotionella besvär bland ungdomar under 1990-talet. I gruppen låginkomstländer är informationen om trender för ungas emotionella besvär mycket begränsad (Hagell, 2012). Brittiska studier visar att trenderna kan se olika ut för olika typer av psykiska besvär. Medan emotionella besvär och uppförandeproblem ökade, förändrades inte förekomsten av ADHD-besvär (Hagell, 2012). Det senare är särskilt noterbart, eftersom uppmärksamheten på denna typ av besvär, diagnostisering och behandling ökat tydligt sedan 1980-talet.

— SOCIODEMOGRAFISKA SKILLNADER —

Ungdomar är en väsentligt mer heterogen grupp än medierapportering kan ge intryck av. Fler-talet ungdomar har en god fysisk och psykisk hälsa, något som också framgår av WHO-undersökningen om skolbarns hälsovanor som startade på 1980-talet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Som redovisats tidigare är könsskillnaderna i psykisk ohälsa betydande framförallt bland äldre ungdomar. I årkurserna 7 och 9 är skillnaderna stora i psykisk ohälsa mellan pojkar och flickor vid samtliga undersöknings-tillfällen från 1985 till 2014.

I en färsk litteraturgenomgång med fokus på psykisk hälsa bland unga visade 52 av 55 studier ett samband mellan social position och psykisk hälsa bland ungdomar (Reiss, 2013). En nyligen publicerad artikel baserad på HBSC-data visar att den socio-ekonomiska ojämlikheten i hälsa (inklusive psykisk hälsa) ökat över tid. Tidsse-rieanalysen visar att denna ökning sammanfal-ler med ökade inkomstskillnader (Elgar et al., 2015).

Kunskapen om andra demografiska skillnader i ungas psykiska hälsa är mindre entydig, exem-pelvis när det gäller skillnader med avseende på socioekonomiska faktorer. En ofta förekom-mande uppfattning sedan slutet av 1980-talet har varit att ungdomstiden i jämförelse med barn- respektive vuxenåldrarna kännetecknas av en relativ jämlikhet i hälsa mellan barn från olika sociala klasser. Detta har förklarats bl a med att klassöverskridande ungdomskultu-rer bidrar till att utjämna skillnaderna mellan ungdomar från olika sociala bakgrunder (West, 1988; 1997). Vad som mäts, och hur, kan dock ha stor betydelse för vilka sociala skillnader som framträder mellan olika ungdomsgrupper.

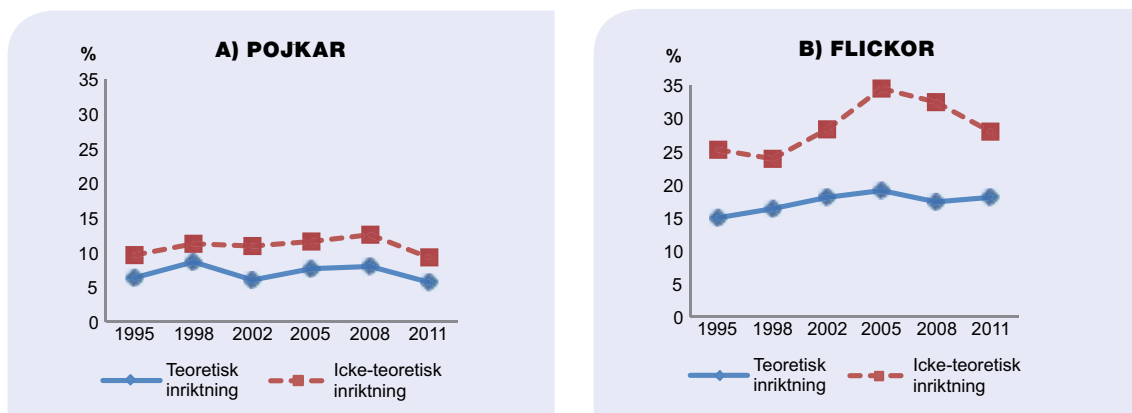
De studier som pekat i riktning mot minskade klasskillnader under ungdomsåren har exempel-vis haft huvudfokus på andra hälsoproblem än psykisk hälsa.

En studie baserad på registerdata visar att det finns en tydlig social gradient som påverkar san-nolikheten för ett barn att bli inskrivet på sjuk-hus p g a psykisk ohälsa. Den sannolikheten är 60 procent högre för barn från familjer med den lägsta socioekonomiska statusen jämfört med den högsta (Mörk, Sjögren & Svaleryd, 2014).

Att risken för psykisk ohälsa tydligt kan kopp-las till sociala förhållanden framgår av en svensk studie bland unga vuxna med aktivitetsersätt-ning, d v s unga som haft nedsatt arbetsförmåga under minst ett år och inte kunnat arbeta p g a sjukdom eller annan funktionsnedsättning. Själv-mord och självmordsförsök var mycket vanligare bland unga med aktivitetsersättning än bland andra unga (SOU, 2010). I studien följ-des tre olika kohorter av samtliga unga vuxna i Sverige som år 1995, 2000 respektive 2005 var 19-23 år gamla, i fem år.

Resultaten visar att:

- Antalet som avlidit i självmord bland dem som hade aktivitetsersättning när de inklude-rades har mer än fyrdubblats från 1995 års kohort till 2005 års kohort.
- I samtliga tre kohorter finns en överrisk för suicidala handlingar bland unga med aktivi-tetsersättning i jämförelse med andra unga.
- Störst är risken för självmordsförsök bland unga som fått aktivitetsersättning på grund av psykiska besvär.



Figur 8 a-b. Förekomst av psykosomatiska besvär bland pojkar och flickor i årskurs 9, fördelat efter studieinriktning och undersökningsår [Data: Ung i Värmland 1995-2011].

När trenderna i psykisk hälsa granskades vid Kungl. Vetenskapsakademiens State of the Science konferens 2010 saknades underlag för att bedöma om trenderna skiljde sig mellan olika sociodemografiska grupper (KVA, 2010b). Bristen på denna typ av data är inte unikt för Sverige. Även en brittisk översikt visar att endast ett fåtal trendstudier belyst sociodemografiska skillnader, t ex skillnader mellan ungdomar från välbeställda och mindre bemedlade familjer (Hagell, 2012). Skillnader mellan olika etniska grupper har studerats i begränsad omfattning, men trenderna för emotionella besvär och uppförandeproblem tycks som helhet inte ha påverkats av förändringarna i befolkningens sammansättning (Hagell, 2012).

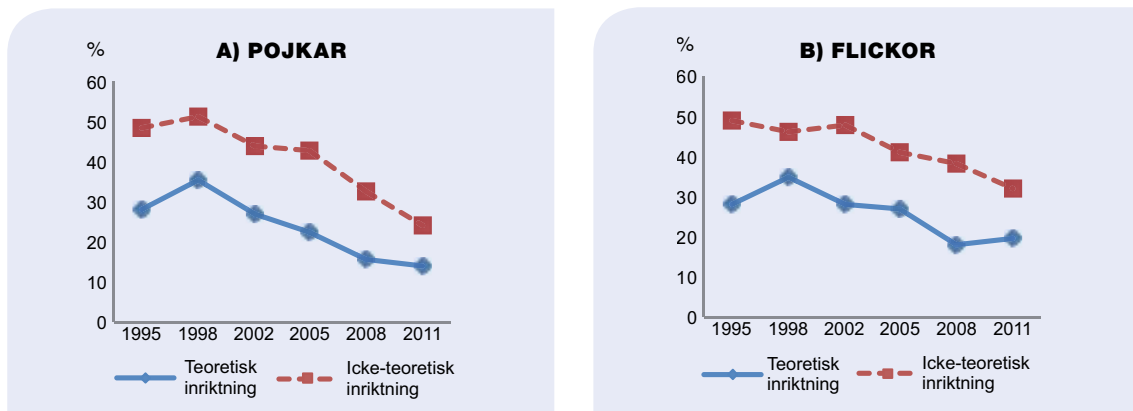
STUDIEINRIKTNING

Den sociala differentieringen kan också belysas utifrån ungdomarnas studieinriktning. Den påverkas i hög grad av föräldrarnas utbildningsbakgrund men indikerar också ungdomarnas egen färdriktning i livet och framtida sociala positioner.

Utmärkande för de studier som visat på relativt små klassmässiga skillnader i hälsa under ungdomstiden har varit att analyserna skett utifrån föräldrarnas yrke, inkomst eller utbildning ("social class of background"). I studier som istället utgått från ungdomarnas färdriktning i livet ("social class of destination"), t ex val av utbildningsprogram, framträder stora skillnader i psykisk ohälsa, rökning, alkoholkonsumtion, och narkotikaanvändning mellan olika ungdomsgrupper.

Psykosomatiska besvär är exempelvis betydligt vanligare bland ungdomar som går på yrkesförberedande program än bland ungdomar på teoretiska program, även när föräldrarnas utbildningsnivå beaktas (Hagquist, 2007).

En bidragande orsak till att sambandet mellan föräldrabakgrund och barnens psykiska hälsa inte har kunnat studeras i flera stora studier är svårigheten att i stora skolundersökningar samla in uppgifter om föräldrars yrke, utbildning och inkomst. Barnens svar är i många fall alltför oprecisa för att föräldrarnas socioekonomiska position ska kunna fastställas.



Figur 9 a-b. Förekomst av alkoholkonsumtion (minst en gång i månaden) bland pojkar och flickor i årskurs 9, fördelat efter studieinriktning och undersökningsår [Data: Ung i Värmland 1995 – 2011].

I figurerna 8 a-b och 9 a-b redovisas psykosomatiska besvär och alkoholvanor bland elever i årskurs 9 1995-2011, fördelat efter studieinriktning.

Av figurerna 8 a-b framgår att psykosomatiska besvär är vanligare bland elever med icke-teoretisk än med teoretisk studieinriktning. Särskilt tydliga är skillnaderna för flickor, där trenden för icke-teoretisk studieinriktning något avviker

från den för teoretisk inriktning. Som helhet är dock trenderna relativt likartade för teoretisk och icke-teoretisk studieinriktning.

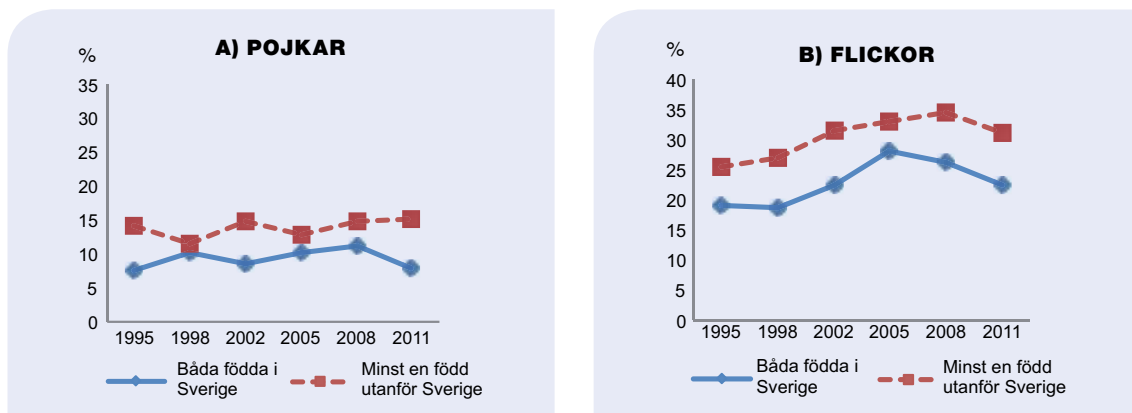
Av figurerna 9 a-b framgår att regelbunden alkoholkonsumtion är vanligare bland elever med icke-teoretisk än med teoretisk studieinriktning. Trendmönstren är likartade för båda studieinriktningarna. Alkoholkonsumtionen har kraftigt minskat över tid.



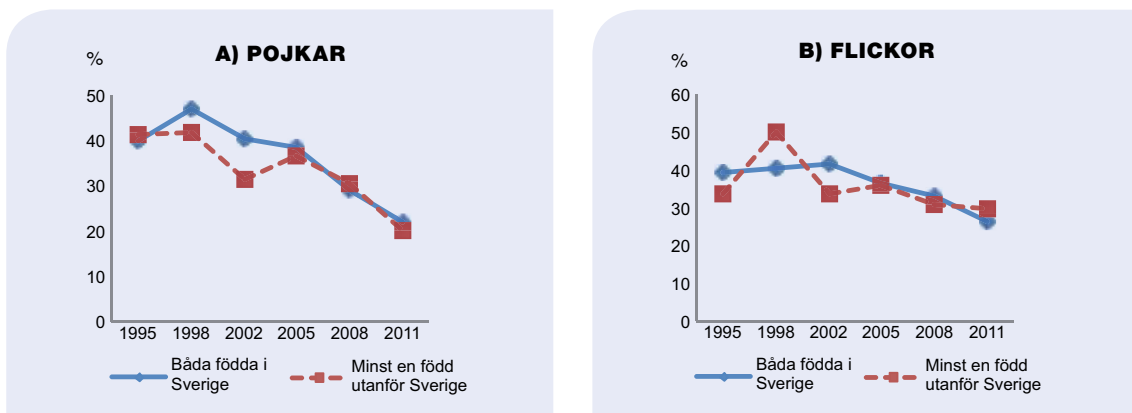
FÖDELSELAND

I figurerna 10 a-b och 11 a-b redovisas psykosomatiska besvär och alkoholvanor bland elever i årskurs 9 1995-2011, fördelat efter föräldrarnas födelse-land. Av figurerna 10 a-b framgår att psykosomatiska besvär är vanligare bland elever med minst en förälder som inte är född i Sverige än bland elever vars båda föräldrar är födda i Sverige. Detta gäller för samtliga undersökningsår och för både pojkar och flickor.

Av figurerna 11 a-b framgår andelen elever som regelbundet dricker alkohol varit ungefär densamma oavsett föräldrarnas födelse-land vid de tre senaste undersökningstillfällena. Trenden har varit nedåtgående såväl bland elever med minst en förälder som inte är född i Sverige som bland elever vars båda föräldrar är födda i Sverige. I början av den undersökta perioden fanns dock tydliga skillnader vid enstaka undersökningsår.



Figur 10 a-b. Förekomst av psykosomatiska besvär bland pojkar och flickor i årskurs 9, fördelat efter föräldrarnas födelse-land och undersökningsår [Data: Ung i Värmland 1995 – 2011].



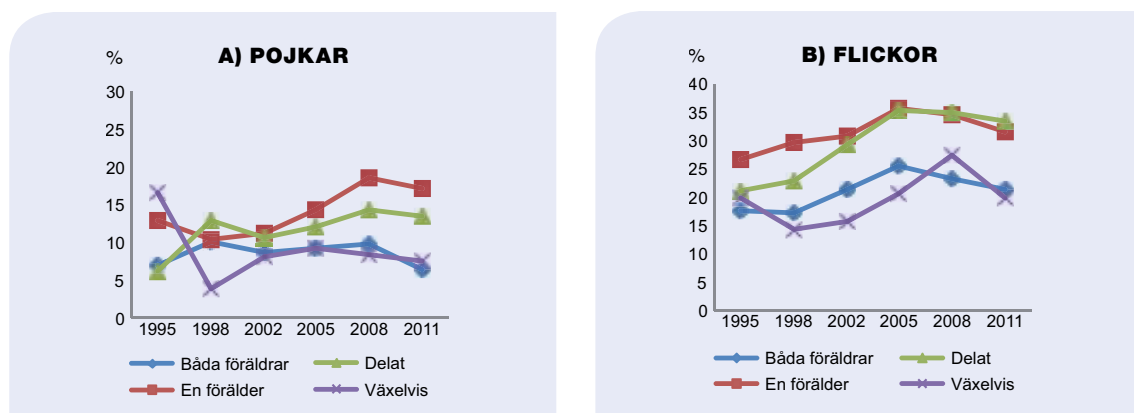
Figur 11 a-b. Förekomst av alkoholkonsumtion (minst en gång i månaden) bland pojkar och flickor i årskurs 9, fördelat efter föräldrarnas födelse-land och undersökningsår [Data: Ung i Värmland 1995 – 2011].

TYP AV FAMILJEBOENDE

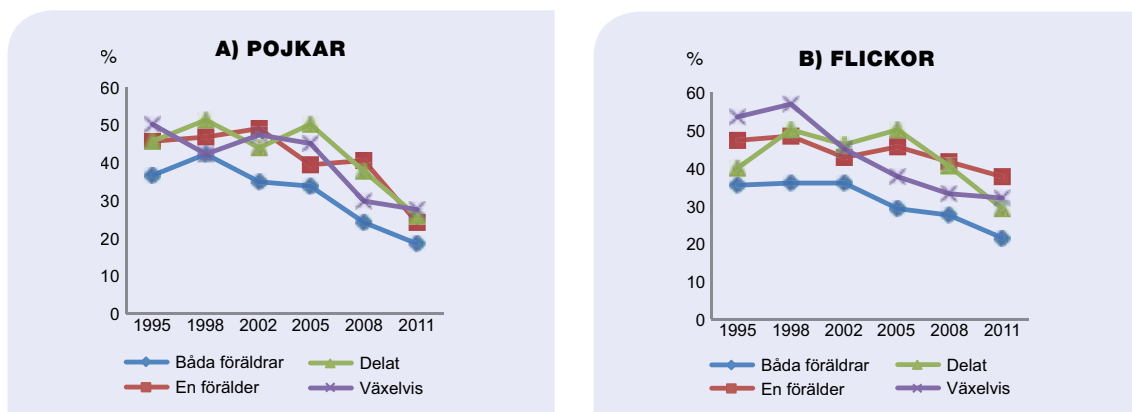
Under andra delen av 1900-talet förändrades familjestrukturen kraftigt som en följd av ett ökat antal familjeseparationer. En fjärdedel av alla barn under 18 år i Sverige har föräldrar som inte bor tillsammans. I denna grupp av barn har andelen barn som delar sin tid lika mellan föräldrarna i så kallat växelvis boende ökat mycket sedan 1990-talet, från några få procent till 35 procent 2012/14 (SCB, 2014). Växelvis boende är mer vanligt bland barn med välbeställda och högutbildade föräldrar och bland barn med båda föräldrarna födda i Sverige (SCB, 2014).

I figur 12 a-b och 13 a-b redovisas psykosomatiska besvär och alkoholvanor bland elever i årskurs 9 1995-2011, fördelat efter typ av familjeboende.

Av figur 12 a-b framgår att psykosomatiska besvär är vanligare bland elever som bor med en förälder eller i delat boende (mesta tiden hos ena föräldern), än bland elever som bor i växelvis boende eller med båda föräldrarna. För flickor gäller detta mönster för hela perioden, medan det bland pojkar framträder ett tydligt mönster först i slutet av den undersökta perioden. Bland flickor är trenderna relativt lika för samtliga typer av familjeboende, innebärande ökande psykisk ohälsa. För pojkar ökar psykosomatiska besvär framförallt bland dem som bor i delat boende, dvs de som bor huvudsakligen hos den ena föräldern. Bland dem som bor med båda föräldrarna eller i växelvis boende sker ingen ökning av den psykiska ohälsan.



Figur 12 a-b. Förekomst av psykosomatiska besvär bland pojkar och flickor i årskurs 9, fördelat efter typ av familjeboende och undersökningsår [Data: Ung i Värmland 1995 – 2011].



Figur 13 a-b. Förekomst av alkoholkonsumtion (minst en gång i månaden) bland pojkar och flickor i årskurs 9, fördelat efter typ av familjeboende och undersökningsår [Data: Ung i Värmland 1995 – 2011].

Av figur 13 a-b framgår att regelbunden alkoholkonsumtion är lägst bland elever som bor med båda föräldrarna. Till skillnad från psykosomatiska besvär ligger siffrorna för alkoholkonsumtion bland elever i växelvis boende närmare elever i delat boende eller boende med en förälder än elever som bor med båda föräldrarna. Detta mönster är ungefär detsamma över tid. I samtliga typer av familjeboenden är trenden för alkoholkonsumtion nedåtgående, både bland pojkar och bland flickor.

Den sammantagna bilden av de sociodemografiska trendmönstren 1995-2011 är att:

- Det finns tydliga skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper, med avseende på kön, föräldrars födelseland, typ av familjeboende och studieinriktning.

- Skillnaderna mellan olika grupper har förändrats i liten utsträckning över tid. Trenderna är relativt likartade och följs åt för olika grupper – de pekar alla i huvudsak samma riktning: små förändringar 1995-2011 bland pojkar avseende andelen med psykosomatiska besvär; betydligt större förändringar bland flickor. Tydlig nedgång av alkoholkonsumtionen över tid, både bland pojkar och bland flickor.
- Trenden för psykosomatiska besvär i olika typer av familjeboenden bryter delvis detta mönster. Bland pojkar har skillnaderna mellan olika boendetyper ökat, framförallt mellan boende med en förälder och boende med båda föräldrarna eller växelvis boende.

LÅNGSIKTIGA EFFEKTER AV SJÄLVRAPPORTERADE BESVÄR

Kunskapen om förändringar i ungdomars psykiska hälsa över tid baseras i första hand på självrapporterade data. Vanligtvis görs datainsamlingarna i skolan med frågeformulär som besvarats anonymt av eleverna. Undersökningar som "Skolbarns hälsovanor" och "Ung i Värmland" ger därför inga möjligheter att studera hur de självrapporterade besvären är kopplade till psykiatriska diagnoser och vård, varken på kort eller på lång sikt.

Det faktum att flertalet epidemiologiska studier om ungas psykiska hälsa är grundade på självskattning av enbart besvär och utan skattning av funktionsnedsättning (Cederblad, 2013) understryker vikten av att i trendanalyser inkludera data om hur psykiska besvär påverkar vardaglivet (Verhulst, 2015).

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, 2010a). 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 som också möter unga med psykiska besvär. 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 som länkat data från dödsorsaks- och patientregistren till Statistiska centralbyråns (SCB) levnadsnivåundersökningar visar ett starkt samband mellan självrapporterade besvär i unga år och psykisk ohälsa senare i livet. Ängslan, oro eller ångest i unga år innebär en kraftigt ökad risk för förtidig död och för sjukhusvård på grund av psykisk sjukdom och självmordsförsök. Dessa samband framträder både i en studie av vuxenpopulationen och i en studie av ungdomar och yngre vuxna (Ringbäck, Weitoft & Rosen, 2005; Salmi et al., 2013).

Studien bland ungdomar och unga vuxna visar att riskökningen var särskilt stor för dem med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest (Salmi et al., 2013). Det var fem gånger vanligare med sjukhusvård för psykiska besvär eller självmordsförsök i denna grupp än i gruppen som inte hade rapporterat några besvär alls. För dem med lätta besvär var risken dubbelt så stor som för dem utan besvär. I studien ingick drygt 15 000 personer som deltagit i SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden 1994-2006, och som vid intervjutillfället var mellan 16 och 29 år. Svaren på frågor om upplevelse av ängslan, oro eller ångest följdes upp fem år senare mot uppgifter från dödsorsaksregister, patientregister och läkemedelsregister (Salmi et al., 2013).

Liknande resultat redovisas också i en annan svensk uppföljningsstudie bland vuxna som 15 år tidigare, när de var i 16-17-års åldern, deltagit i en populationsstudie (Bohman et al., 2012). Resultaten visar att somatiska symptom i ungdomsåren predicerade depression och andra psykiatriska sjukdomar i vuxenålder.

SKOLAN OCH UNGAS PSYKISKA HÄLSA

Det går utför för svensk skola – i alla fall om man ska tro på den internationella PISA-undersökningen. Resultaten från den senaste undersökningen 2012 har gjort många avtryck både i media och i den politiska debatten. De nedslående PISA-resultaten har fått Skolverket att skärpa tonen: ”Svensk skola befinner sig i ett allvarligt läge när det gäller kunskapsutvecklingen” (Skolverket, 2013a).

Inom samtliga tre områden – matematik, naturvetenskap och läsförståelse – som undersöktes i PISA 2012 hamnade Sverige under genomsnittet för OECD-länderna. I början av 2000-talet var läget ett annat – då presterade svenska skolelever bättre än OECD-genomsnittet. Under hela 2000-talet har kurvan pekats nedåt. Bland de nordiska länderna ligger inte endast Finland bättre till, även i Danmark och i Norge är skolprestationerna bättre. Den negativa utveckling gäller för både pojkar och flickor, men försämringarna är som helhet större för pojkar. I början av 2014 kom ännu en kalldusch i form av en undersökning om elevernas problemlösningssförmåga. Resultaten följde i stort mönstret från den tidigare mer kunskapsinriktade PISA-undersökningen. Rapporten slog en spik i kistan – förhoppningar om att svenska elever skulle var mer kreativa grusades.

I spåren av PISA söks orsakerna till försämringarna, men det stannar oftast vid hypoteser eftersom forskningen är begränsad. I en av Skolverkets PISA-rapporter staplas tänkbara förklaringar: ökande andel elever med utländsk bakgrund; skolvals- och friskolereformen; kommunaliseringen; förändrat betygssystem;

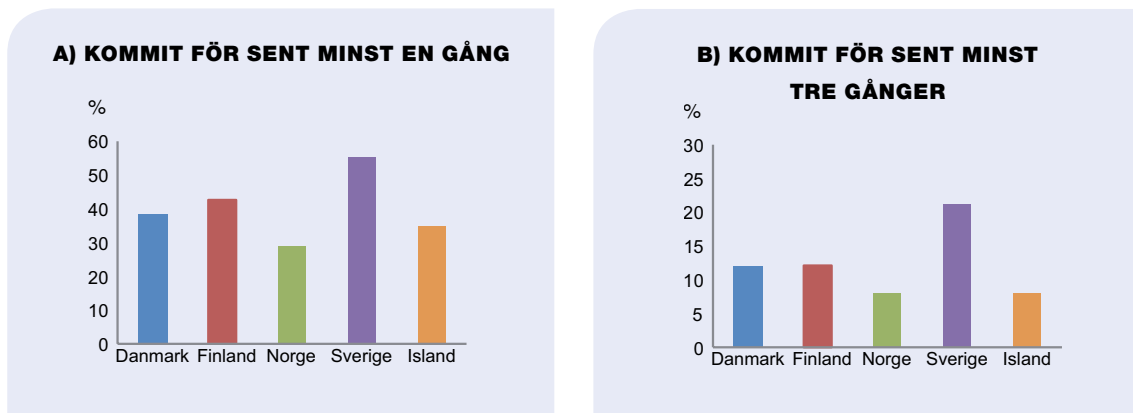
tem; differentiering/nivågruppering; försämrade undervisningskvalitet; individualisering. Även omvärldsförändringar tas upp, t ex den ökande datoranvändningen och ändrade fritidsvanor (Skolverket, 2013a). De ungas psykiska hälsa nämns dock inte trots att den likt skolprestationerna uppvisar en negativ trend.

SKOLMILJÖ OCH KLASSRUMSKLIMAT

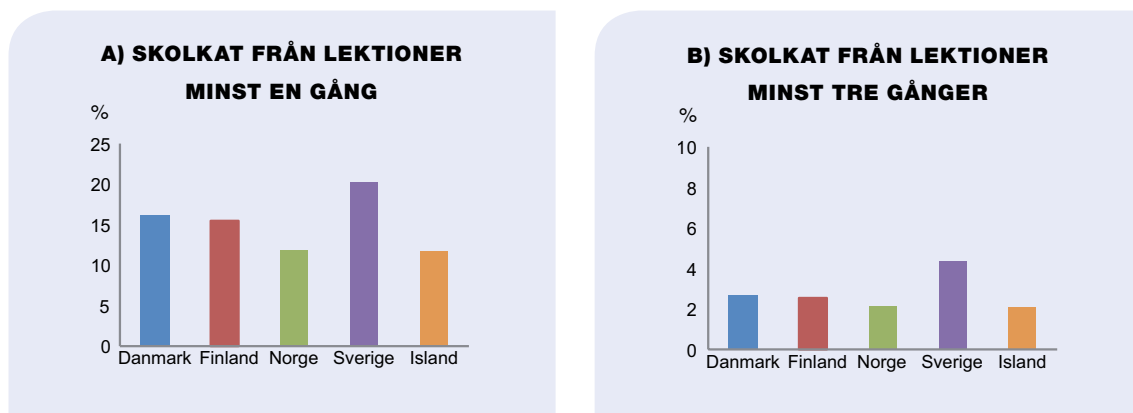
Sverige placerar sig dåligt i PISA-undersökningen inte bara ifråga om elevernas kunskaper utan också i frågor som rör skolans lärandemiljö. Sen ankomst till lektionerna är vanligare i Sverige än i något annat OECD-land, mer än dubbelt så vanligt som genomsnittsvärdet för OECD-länderna. Jämfört med 2003 har det blivit vanligare att svenska elever kommer för sent till lektionerna. Även klassrumsklimatet var 2012 sämre i svenska skolor jämfört med OECD-genomsnittet. Medan klassrumsklimatet förbättrades mellan 2003 och 2012 för OECD-länderna som helhet förändrades det inte i Sverige. När det gäller skolk är bilden inte entydig. Sverige ligger något över OECD-genomsnittet i statistiken för skolk från enskilda lektioner, men skolkning från hela skoldagar är inte vanligare i Sverige (Skolverket, 2013a).

Bilden över Sverige och de nordiska länderna är mindre entydig för lärandemiljön än för elevernas skolprestationer.

Sverige intar en särställning i fråga om sena ankomster och det gäller såväl för enstaka som för upprepade tillfällen. Mer än varannan svensk elev har kommit försent till skolan någon gång under en två-veckorsperiod, och var femte



Figur 14 a-b. Andelen elever i årskurs 9 som de senaste två veckorna kommit för sent till skolan minst en gång (a) respektive minst tre gånger (b), fördelat efter land [Data: PISA 2012].



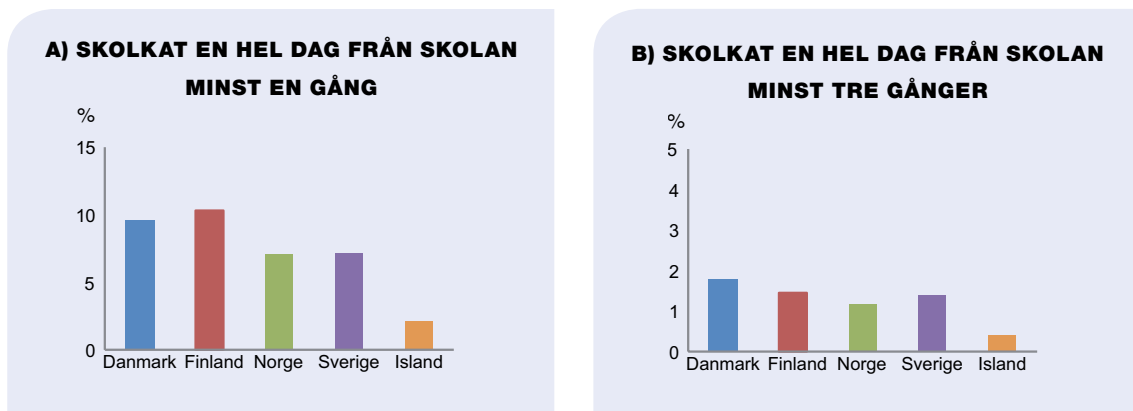
Figur 15 a-b. Andelen elever i årskurs 9 som de senaste två veckorna skolkat från lektioner minst en gång (a) respektive minst tre gånger (b), fördelat efter land [Data: PISA 2012].

svensk elev har gjort det minst tre gånger. Skillnaden är stor mot de övriga nordiska länderna, framför allt när det gäller återupprepade sena ankomster. Närmast efter Sverige följer Finland och Danmark, medan Island och Norge har den lägsta andelen elever med för sen ankomst.

Även skolk från enskilda lektioner under skoldagen är vanligare i Sverige än i övriga nordiska länder, vilket framgår av figurerna 14 a-b. Var femte svensk elev har skolkat från en lektion någon gång under en tvåveckorsperiod. Det

nordiska mönstret är detsamma här som för sen ankomst. Närmast efter Sverige ligger Finland och Danmark, därefter följer Island och Norge.

För skolk under en hel dag ser bilden annorlunda ut än för skolk under enskilda lektioner vilket framgår av figur 15 a och b. Danmark och Finland ligger i topp, följt av Norge och Sverige. Den allra lägsta andelen elever som under en tvåveckorsperiod skolkat en heldag har Island.



Figur 16 a-b. Andelen elever i årskurs 9 som de senaste två veckorna skolkat en hel dag från skolan minst en gång (a) respektive minst tre gånger (b), fördelat efter land [Data: PISA 2012].

I PISA-undersökningen ställs också frågor om situationen i klassrummet, ”klassrumsklimatet” (eng: ”disciplinary climate”). Frågorna handlar om försättningar för att bedriva undervisning.

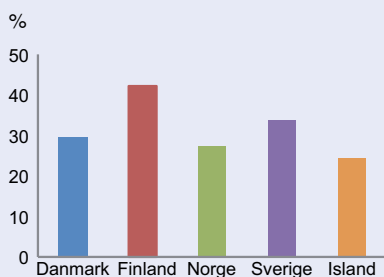
På fyra av fem delfrågor som rör klassrumsklimatet ligger Finland allra sämst, med Sverige på andra plats. På den återstående frågan har Finland och Sverige bytt plats. Notabelt är att nästan hälften av de finska eleverna anser att det under de flesta lektioner råder oordning i klassrummet.

Den negativa bild av skolans lärandemiljö som framträder i PISA-undersökning uppmärksammas också i den fördjupade analys som OECD presenterade i februari 2014. OECD tar i sin rapport upp sambandet mellan skolans lärandemiljö och elevernas skolprestationer.

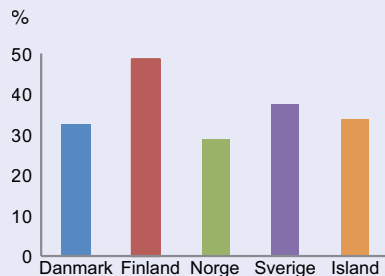
- Elever som upplever klassrumsklimatet mer positivt tenderar att prestera bättre.
- Sen ankomst till lektionerna och skolk kan få allvarliga negativa effekter för elevernas lärande och påverka alla elever i en klass.
- Elever i skolor med en hög andel elever som kommer för sent till lektionerna presterar sämre än i skolor där denna andel är låg. Detta samband återfinns inte endast på aggregerad nivå utan även på individuell nivå.

I OECD-rapporten ställs elevernas rapporter om sena ankomster mot rektorernas upplevelser av desamma: den stora majoriteten av de svenska rektorerna ser inte sena ankomster som ett hot mot undervisningen (OECD, 2014).

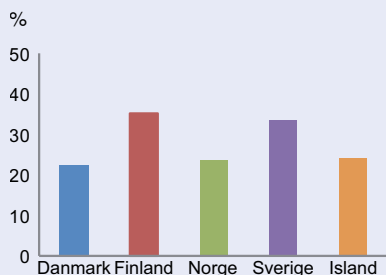
**A) ELEVERNA LYSSNAR INTE PÅ
VAD LÄRAREN SÄGER**



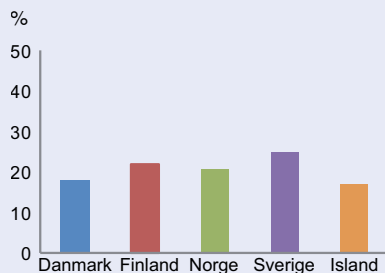
**B) DET RÅDER OVÄSEN OCH OORDNING
PÅ LEKTIONEN**



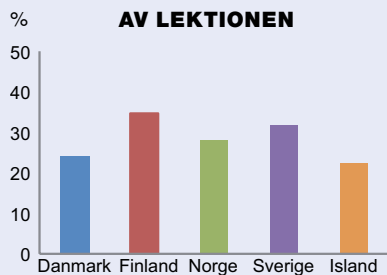
**C) LÄRARNÄ MÅSTE VÄNTA EN LÅNG
STUND PÅ ATT ELEVERNA SKA BLI TYSTA**



**D) STUDENTERNA KAN INTE ARBETA
BRA PÅ LEKTIONEN**



**E) ELEVERNA BÖRJAR INTE ARBETA
FÖRRÄN DET GÅTT EN LÅNG STUND
AV LEKTIONEN**



Figur 17 a-e. Förekomst av oordning och andra förhållanden som speglar klassrumsklimatet, fördelat efter land (sammanslagning av kategorierna 'varje lektion' och 'flesta lektioner') [Data: PISA 2012].

I spåren av OECD-rapporten tillsatte den dåvarande svenska alliansregeringen en utredning med uppgift att föreslå åtgärder för att skapa ”mer ordning och reda i klassrummen”. Dagarna innan valet i september 2014 presenterade utredaren Metta Fjellkner (f.d. ordförande för Lärarnas riksförbund) sitt förslag. Skolor bör ges möjlighet att:

- Förbjuda användning av mobiltelefoner – ska kunna samlas in vid lektionsstart och lämnas tillbaka när lektionen är slut.
- Ge ordningsomdömen i form av en skriftlig kommentar till elever i högstadiet och i gymnasieskolan.

I en annan OECD-rapport rekommenderas Sverige att öka resurserna inom skolan för att ge stöd till elever med psykiska problem (OECD, 2013). Med detta syfte föreslås i OECD-rapporten också att riktlinjer ska finnas för det arbete som utförs av skolsköterskor, skolkuratorer och skolpsykologer. Slutsatser i samma anda redovisas i slutrapporten från SKL:s Psyknoprojekt: ”Utifrån kunskapen om sambandet mellan hälsa och lärande är det projektets uppfattning att ytterligare utvecklingsarbete bör göras för att realisera den potential som finns i elevhälsan. Skollagen som den är formulerad i dagsläget skapar osäkerhet kring vad som ingår i elevhälsans uppdrag gällande psykisk (o)hälsa och stor frihet för enskilda rektorer.” (SKL, 2015, s 49)

Skolmiljön intar en framskjuten plats i den nya skollag om började gälla i Sverige den 1 juli 2011, där det uttalas att ”Utbildningen ska utformas så att alla elever tillförsäkras en skolmiljö som präglas av trygghet och studiero”. En idag okontroversiell målformulering som dock i ett historiskt perspektiv inte framstår lika självklar. Detta har belysts av den tidigare

ordföranden i Metallindustriarbetarförbundet, Göran Johnsson, som 2001 i Dagens Arbete skrev att ”Vid Metallkongressen 1977 hade vi en affisch med parollen: Ordning och arbetsro i skolan. En del tyckte att detta var ett borgerligt påfund, men själv tillhörde jag inte dem. Ordning och arbetsro är en förutsättning för inläring.” (Johnsson, 2001).

Skolverkets elevundersökningar från 2012 av skolmiljön visar att skollagens målformuleringar inte är uppfyllda (Skolverket, 2013b). Mer än var tionde elev i årskurserna 7-9 anser att det råder arbetsro endast på några få eller nästan inga lektioner, samtidigt som sex av tio elever anser att det är arbetsro på de flesta lektionerna. Den bilden var densamma i den närmast föregående undersökningen 2009.

De senaste resultaten från den regionala undersökningen "Ung i Värmland" förmedlar en väsentligt ljusare bild av niondeklassares upplevelser av sin skolmiljö än tidigare undersökningar (Hagquist, 2012). Andelen pojkar som ofta eller alltid anser att det är stökigt och bråkigt i klassrummet minskade från 25 till 18 procent från 2008 till 2011 medan andelen bland flickor minskade från 31 till 23 procent. Bland de 16 värmländska kommunerna var minskningen störst i Karlstad där andelen elever som ofta eller alltid anser att det är stökigt och bråkigt i klassrummet nästan halverades. Dessa positiva förändringar bör ses i ljuset av det förebyggande

arbete som bedrivits i många Värmlandskommuner med syfte att förbättra lärandemiljön i skolan. Mest omfattande var de förebyggande insatserna i Karlstad där kommunen tillsammans med Karlstads universitet 2009-2012 genomförde ett omfattande samverkansprojekt med syfte att förbättra klassrumssituationen, de sociala relationerna i skolan och elevernas psykiska hälsa. Insatserna innefattade utbildning av lärare i ledarskap i klassrummet, och förebyggande program bland lärare och elever om social och emotionell kompetens (Hagquist et al., 2012).



LÄRANDE OCH PSYKISK HÄLSA

Skola, lärande och psykisk hälsa har hittills knutits samman i liten utsträckning i svensk forskning. Bland de 51 longitudinella studier som uppfyllde kriterierna för att ingå i det slutliga urvalet för den systematiska kunskapsöversikten om skolprestation och psykisk hälsa som gjordes i projektet vid Kungl. Vetenskapsakademien fanns ingen svensk studie. Det finns som tidigare nämnts enskilda studier som bryter mönstret, men barnens skolprestationer och psykiska hälsa har huvudsakligen studerats var för sig. Ett av undantagen är en registerstudie som redovisades i Social rapport 2010 (Socialstyrelsen, 2010). Inom den sjättedel av elever som gick ut grundskolan med låga eller ofullständiga slutbetyg var psykosociala problem betydligt vanligare än bland elever i andra betygsgrupper. Bland män handlade det t ex om självmord och bland kvinnor exempelvis om självmordsförsök. I studien redovisas också ett starkt samband mellan socioekonomisk bakgrund och betyg från grundskolan. Det var 5-6 gånger vanligare att barn till ej facklärd arbetare hade låga eller ofullständiga betyg i jämförelse med barn till högre tjänstemän. En särskilt utsatt grupp är barn i fosterhem. Registerstudier som gjorts i Sverige visar att 60 procent av pojkar som långtidsvårdats i fosterhem saknade betyg helt eller hade låga/ofullständiga betyg (Vinnerljung et al., 2015).

Den internationella forskningen – sammanfattad i kunskapsöversikter och uttalanden från Kungl. Vetenskapsakademiens projekt – visar att barn som har svårt att hänga med i skolarbetet löper högre risk att få ett lågt självförtroende och må psykiskt sämre än andra barn (Gustafsson et al., 2010). Omvänt ökar också ett lågt självförtroende eller en dålig psykisk hälsa risken för att barnet ska prestera sämre. Dåliga

skolprestationer kan även leda till utagerande beteenden, exempelvis skolk och mobbning. Beteendeproblem ökar också risken för försämrade kamrat- och lärarrelationer och ännu svagare skolprestationer. Under de första skolåren är det fler pojkar som riskerar att må sämre, medan flickor i högre grad är i riskzonen för att få lägre självuppfattning och depression i tonåren. Pojkar är överrepresenterade bland elever med låga prestationer i skolan men sambandet mellan en svag skolprestation och psykisk ohälsa i form av oro och depression är starkare hos flickor än hos pojkar.

Den tidiga läsförmågan är central för barnens kunskapsutveckling och deras psykiska välbefinnande. En dålig läsförmåga medför ökad risk för svag självkänsla och svårigheter att längre fram tillgodogöra sig annan kunskap. En dålig läsförmåga medför också en påtagligt ökad risk för psykiska problem. Det finns i några studier belagt att den negativa spiralen kan brytas, särskilt vid övergångar mellan skolnivåer – och att det även finns goda cirklar. Goda prestationer kan bidra till en känsla av ökad kompetens och upplevelser av kontroll. Positiva skolresultat och bedömningar medför ökat självförtroende som i sin tur kan leda till ökad motivation, ett starkare engagemang och som ett resultat bättre prestationer. Ett gott självförtroende är dock ingen garanti för goda skolresultat (Gustafsson et al., 2010; KVA, 2010a).

Sambanden mellan psykisk ohälsa och skolprestation följer barnen från tidiga skolår och upp i ungdomsåren. Bland barn i åldern 0-18 år som varit inskrivna på sjukhus p g a psykisk ohälsa uppnår 60 procent gymnasiekompetens, med motsvarande andel är 87 procent bland barn i samma ålder som aldrig varit inskrivna på sjukhus (Mörk, Sjögren & Svaleryd, 2014).

Sämlre skolprestationer bland barn till lågutbildade föräldrar sammanhänger med barnens språkutveckling under förskoleåren. Därför är förskolan och de tidiga åren i skolan särskilt viktiga för barnens kunskapsutveckling och psykiska välmående. Det finns forskning som tyder på att en förskola av hög pedagogisk kvalitet är särskilt viktig för barn från mindre resursstarka hem. Hög kvalitet i förskolan innebär inte mer skolmässiga former utan främst en verksamhet som stödjer barnens kognitiva, språkliga och sociala utveckling. En högkvalitativ förskola har en positiv effekt på barnens senare sociala förmåga, läsförmåga och matematiska kunskaper (KVA 2010 a).

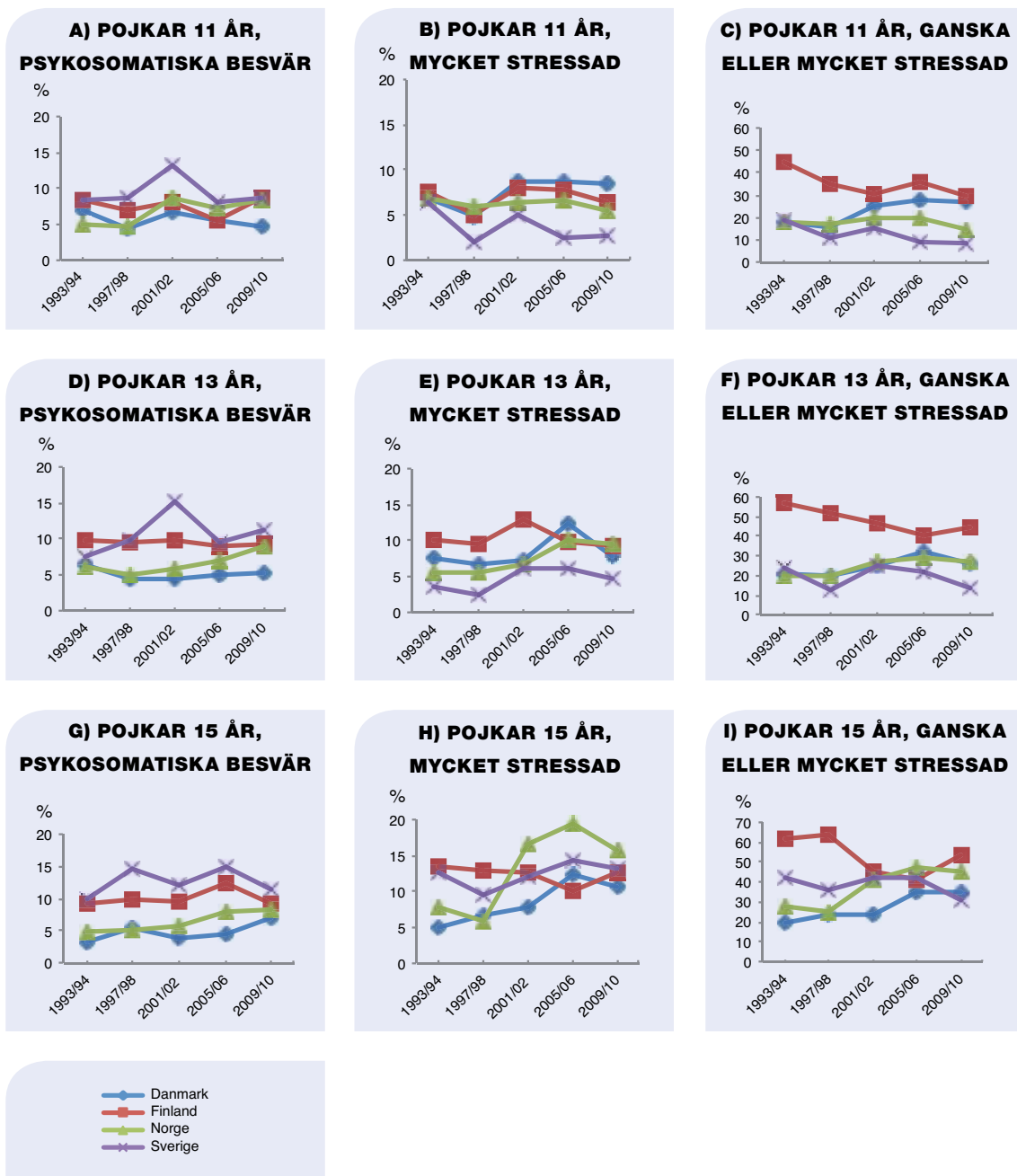
Ett starkt samband mellan låga skolbetyg och självmord i ungdomen eller i tidig vuxenålder framkom i en stor svensk nationell studie (Björkenstam, 2011). I studien ingick närmare 900 000 skolelever födda mellan 1972 och 1981 och som gick ur årskurs 9 mellan 1988 och 1997. Även självmordsförsök uppvisar tydliga samband med skolprestationer. I en nationell svensk studie bestående av närmare 450 000 barn födda mellan 1973 och 1977 studerades föräldrars socioekonomiska ställning, skolbetyg från årskurs 9 och självmordsförsök. Studien visade att en betydande del av sambandet mellan föräldrarnas socioekonomiska ställning och självmordsförsök kan tillskrivas barnens skolprestationer (Jablonska, 2012).

SKOLSTRESS OCH PSYKISK OHÄLSA

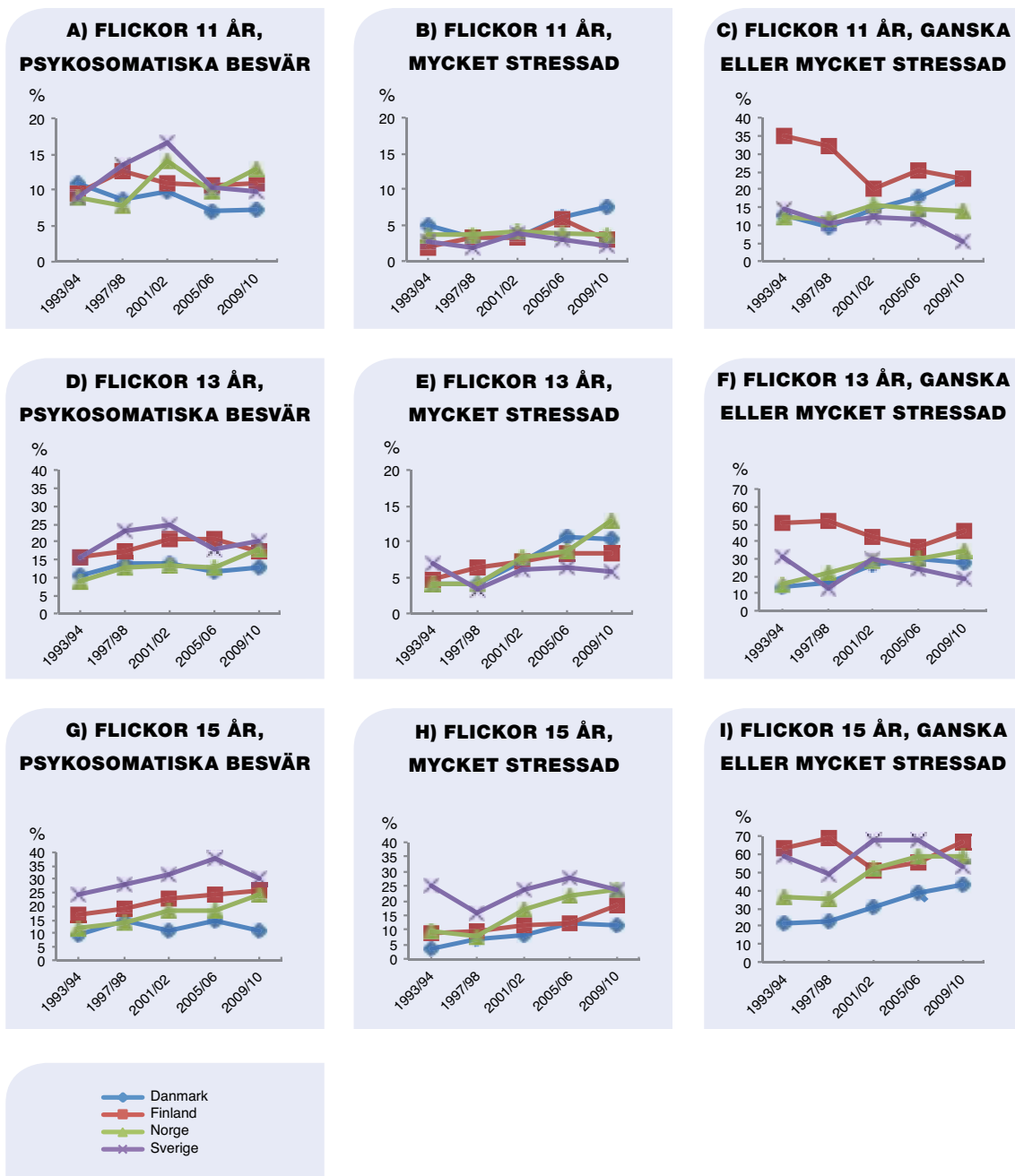
Starka samband mellan upplevd stress av skolarbetet och självskattade psykiska besvär har redovisats i ett flertal studier, såväl svenska som internationella (Torsheim & Wold, 2001). Att skolstressen ökar med stigande ålder är också väldokumenterat. Den långsiktiga trenden pekar också uppåt. Ökande skolstress har också

ofta antagits varit en av de faktorer som bidragit till den ökande psykiska ohälsan bland unga människor. Samtidigt är forskningen begränsad. I en brittisk genomgång av forskningen dras slutsatsen att det finns väldigt lite robusta data som belyser om barn upplever mer skolstress nu än tidigare (Hagell, 2012).

I figur 18 a-i och 19 a-i redovisas andelen pojkar respektive flickor 1993/94 – 2009/10 i Danmark, Finland, Norge och Sverige som har psykosomatiska besvär, är mycket stressade respektive är ganska eller mycket pressade av skolarbetet, fördelade efter ålder och kön.

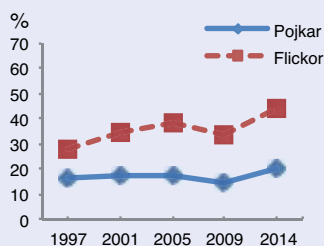


Figur 18 a-i. Andelen pojkar i Danmark, Finland, Norge och Sverige som har psykiska besvär, är mycket stressade, respektive är ganska (1993/94: "något") eller mycket stressade över skolarbetet, fördelade efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

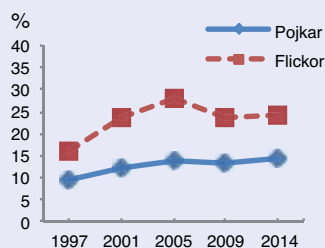


Figur 19 a-i. Andelen flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige som har psykiska besvär, är mycket stressade, respektive är ganska (1993/94: "något") eller mycket stressade över skolarbetet, fördelade efter ålder och undersökningsår [Data: HBSK 1993/94 – 2009/10].

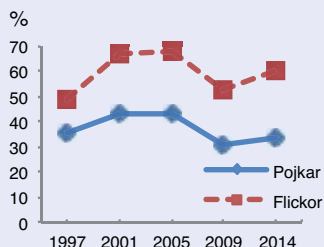
A) PSYKISKA BESVÄR, 15 ÅR



B) MYCKET STRESSADE, 15 ÅR



C) GANSKA ELLER MYCKET STRESSADE, 15 ÅR



Figur 20 a-c. Andelen 15-åriga pojkar och flickor i Sverige som har psykiska besvär (sammansatt mått av fyra frågor), är mycket stressade, respektive är ganska eller mycket stressade över skolarbetet, fördelade efter undersökningsår.

I figur 19 a-i används ett sammanfattande mått för psykisk hälsa för att beskriva trenderna i de fyra nordiska länderna. Mönstret som för trenden är detsamma som helhetsbilden från den tidigare redovisningen av svaren på de åtta enskilda frågorna. I årskurs 9 följer flickor i Finland och Norge samma uppåtgående trend som flickor i Sverige. I likhet med Sverige skedde en tydlig ökning 2001/02 i årskurs 5, bland pojkarna i samtliga fyra länder och bland flickorna i Sverige och i Norge. I samtliga årskurser och såväl bland pojkar som bland flickor har Sverige de högsta andelarna av psykiska besvär och Danmark de lägsta.

Figur 18 a-i och 19 a-i förmedlar en helhetsbild av att de mest stressade skoleleverna finns i Fin-

land. Denna bild är som tydligast i årskurserna 5 och 7. I dessa årskurser är också andelen elever som är ganska eller mycket stressade allra lägst i Sverige. I årskurs 9 sker en kraftig ökning av andelen stressade elever i Sverige och de svenska eleverna hamnar i nivå med de finska.

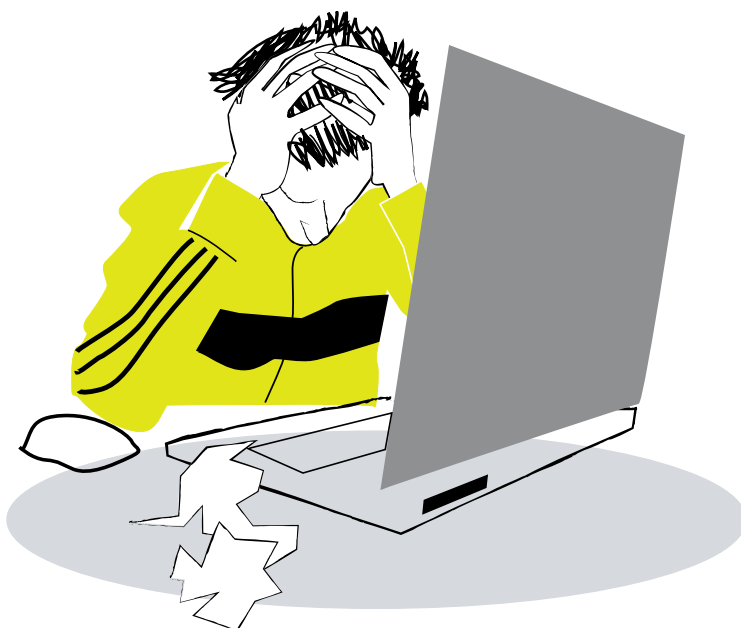
I figur 20 a-c redovisas andelen elever 1997 – 2014 i Sverige som har psykiska besvär, är mycket stressade respektive är ganska eller mycket stressade i årskurs 9, fördelade efter kön.

Av figur 20 a-c framgår att väsentligt fler flickor än pojkar är ganska eller mycket stressade i skolan. Trendlinjen för skolstress är dock närmast identisk för pojkar och flickor. Med undantag för 1997 är skillnaderna mellan könen

i huvudsak lika stor vid samtliga undersökningsår. Skolstressen ökar från 1997 till 2001, är oförändrad 2005, minskar 2009 för att öka 2014. Figur 20 a-c visar att trendmönstret är ett annat för psykiska besvär. Från 1997 till 2005 är andelen pojkar som är ganska eller mycket stressade över skolarbetet närmast konstant, medan andelen stressade flickor ökar kraftigt under denna tidsperiod. Både bland pojkar och flickor minskar stressen 2009 för att öka 2014. Av figur 20 a-c framgår också könsmönstret förändras när endast ungdomar som är mycket stressade studeras. Trendlinjen för pojkar från 1997 till 2014 är relativt flack. Andelen mycket stressade flickor ökar däremot med drygt tio procentenheter fram till 2005 för att minska 2009 och därefter ligga kvar på samma nivå 2014. Trendlinjerna för mycket skolstress följer i huvudsak trendlinjerna för psykiska besvär,

med undantag för 2014 då andelen pojkar och flickor med psykiska besvär ökade tydligt samtidigt som andelarna med mycket stress var desamma som 2009.

Den sammantagna bilden av kopplingen mellan skolstress och psykiska besvär som förmedlas av figurerna 18-19 a-i och 20 a-c är mycket komplex. Höga andelar av stressade elever åtföljs inte generellt av höga andelar av elever med psykiska besvär. Sverige är ett illustrativt exempel med låg andel stressade elever men hög andel med psykiska besvär i de lägre årskurserna. Trendlinjerna för skolstress och psykiska besvär är inte parallella, och pekar i vissa fall åt skilda håll. För gruppen mycket stressade elever är överensstämmelsen med psykosomatiska besvär större än för elever som är ganska eller mycket stressade.



– SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION –

Den självrapporterade psykiska ohälsan bland ungdomar i Sverige har ökat sedan 1980-talet. Det gäller i första hand äldre ungdomar i årskurs 9, men även ungdomar i årskurs 7, i synnerhet flickor. Bland elever i årskurs 5 har ökningen varit liten, och inget tydligt trendmönster kan urskiljas. Den nedgång av psykiska besvär som noterades 2009/10 i WHO-undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” har vid det senaste undersökningstillfället 2014 vänts till en kraftig uppgång i årskurs 9, både bland pojkar och bland flickor. Även bland flickor i årskurs 7 har det skett en kraftig ökning av psykiska besvär.

Förekomsten av självrapporterade psykosomatiska besvär under perioden 1995 – 2011 följer ett sociodemografiskt mönster. Sådana besvär är vanligare bland:

- Flickor än bland pojkar.
- Ungdomar med icke-teoretisk studieinriktning än med teoretisk studieinriktning.
- Ungdomar med minst en förälder född utanför Sverige, än ungdomar vars båda föräldrar är födda i Sverige.
- Ungdomar som bor med en förälder, än bland ungdomar som bor med båda föräldrarna.

Trendmönstren är i huvudsak desamma för olika sociodemografiska grupper, d v s inga större förändringar i psykosomatiska besvär har ägt rum över tid när det gäller skillnader med avseende på kön, studieinriktning, föräldrars födelseland och familjetyp.

I jämförelse med andra nordiska länder är den självrapporterade psykosomatiska ohälsan sämre bland ungdomar i Sverige. Detta gäller

för såväl yngre som äldre ungdomar. Finland uppvisar näst Sverige den högsta andelen ungdomar med psykosomatiska besvär och är det land där trendmönstren som helhet mest liknar de svenska. Sverige och Danmark är varandras motpoler vad gäller ungdomars psykosomatiska hälsa. I samtliga tre åldersgrupper som undersökts uppvisar Danmark den lägsta förekomsten av sådana besvär. Av metodologiska skäl kan länderskillnader i självskattad psykisk ohälsa vara svårtolkade. Psykometrisk analys av nordiska data tyder exempelvis på att finska ungdomar tenderar att underrapportera vissa typer av psykiska besvär (Hagquist, under arbete).

VARFÖR ÖKAR DEN PSYKISKA OHÄLSAN?

I flera fall löper kurvor för arbetslöshet och skolprestationer parallellt med nedåtgående kurvor för ungdomars psykiska hälsa. Om detta speglar ett orsakssamband, eller något annat är fortfarande i hög grad en öppen fråga. Vad som egentligen ligger bakom den försämrade psykiska hälsa återstår att reda ut vilket också påtalades vid Kungl. Vetenskapsakademiens konferens. Forskningen handlar än så länge mer om observationer än om förklaringar.

Insikten om att samhällsförhållandena påverkar befolkningens hälsa har funnits länge – under senare år framlagt med övertygande bevisning av Sir Michael Marmot och hans kommission om social determinants of health (WHO, 2003). Inom samhällsvetenskapen har teoretiska modeller utvecklats för att förklara sambanden mellan social stress och psykisk hälsa, modeller som utgår från exponeringen för stress men

också från förhållanden och faktorer på individ- och samhällsnivå som kan lindra effekterna av negativ stress.

De försämringar som skett av barns och ungdomars psykiska hälsa har som redan antytts både i debatt och forskning sammankopplats med och tillskrivits de samhällsförändringar som skett i Sverige under de senaste decennierna, på arbetsmarknaden och i skolan, i den sociodemografiska strukturen.

Om trendmönstren förefaller komplexa är förklaringarna eller bristen på förklaringar än mer svårgripbara. I jakten på förklaringar riktas ofta blickarna mot de stora förändringar i ungdomars uppväxtvillkor som ägt rum under de senaste decennierna, bland annat på arbetsmarknaden med hög ungdomsarbetslöshet som följd. Med data från tio europeiska länder kunde Lager & Bremberg (2009) visa en samvariation mellan förändringar på arbetsmarknaden och 15-åringars psykiska hälsa. De stora förändringar som också ägt rum i familjestrukturen med ett ökande antal barn som lever i separerade familjer har också setts som en tänkbar förklaring till trenderna i ungas psykiska hälsa. Denna hypotes motsägs av att trenderna i psykisk ohälsa i huvudsak inte skiljer sig mellan unga som lever i olika familjetyper. Hypotesen bekräftas inte heller i brittiska studier (Collishaw et al., 2007). De ökningarna som skett i uppförandeproblem kan inte förklaras av förändrade familjestrukturer. Uppförandeproblem har ökat i lika hög grad inom alla familjetyper (Hagell, 2012).

En tredje populär hypotes är den om att ökningen av ungas psykiska ohälsa beror på att eleverna känner sig mer stressade. Den självupplevda stressen i skolan ökade kraftigt i slutet av

1990-talet men har därefter legat på ungefär samma nivå. Upplevd skolstress är dock fortfarande huvudsakligen ett problem i årskurs 9. Medan 3 och 6 procent av eleverna i årskurs 5 respektive 7 upplever mycket skolstress, är motsvarande andel 10-15 procent i årskurs 9.

Sett över tid följs ökningarna av skolstress och psykisk ohälsa åt under vissa tidperioder, medan förändringar vid andra år inte följs åt. Det senare gäller exempelvis för det undersökningsåret 2013/14 för Skolbarns hälsovanor då andelen elever i årskurs 9 med psykosomatiska besvär ökade kraftigt medan andelen elever som upplevde hög grad av skolstress var ungefär densamma som tidigare år. Även i ett komparativt länderperspektiv är sambanden mellan skolstress och psykisk ohälsa komplexa. Bland elever i årskurserna 5 och 7 uppvisar Sverige både den högsta andelen med psykiska besvär och samtidigt också den lägsta andelen elever som upplever skolstress.

En fjärde hypotes är av metodologisk karaktär och innebär att den ökning som skett av ungas självrapporterade psykiska hälsa tolkas som en ökad benägenhet att rapportera psykiska besvär. Det faktum att prevalensen av hyperaktivitet enligt den brittiska studien inte ökat har tolkats som att ökningen av emotionella besvär och uppförandeproblem inte kan tillskrivas en ökad öppenhet och benägenhet att rapportera psykiska besvär (Hagell, 2012). En liknande slutsats dras i den internationella trendöversikten för den ökande psykiska ohälsan bland flickor (Bor et al., 2014).

SKOLA, LÄRANDE OCH PSYKISK HÄLSA

De tydliga resultaten från den internationella forskningen om sambandet mellan skola och

psykisk hälsa manar till eftertanke och handling, särskilt i ett svenskt perspektiv. Svenska skolbarn presterar sedan början av 1990-talet allt sämre enligt internationella studier. Samtidigt har ungdomars psykiska hälsa försämrats. Insatser behövs både för att förbättra skolbarnens prestationer och deras psykiska hälsa. Exempelvis skulle ökade insatser riktade mot den tidiga läsinlärningen kunna tillgodose båda dessa behov – och förena skolans kunskapsuppdrag och sociala uppdrag. Inom forskningen är det angeläget att studera hur skolan kan stödja läsutvecklingen utan att samtidigt stigmatisera barnen. Med tanke på att tidiga misslyckanden i skolan kan få allvarliga konsekvenser, är det också angeläget att undersöka hur skolan kan bedöma och redovisa barnens prestationer utan att det leder till en nedsatt psykisk hälsa. Självfallet är det också angeläget att studera hur sambandet mellan skolprestation och psykisk hälsa påverkas av individuella faktorer som sårbarhet, kognitiv förmåga och kön liksom av familjens socioekonomiska/utbildningsmässiga position.

FORSKNING PÅGÅR

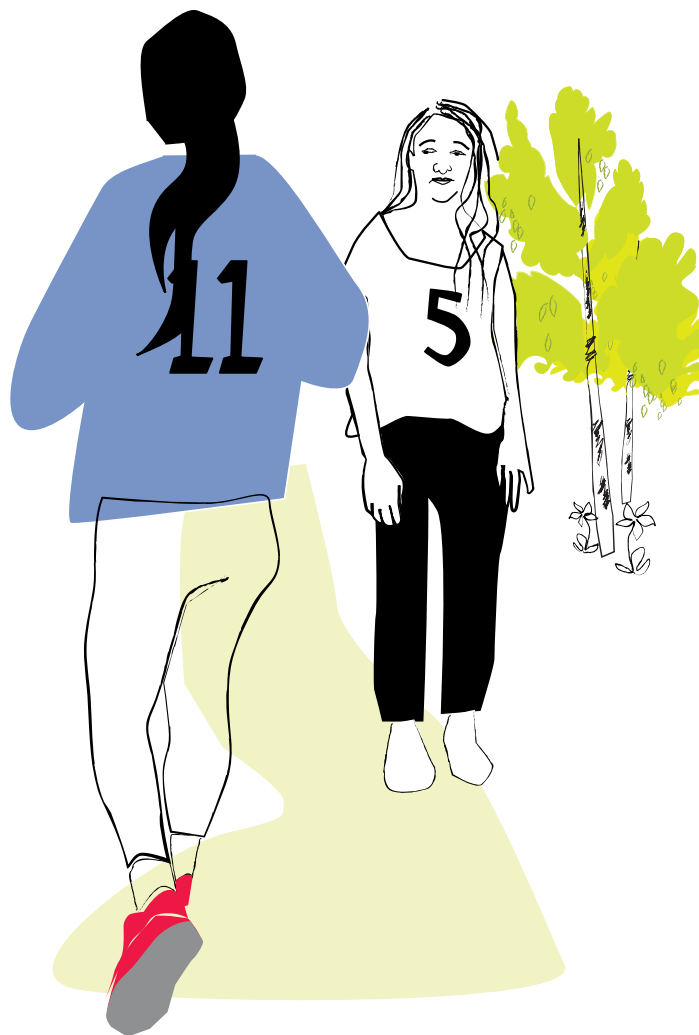
Att klarlägga orsakerna till den ökade psykiska ohälsan bland unga är en stor utmaning för forskningen. De statliga forskningsfinansiärernas riktade satsningar de senaste åren på ungas psykiska hälsa och uppväxtvillkor har inneburit att många stora forskningsprojekt startats i Sverige.

Med programstöd från Forte studerar forskare från Karlstads universitet och Göteborgs universitet hur förändringar i uppväxtvillkoren påverkar barns och ungas psykiska hälsa. Programmet följer två huvudspår:

- Jämförande analyser av samhällsförändringar och trender i psykisk hälsa inom och mellan länder med fokus på två forskningsfrågor:
 - Vilka förändringar och skillnader i samhällsförhållanden kan förklara trender i barns och ungdomars psykiska hälsa inom och mellan länder?
 - Vilka förändringar och skillnader i samhällsförhållanden kan förklara trender i barns och ungdomars psykiska hälsa inom och mellan kommuner och skolor i Sverige?
- Analyser av hur förändringar i uppväxtvillkoren påverkar barns och ungas psykiska hälsa med fokus på de kausala effekterna av stress i skolan/familjen på den psykiska hälsan. Även de ömsesidiga orsakssambanden mellan skolprestationer och psykisk hälsa studeras.

Vid Karolinska Institutet pågår forskningsprogrammet Kupol, Kunskap om Ungas Psykiska Hälsa och Lärande. Programmet bedrivs under fyra år och finansieras av fyra statliga forskningsfinansiärer. Det övergripande syftet med Kupol är att undersöka hur den pedagogiska och sociala miljön i skolan påverkar ungdomars psykiska hälsa. 95 högstadieskolor deltar och kärnan i studien utgörs av elever i årskurs sju och åtta.

Förhoppningen är att dessa och andra forskningsprojekt ska öka kunskaperna om den psykiska hälsans bestämningsfaktorer och orsakerna till den ökande psykiska ohälsan bland ungdomar.



REFERENSER

REFERENSER TILL PROJEKTETS

BAKGRUND

Anvik, Cecilie (2013) "Unge, psykisk helse og utenforskap, en norsk kontekst". I: Terje Olsen og Jenny Tägtström (red.), s 97-119.

Arnardóttir, Jóhanna Rósa (2013) "Young people left behind in transition from school to work in Iceland". I: Terje Olsen og Jenny Tägtström (red.), s 75-96.

Bremberg, Sven (2013) "Utanförskap och psykisk ohälsa bland unga i de nordiska länderna". I: Terje Olsen og Jenny Tägtström (red.), s 29-40. Dokument 12/2013 Jämställdhetsredogörelse till Nordiska Rådet 2013

Due, Pernille et al. (2013) "Is bullying equally harmful for rich and poor children? A study of bullying and depression from age 15 to 27". I: Terje Olsen og Jenny Tägtström (red.), s 120-134.

Halvorsen, Björn, Ole-Johnny Hansen og Jenny Tägtström (2013) Unge på kanten. Om inkludering av utsatte ungdommer. Nord 2012:005. København: Nordisk ministerråd.

Hyggen, C, Olsen, T, Kolouh-Söderlund, L, Tägtström, J (2015) Young People at Risk – Situation in the Nordic Region, paper for the Journal of Youth Studies Conference, Copenhagen, March 30 – April 1, 2015.

Hälsoutskottet, Kungl. Vetenskapsakademien (2010), School, learning and mental health: a systematic review. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien.

Inspektionen för Socialförsäkringar (2013:7) Unga förtidspensionärer – Studie av sju europeiska länder. Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringar.

Kungl. Vetenskapsakademien (2010). Skola, lärande och psykisk hälsa. State-of-the-Science Konferensuttalande 26-28 april 2010, Kungl. Vetenskapsakademien. Hämtad från www.buph.se

Mykletun, Arnstein (2013) Unge, uføretrygd og psykiske lidelser. I: Terje Olsen og Jenny Tägtström (red.), s 41-49.

OECD (2013a) Mental Health and Work: Norway. OECD.

OECD (2013b) Mental Health and Work: Sweden. OECD.

OECD (2013c) Mental Health and Work: Denmark. OECD.

Olofsson, Jonas og Alexandru Panican (2013), Unge och utanförskap i Sverige. I: Terje Olsen og Jenny Tägtström (red.), s 50-74.

Olsen, Terje og Jenny Tägtström (red.) (2013), For det som vokser. Unge, psykisk uhelse og tidlig uførepensjonering i Norden. En antologi. Stockholm: Nordens Velfärdscenter.

Olweus, Dan (1993), Bullying at school. What we know and what we can do. Oxford: Blackwell Publ.

Kaltenbrunner Bernitz, Brita et.al. (2013), Young adults on disability benefits in 7 countries. I: Scandinavian Journal of Public Health 2013 41:3. SAGE.

Sletten, Mira Aaboen og Christer Hyggen (2013), Ungdom, frafall og marginalisering. Temanotat. Oslo: Norges forskningsråd.

Socialstyrelsen (2012), Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen.

SOU 2013:74 (2013), Unga som varken arbetar eller studerar – Statistik, stöd och samverkan. Slutbetänkande av utredningen om unga som varken arbetar eller studerar. Regeringskansliet. Temagruppen unga i arbetslivet (2012), Orka jobba. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Temagruppen unga i arbetslivet (2013a), 2013 års uppföljning av antalet unga som varken arbetar eller studerar. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Temagruppen unga i arbetslivet (2013b), Tio orsaker till avhopp – 379 unga berättar om avhopp från gymnasiet. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Tema Nord (2011:514), Strengthening mental health in the Norden – suggestions for initiatives for promotion of the exchange of knowledge and experience. Report by the Nordic Expert Group on Mental Health, 2009-2010.

Undervisningsministeriet/Danmark (2014), Af-tale om Bedre og mere attraktive erhvervsud-dannelser.

Eurostat: Young people not in employment and not in any education and training, by age

and sex (NEET rates) [edat_lfse_20]. Hämtat från Eurostats databas 5 mars 2014 från www.eurostat.eu

von Soest, Tilmann og Christer Hyggen (2013), ”Psyiske plager blant ungdom og unge voksne - hva vet vi om utviklingen de siste årtiene? ”I: Torild Hammer og Christer Hyggen (red.) Ung voksen og utenfor. Mestring og marginalitet på vei til voksenliv. Gyldendal Akademisk, s 88 – 109.

WHO (2003), The Solid Facts- Social Determinants of Health. World Health Organization.

REFERENSER TILL RAPPORTEN

Alliansen (2014, 1 september). Vi bygger Sverige – Alliansens valmanifest 2014-2018. Hämtad från <http://www.alliansen.se/2014/09/vi-bygger-sverige-alliansens-valmanifest-2014-2018/>

Beckman, L., & 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.

Björkenstam, C., Weitof, G. R., Hjern, A., Nordström, P., Hallqvist, J., & Ljung, R. (2011). School grades, parental education and suicide – a national register-based cohort study. Journal of Epidemiology and Community Health, 65(11), 993-998. doi: 10.1136/jech.2010.117226

Bohman, H., Jonsson, U., Paaren, A., von Knorring, L., Olsson, G., & von Knorring, A.-L. (2012). Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year community-based follow-up study of adole-

scent with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry*, 12(1), 90.

Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606-616. doi: 10.1177/0004867414533834

Bremberg, S., & Dalman, C. (2015). Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga: En kunskapsöversikt. Stockholm: Forte.

Cederblad, M. (2013). Ungas psykiska hälsa förbryllar forskare. *Läkartidningen*, 36.

Collishaw, S. (2015). Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370-393. doi: 10.1111/jcpp.12372

Collishaw, S., Goodman, R., Pickles, A., & Maughan, B. (2007). Modelling the contribution of changes in family life to time trends in adolescents conduct problems. *Social Science & Medicine*, 65, 2576-87.

Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25. doi: 10.1097/01.chi.0000184929.41423.c0

Currie, C et al., (Eds) (2012). Social determinants of health and well-being among young

people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Due, P., Diderichsen, F., Meilstrup, C., Nordentoft, M., Obel, C., & Sandbæk, A. (2014). Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse. ss.1-184.

Elgar, F. J., Pfortner, T.-K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*. Published Online: 3 February 2015. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61460-4

Folkhälsomyndigheten (2014). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14: Grundrapport. Stockholm.

Gustafsson, J.-E., Allodi, W.M., Alin Åkerman, B., Eriksson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, P., Ljungdahl, S., Ogden, T., & Persson, R.S. (2010). School, Learning and Mental Health: A systematic review. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoenkottet.

Hagell, A. (Ed.) (2012). *Changing Adolescence: Social Trends and Mental Health*. Bristol: The Policy Press.

Hagquist, C. (2007). Health inequalities among adolescents – the impact of academic orienta-

tion and parents' education. *The European Journal of Public Health*, 17(1), 21-26.

Hagquist, C. (2008). Psychometric Properties of the PsychoSomatic Problems Scale: A Rasch Analysis on Adolescent Data. *Social Indicators Research*, 86(3), 511-523. doi: 10.1007/s11205-007-9186-3

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. (2012). Skolmiljö, mobbning och hälsa: Resultat från Ung i Värmland 1988-2011. *Karlstad University Studies* 2012:33. Karlstad: Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet.

Hagquist, C., Beckman, L., Bergh, D., Hellström, L., & Persson, L. (2012). Skolan förebygger: Främjande av psykisk hälsa och förebyggande av mobbning bland barn och unga. Samverkansprojekt mellan Karlstads kommun och Karlstads universitet 2009 – 2011. Karlstad: Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet.

Hagquist, C. (2013). Ungas psykiska hälsa i Sverige – komplexa trender och stora kunskapsluckor, *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(5), 671-683.

Henriksen, J., Nielsen, F. P., & Bilenberg, N. (2012). New Danish standardization of the Child Behaviour Checklist. *Danish Medical Journal*, 59(7), 1-5.

ICSRA (2010). The Nordic Youth Research 2010: A comparative research among 16 to 19 year old students in Åland Islands, Denmark, Faroe Islands, Finland, Greenland, Iceland, Norway and Sweden. Reykjavik: Icelandic Centre for Social Research and Analysis Rannsóknir & greining.

Jablonska, B., Lindblad, F., Ostberg, V., Lindberg, L., Rasmussen, F., & Hjern, A. (2012). A national cohort study of parental socioeconomic status and non-fatal suicidal behaviour – the mediating role of school performance. *BMC Public Health*, 12(1), 17.

Johnsson, G. (2001). Skolan ska skapa fria människor. *Krönika*, maj 2001, Dagens Arbete.

[KVA] Kungl. Vetenskapsakademien (2010 a). Skola, lärande och psykisk hälsa. State-of-the-Science Konferensuttalande 26-28 april 2010, Kungl. Vetenskapsakademien. Hämtad från www.buph.se

[KVA] Kungl. Vetenskapsakademien (2010 b). Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. State-of-the-Science Konferensuttalande 12-14 april 2010, Kungl. Vetenskapsakademien. Hämtad från www.buph.se

Lager, A., & Bremberg, S. (2009). Association between labour market trends and trends in young people's mental health in ten European countries 1983-2005. *BMC Public Health*, 9(1), 325.

- Mörk, E., Sjögren, A., & Svaleryd, H. (2014). *Hellre rik och frisk. Om familjebakgrund och barns hälsa*. Stockholm: SNS Förlag.
- OECD (2013). *Mental Health and Work: Sweden*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>
- OECD (2014). *Resources, Policies and Practices in Sweden's Schooling System: an in-depth analysis of PISA 2012 results*. Report, 18 February 2014.
- Ottová-Jordan, V., Smith, O. R., Gobina, I., Mazur, J., Augustine, L., Cavallo, F., Ravens-Sieberer, U. et al. (2015). Trends in multiple recurrent health complaints in 15-year-olds in 35 countries in Europe, North America and Israel from 1994 to 2010. *The European Journal of Public Health*, 25 Suppl 2, 24-27. doi: 10.1093/eurpub/ckv015
- Petersen, S., Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A-M., Stenbeck, M., Sundelin, C., & Hägglöf, B. (2010). *Barn och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet.
- Regeringskansliet (2014). *Regeringsförklaringen oktober 2014*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/sb/d/3039/a/247180>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social science & medicine*, 90(0), 24-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Ringbäck Weitoft, G., & Rosen, 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*, 59, 794-798.
- 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.
- SBU (2010). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn: En systematisk litteraturöversikt. Rapport nr 202*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SCB (2014). *Olika familjer lever på olika sätt – om barns boende och försörjning efter en separation. Demografiska rapporter, 2014:1*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Prognosinstitutet.
- Sigfusdóttir, I. D., Asgeirsdóttir, B. B., Sigurdsson, J. F., & Gudjonsson, G. H. (2008). Trends in depressive symptoms, anxiety symptoms and visits to healthcare specialists: a national study among Icelandic adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 361-368. doi: 10.1177/1403494807088457
- Skolverket (2013a). *PISA 2012: 15-åringars kunskaper i matematik, läsförståelse och naturvetenskap (resultaten i koncentration)*. Sammanfattning av rapport nr 398. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket (2013b). *Attityder till skolan 2012. Rapport nr 390*. Stockholm: Skolverket.

- Smith, D.J., & Rutter, M. "Time trends in psychosocial disorders in youth" i Rutter, M., & Smith, D.J. (Eds.) (1995). *Psychosocial disorders in young people*. Chichester: John Wiley. pp. 763–781
- Socialstyrelsen (2010). Vinnerljung, B., Berlin, M., & Hjern, A. Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. I Social rapport Kap. 7, 227-266: Socialstyrelsen.
- SKL (2015). Psyk – Psykisk hälsa barn och unga: Slutrapport för Psyk, år 2011-2014. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- von Soest, T., & Wichstrøm, L. (2014). Secular Trends in Depressive Symptoms Among Norwegian Adolescents from 1992 to 2010. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 403- 415. doi: 10.1007/s10802-013-9785-1
- SOU 1997:8. Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU, S 2010:04. Unga vuxna med aktivitetsersättning – risk för suicidförsök och suicid. Underlagsrapport nr 13 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.
- Sourander, A., Koskelainen, M., Niemela, S., Rihko, M., Ristkari, T., & Lindroos, J. (2012). Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: a 10-year time-trend study of Finnish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(12), 665-671. doi: 10.1007/s00787-012-0303-8
- Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 24(6), 701-713. doi: 10.1006/jado.2001.0440
- Verhulst, F. (2015). Commentary: Physical health outcomes and health care have improved so much, so why is child mental health getting worse? Or is it? A commentary on Collishaw (2015). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 394-396. doi: 10.1111/jcpp.12387
- Vinnerljung, B., Forsman, H., Jacobsen, H., Kling, S., Kornør, H., & Lehmann, S. (2015). Barn kan inte vänta: Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar. Stockholm & Helsingfors: Nordens Välfärdscenter.
- West, P. (1988). Inequalities? Social class differentials in health in British youth. *Social Science & Medicine*, 27(4), 291-296.
- West, P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science & Medicine*, 44(6), 833-858.
- WHO (2003). *Social Determinants of Health: The solid Facts* (2nd ed). Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health Organization. Hämtad från http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

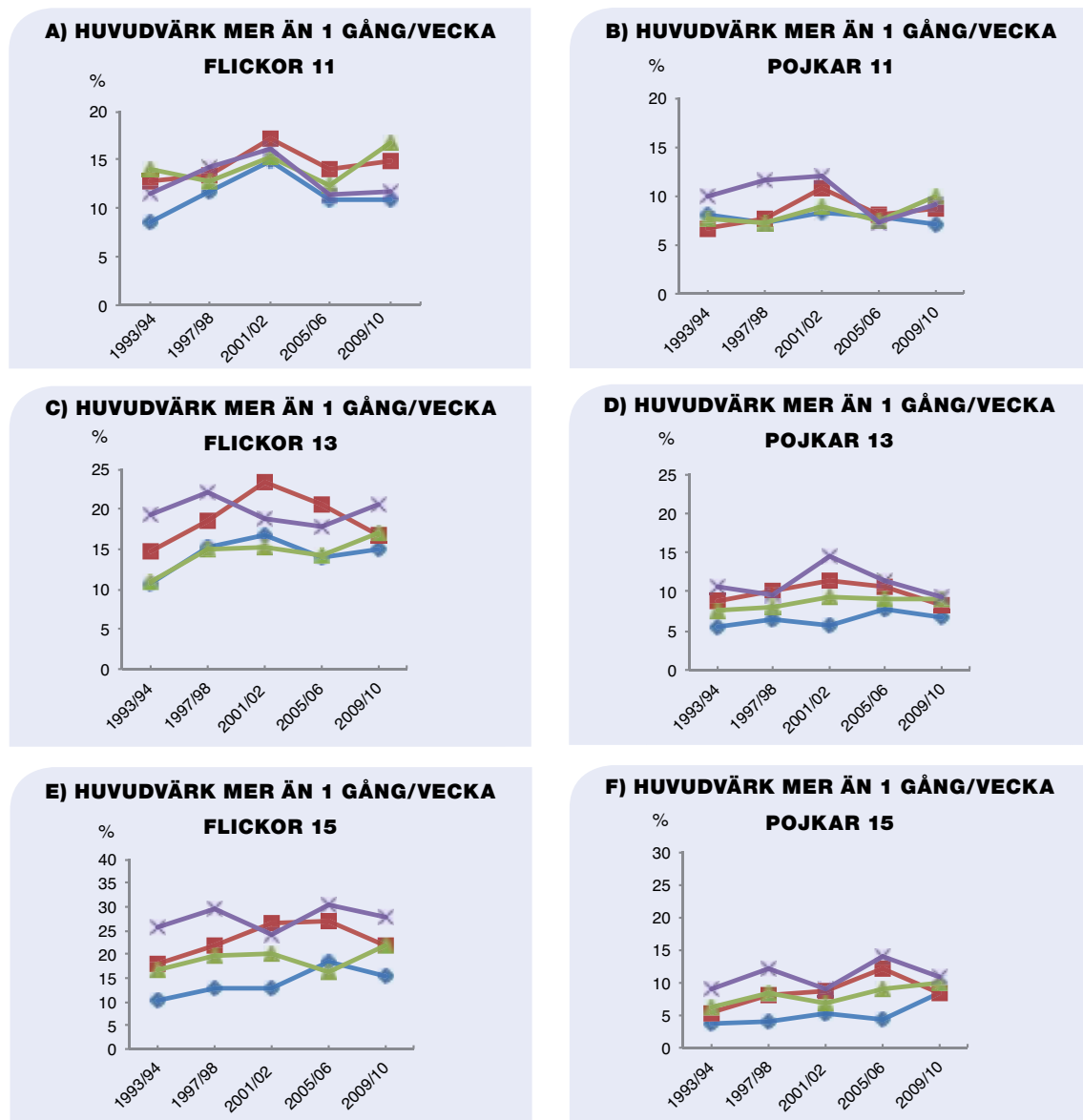
BILAGA 1

REDOVISNING AV FRÅGOR OM PSYKOSOMATISKA BESVÄR

I figur 21-28 a-f redovisas samtliga åtta frågor om psykosomatiska besvär. Andelen elever

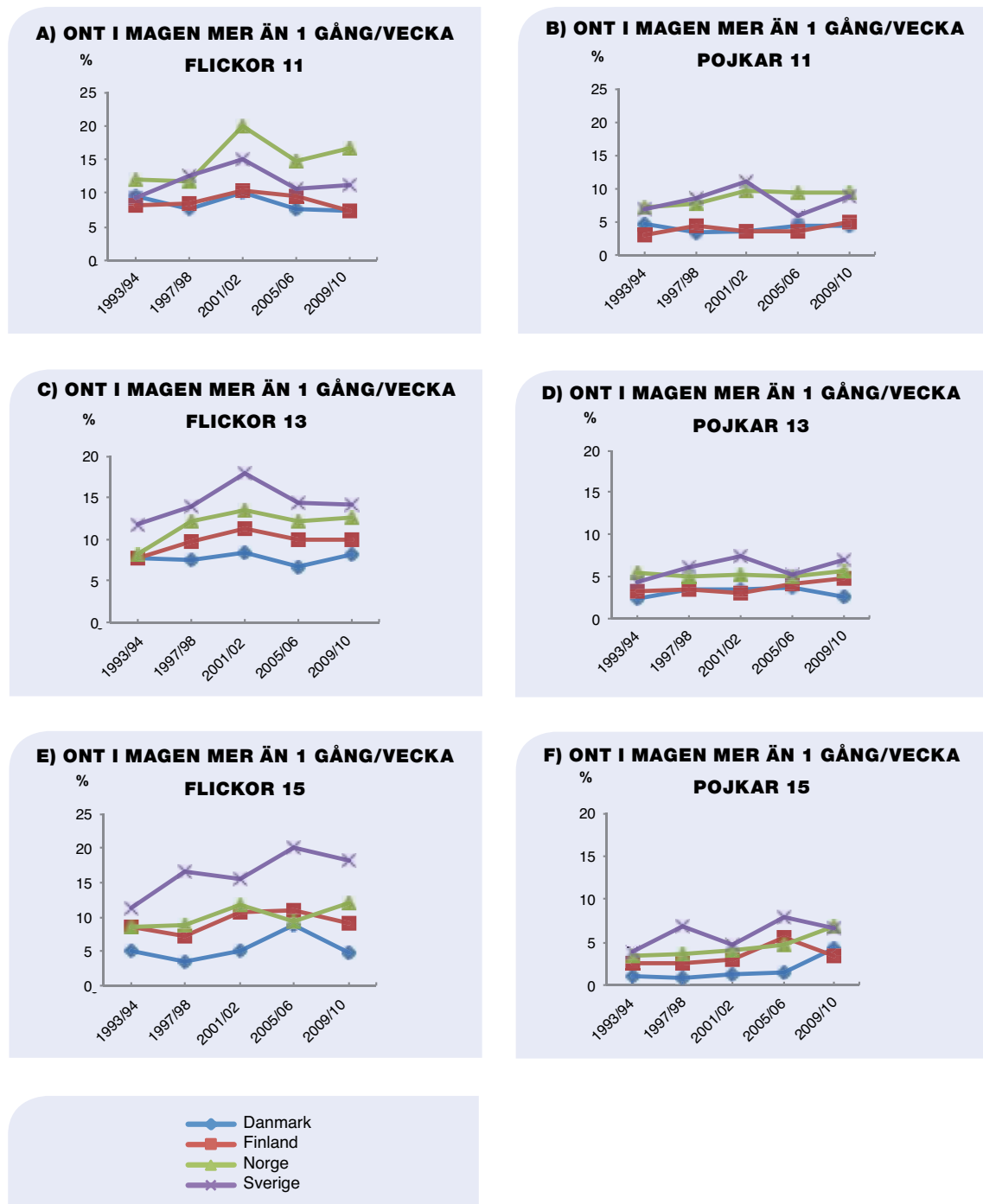
1993/94 – 2009/10 i Danmark, Finland, Norge och Sverige med besvär mer än en gång i veckan, fördelat efter ålder och kön.

HUVUDVÄRK



Figur 21 a-f. Huvudvärk bland pojkar och flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige, fördelat efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

ONT I MAGEN

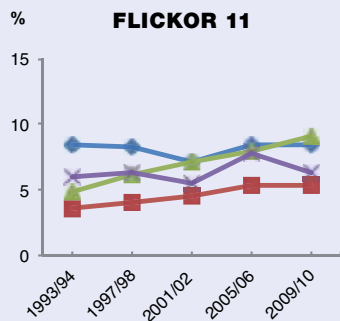


Figur 22 a-f. Ont i magen bland pojkar och flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige, fördelat efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

ONT I RYGGEN

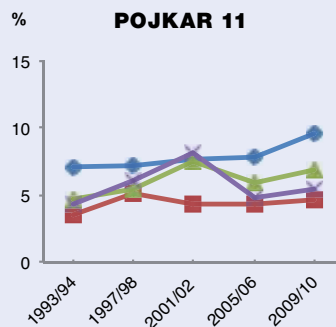
A) ONT I RYGGEN MER ÄN 1 GÅNG/VECKA

Flickor 11



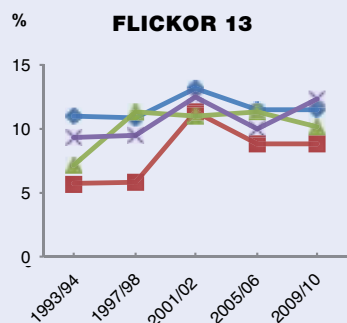
B) ONT I RYGGEN MER ÄN 1 GÅNG/VECKA

Pojkar 11



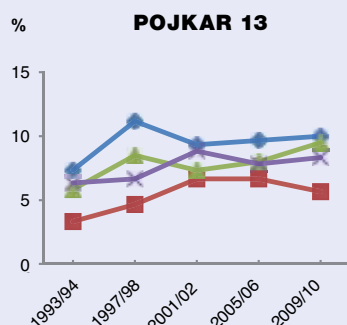
C) ONT I RYGGEN MER ÄN 1 GÅNG/VECKA

Flickor 13



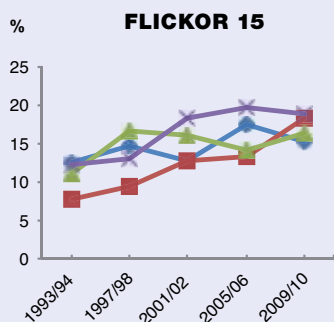
D) ONT I RYGGEN MER ÄN 1 GÅNG/VECKA

Pojkar 13



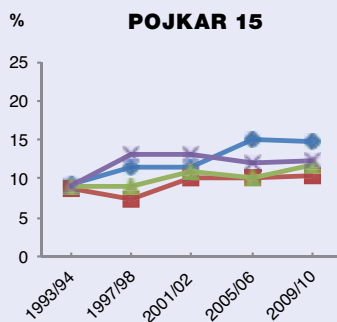
E) ONT I RYGGEN MER ÄN 1 GÅNG/VECKA

Flickor 15



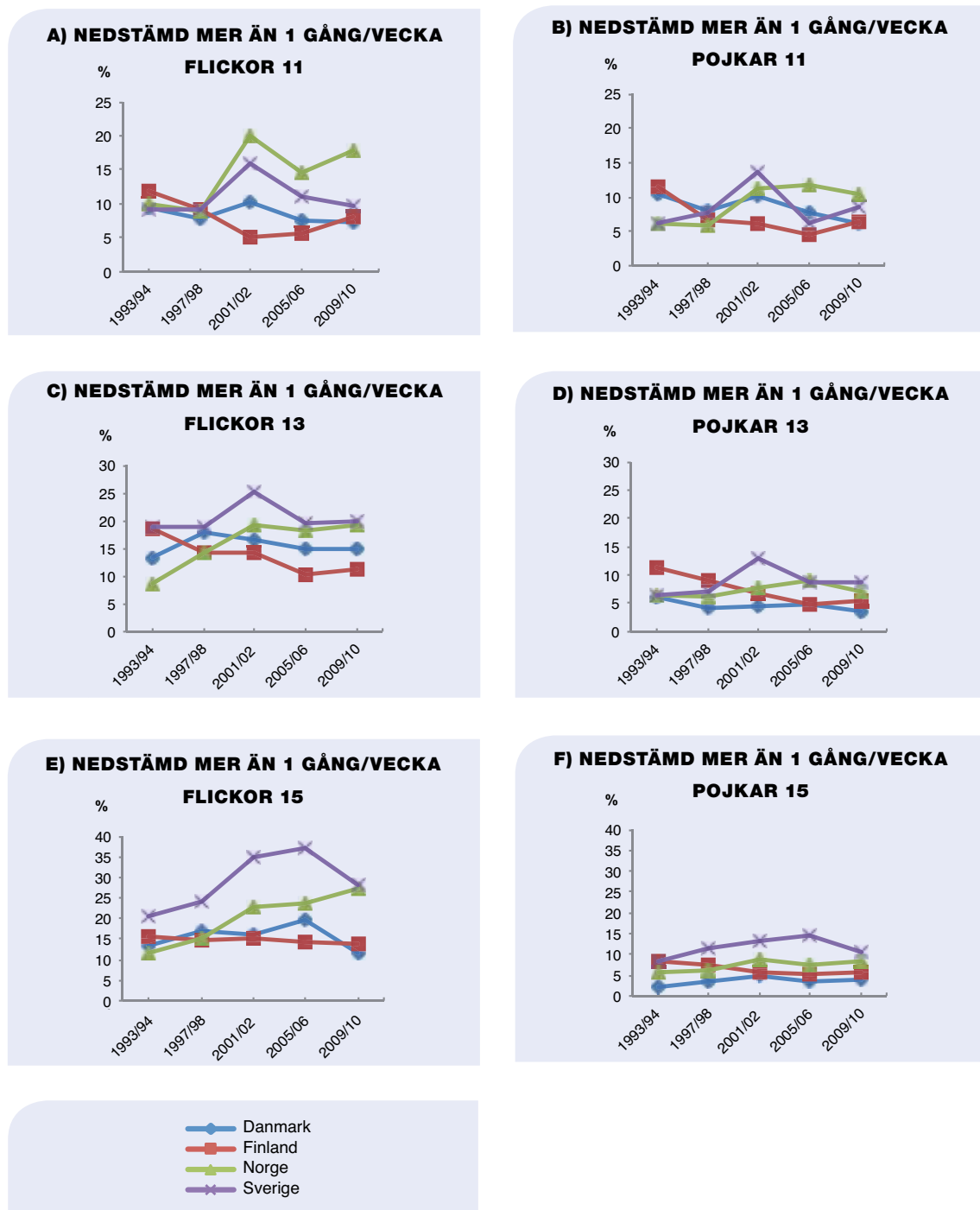
F) ONT I RYGGEN MER ÄN 1 GÅNG/VECKA

Pojkar 15



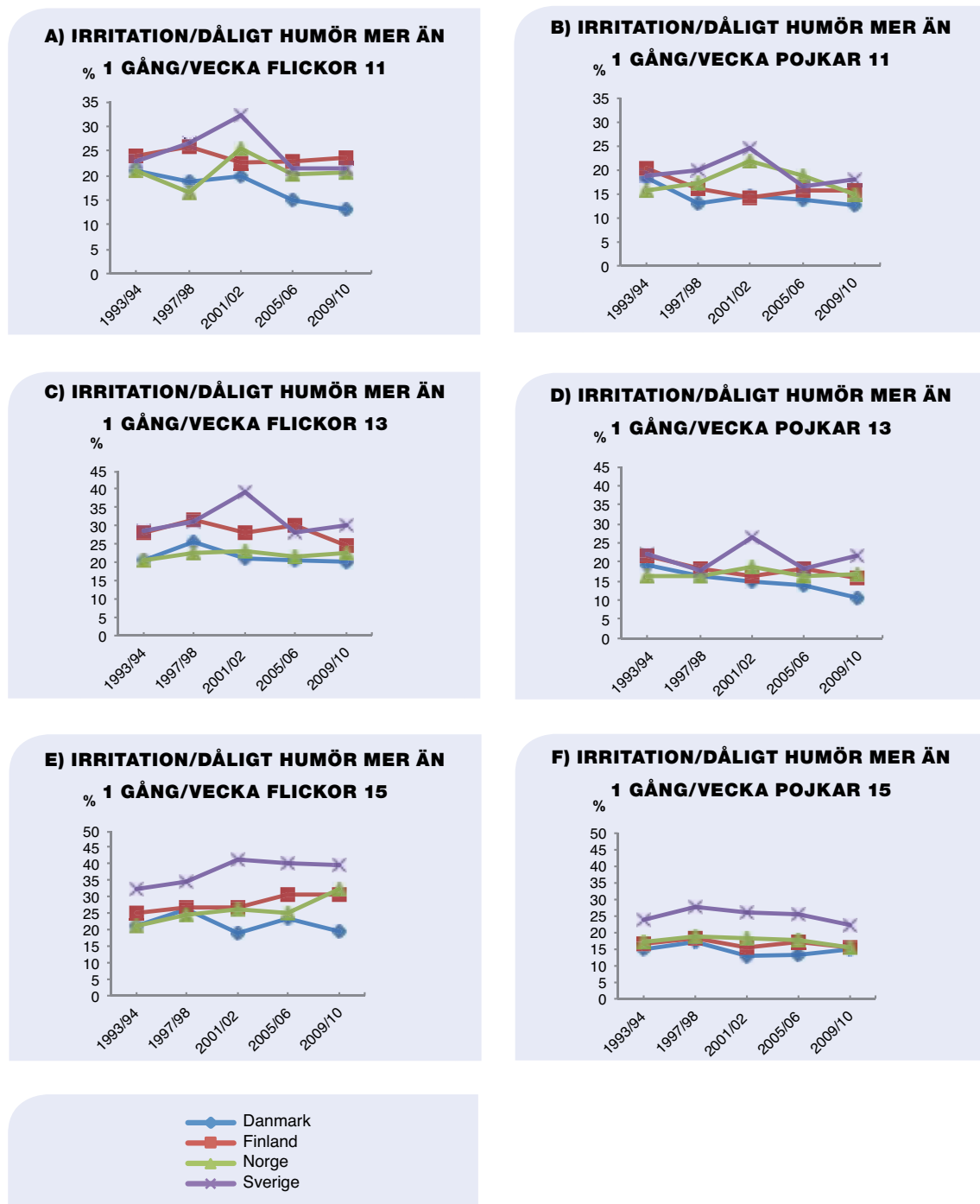
Figur 23 a-f. Ont i ryggen bland pojkar och flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige, fördelat efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

NEDSTÄMD



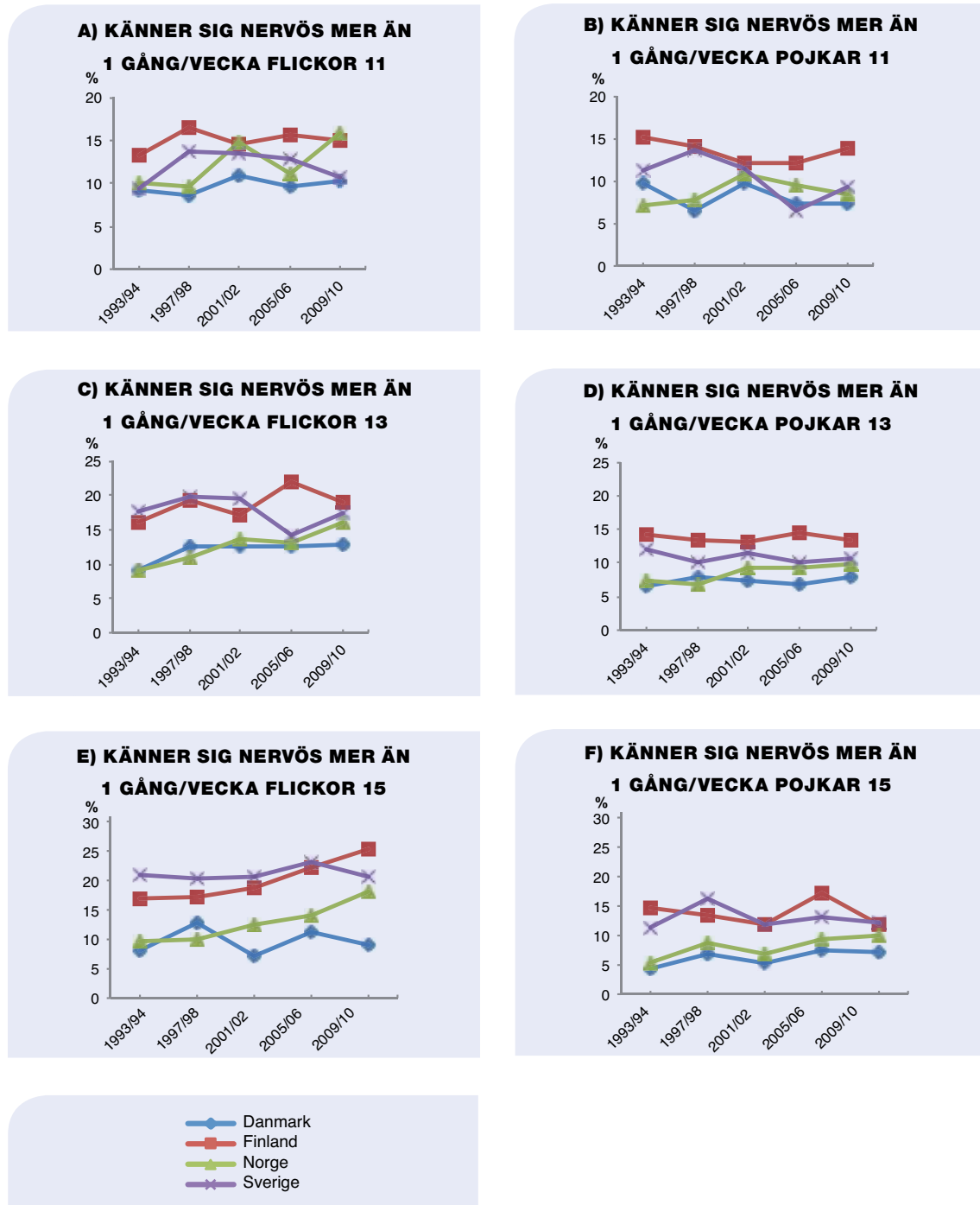
Figur 24 a-f. Nedstämdhet bland pojkar och flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige, fördelat efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

IRRITATION/DÅLIGT HUMÖR



Figur 25 a-f. Irritation/dåligt humör bland pojkar och flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige, fördelat efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

KÄNT SIG NERVÖS

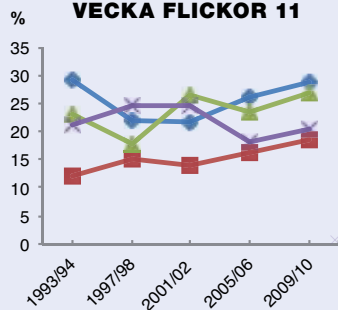


Figur 26 a-f. "Känt sig nervös" bland pojkar och flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige, fördelat efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

SÖMNSVÅRIGHETER

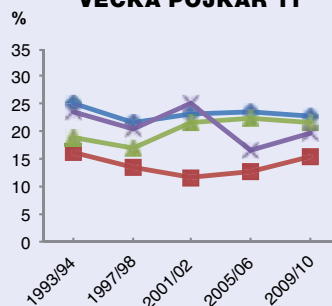
A) SÖMNSVÅRIGHETER MER ÄN 1 GÅNG/

VECKA FLICKOR 11



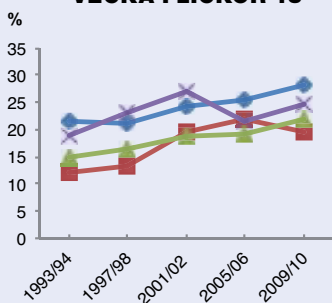
B) SÖMNSVÅRIGHETER MER ÄN 1 GÅNG/

VECKA POJKAR 11



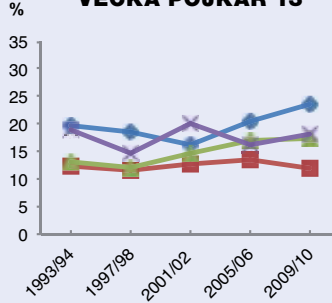
C) SÖMNSVÅRIGHETER MER ÄN 1 GÅNG/

VECKA FLICKOR 13



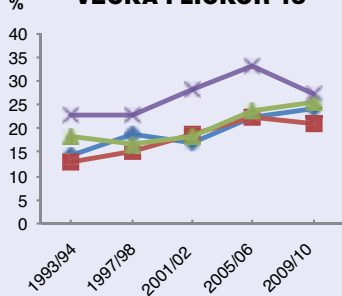
D) SÖMNSVÅRIGHETER MER ÄN 1 GÅNG/

VECKA POJKAR 13



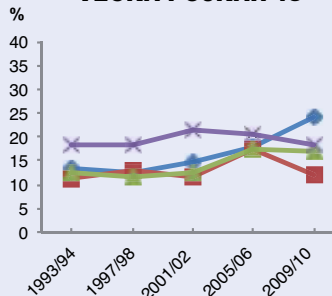
E) SÖMNSVÅRIGHETER MER ÄN 1 GÅNG/

VECKA FLICKOR 15



F) SÖMNSVÅRIGHETER MER ÄN 1 GÅNG/

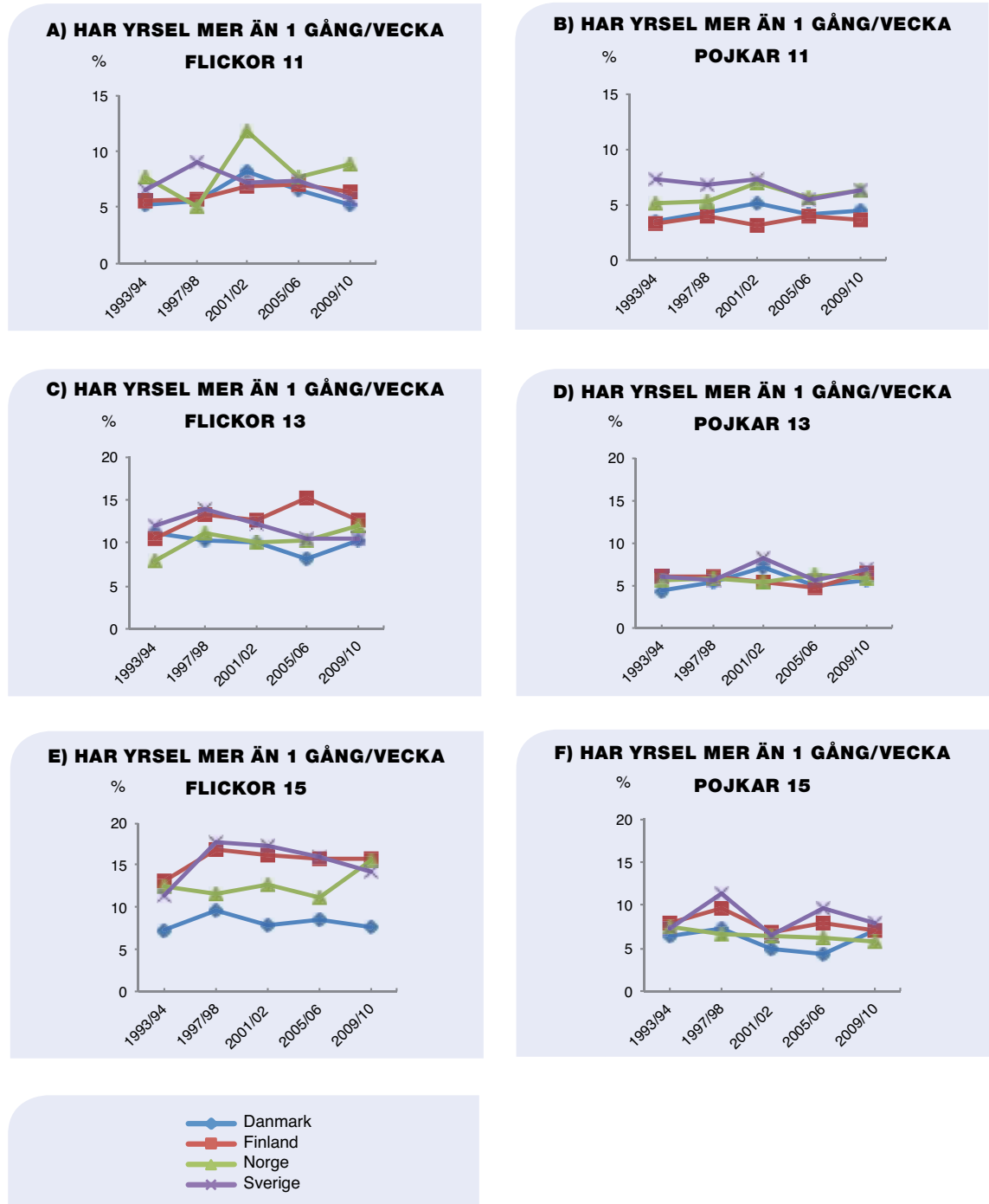
VECKA POJKAR 15



—●— Danmark
 —■— Finland
 —▲— Norge
 —×— Sverige

Figur 27 a-f. Sömnsvårigheter bland pojkar och flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige, fördelat efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

YRSEL



Figur 28 a-f. Yrsel bland pojkar och flickor i Danmark, Finland, Norge och Sverige, fördelat efter ålder och undersökningsår [Data: HBSC 1993/94 – 2009/10].

BILAGA 2

FAKTA OM UNDERSÖKNINGARNA SOM ANVÄNDS I RAPPORTEN

UNG I VÄRMLAND

Ung i Värmland är en totalundersökning bland niondeklassare (15-16 åringar) som genomförts åtta gånger 1988 – 2011. Datainsamlingen sker under vårterminen med ett frågeformulär som delas ut i klassrummet och besvaras anonymt. Deltagandet är frivilligt. Frågorna handlar om elevernas sociala och hälsomässiga förhållanden, i skolan och på fritiden. Varje undersökningsår 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).

För att mäta psykosomatisk hälsa används i Ung i Värmland "The Psychosomatic Problems (PSP) scale" (Hagquist, 2008; 2009; 2013), som baseras på summan av 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 har fem svarsalternativ "Aldrig"; "Sällan"; "Ibland"; "Ofta" och "Alltid".

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. I två av diagrammen redovisas också

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.

SKOLBARNS HÄLSOVANOR – HBSC

Studien är en del av WHO-studien Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) som numera innefattar 43 länder. Undersökningsgruppen utgörs av elever i åldrarna 11 år, 13 år och 15 år. Datainsamlingarna genomförs under höstterminen och sker i skolan med frågeformulär som besvaras anonymt. Deltagandet är frivilligt. I Sverige ansvarar Folkhälsomyndigheten för studien. HBSC-studien baseras på ett nationellt urval där målgruppen utgörs av elever i årskurserna 5, 7 och 9. I Sverige har datainsamlingar ägt rum vid sju tillfällen 1985 – 2014. I analyserna har av metodologiska skäl data 1989/90 utelämnats. I den senaste datainsamlingen som genomfördes i januari 2014 deltog närmare 8 000 elever från cirka 400 skolor över hela landet. Svarsandelen var 69,4 procent.

Såväl svenska som internationella rapporter om "Skolbarns hälsovanor" baseras vanligtvis på åtta frågor om psykiska och somatiska besvär. Baserat på utfallet från psykometriska analyser av HBSC-frågorna om hälsobesvär används i denna rapport endast svaren på de fyra frågor som rör psykiska besvär i redovisningen av resultaten för den svenska delen av undersökningen. Svaren på följande fyra frågor har summerats till en skala för psykiska besvär:

"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” (Hagquist, 2010).

I trenddiagrammen redovisas för varje undersökningsår andelen elever på eller över cut-off-värdet för den 90:e percentilen 1985/86, d v s gruppen av elever med den sämsta psykosomatiska hälsan.

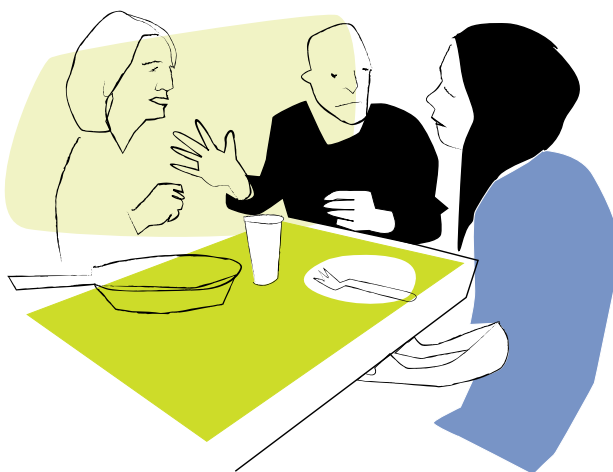
I redovisningen av resultaten för de fyra nordiska länderna har i denna rapport svaren på åtta frågor summerats till en skala för psykosomatiska besvär, även i detta fall baserat på utfallet från psykometriska analyser. Förutom ovan nämnda frågor fyra frågor om psykiska besvär har också svaren på följande frågor om somatiska besvär inkluderats: Huvudvärk, Ont i magen, Ont i ryggen, Känt mig yr.

I diagrammen redovisas för varje undersökningsår andelen elever på eller över cut-off-värdet för den 90:e percentilen 1993/94, d v s gruppen av elever med den sämsta psykosomatiska hälsan.

NORDISKA UNGDOMSSTUDIEN OM HÄLSA OCH VÄLFÄRD

Under hösten 2009 och våren 2010 genomfördes en undersökning bland ungdomar i gymnasieåldern (ca 16-19 år) i samtliga nordiska länder (ICSRA, 2010). Undersökningen gjordes på uppdrag från Nordiska ministerrådet. Datainsamlingen gjordes med ett frågeformulär som besvarades anonymt. Deltagandet var frivilligt. I Sverige besvarades frågeformuläret av ca 2500 ungdomar. För att mäta psykosomatiska besvär användes samma frågor och skala (PSP) som i Ung i Värmland undersökningen.

I trenddiagrammen redovisas andelen elever på eller över cut-off-värdet för den 90:e percentilen, d v s gruppen av elever med den sämsta psykosomatiska hälsan.



BILAGA 3

SUMMARY OF THE NORDIC CONFERENCE IN ICELAND 2014

CHILDREN'S MENTAL HEALTH AND WELL-BEING: POLICY AND FUTURE DIRECTIONS IN THE NORDIC COUNTRIES. CONFERENCE HELD 8.10 2014 IN REYKJAVIK, ICELAND

The conference, focusing on mental health promotion and prevention, was part of the programme of events for health and social affairs during the Icelandic Presidency of the Nordic Council of Ministers in 2014. The conference was organised by the Icelandic Ministry of Welfare and Directorate of Health.

At the conference, the experts presented their findings, and there was general agreement about the importance of focusing on children's mental health and well-being. Further research and policies are needed. Much of the burden of disease can be traced to mental illnesses; half of mental disorders start by the mid-teens and 75% by the mid-20s. Health promotion can improve mental health, influence resilience, and increased knowledge about appropriate action and behaviour. The sector needs more funding, to increase emphasis on health promotion, prevention, intervention and evidence-based knowledge. More cooperation is needed between specialists in the health care services and social services.

Good primary health care centres are important for parents and their children; good health care at an early age has a positive impact on general health and mental health among those children later in life. High-quality child care will increase well-being among children and reduce

the effects of social inequality. The family and schools should be in the forefront of preventive measures against mental health problems, but there is still a need for common indicators of mental health illnesses to allow decisions on where the focus should lie and what to measure in order to estimate its effect.

Mental health problems seem to be on the increase, but some countries, like Denmark, have been effective at reducing suicides. Many reviews are available on what works and what does not, but these do not necessarily focus on mental health problems, which are still in the shadow of other disorders. People face prejudice and can find it difficult to obtain appropriate treatment.

Eygló Harðardóttir, Icelandic Minister of Social Affairs and Housing.

In this opening address, Eygló stressed the importance of children's well-being, and pointed out that mental illnesses are the fastest growing health problem. In Iceland more children are receiving treatment for mental conditions today than ever before. Icelanders are five times more likely to use drugs/medicine than Scandinavians. More children are using medical drugs in Iceland compared to other Nordic countries, and boys aged 7-15 are more likely to use drugs than girls at same age. She asked whether children are now actually less healthy than before. Mental health well-being is related to how children feel, educational outcome, social relations and crimes.

Mental health is a part of the health care system and it is the responsibility of society as a whole

to find a solution. The focus should be on prevention, and work with families and schools, and it is important to spot mental illnesses at an early stage in order to help those children that are at risk. However, the primary focus should be on the family of the child, and all interventions should acknowledge this. We have not yet found a solution to this problem. An expert group has been set up by the Ministry of Welfare with a focus on child protection services, and the group is evaluating how well social services currently support children, particularly those with mental health disorders.

**Geir Gunnlaugsson, Chief Medical Officer,
Icelandic Directorate of Health.**

In the presentation, Geir discussed the mental health of young people and the well-being of nations. He believes that the greatest challenge is in early childhood; children's health is the responsibility of the family, and society needs to provide a supportive environment for the parents in bringing up their children. Baby clinics and preschool settings are important ways to support the family. We should bring in early intervention and screening tools. School settings are important, as all children attend school for ten years, and we need to carefully consider our work in the school system and be aware of the great influence we can have on children's well-being.

**KEYNOTE ADDRESS: HOW TO PROMOTE
MENTAL HEALTH AND PREVENT MENTAL
DISORDERS IN YOUNG PEOPLE AND GET
A MORE SENSIBLE SOCIETY ECONOMY**

**Arne Holte, Deputy Director General, Norwegian Institute of Public Health (FHI) and
Professor of Health Psychology, University
of Oslo.**

In his presentation, Arne pointed out that mental health is our biggest problem today and that treatments have not been very effective. However, prevention has worked well in other areas (such as reductions in road traffic mortality, infant mortality, heart diseases), so we need to recognise where it can work on mental health well-being. According to Arne, there is no way to prevent mental illnesses, but it is well-known that high levels of distress precede onset of mental illnesses. We could reduce new incidence of mental illnesses by promoting health (strengthening resilience and improving well-being are positive for mental health) and preventing disease (reducing the number of new cases). Most people who need help do not ask for it, and it is a problem if we only try to reach the high-risk groups. Universal prevention can be helpful, and will help more people, although it will result in helping fewer people in the high-risk group (Rose, 1993). Investment in mental capital and mental health could help prevent anxiety and depression.

A review of successful prevention programmes in the Netherlands 1970-2010 showed that universal prevention could reach many more people, or 75 percent compared to 25 percent if prevention is targeted (Mackenback et al., 2012). Based on these findings, our null hypothesis could be that similar results could be attained for mental health. This method could cost less, and it is better to prevent mental health illnesses outside rather than inside the health services. We should start by investing in infants and young children at society level because, if the total level of psychological distress is reduced, it will lead to fewer mental illnesses, in the same way as alcohol prevention is best when there is a society-level reduction in alcohol consumption. Evidence regarding mental health prevention is lacking, but we can test the hypothesis.

High-quality child care centres are important and reduce social inequality, but do not necessarily affect mental health. Physical activity affects mental health – walking for two hours a day reduces depression. Arne's presentation was based on a review of many studies examining various effects, such as impact of school interventions (review by Ware & Nind, 2011). Fifty of 52 studies found at least small effects. High-quality child care is important as it strengthens social-emotional coping, cognition and school grades, reduces social inequality in health, and even affects adulthood through education, employment and physical health.

Arne's recommendations were to focus on: (1) Mental capital before mental illness; (2) Health promotion before illness prevention; (3) What we do before what we want to do; (4) Low and medium risk before high risk; (5) Universal interventions before targeted ones; (6) Cost benefit before severity; (7) Outside before inside the health services; (8) First years of life before everybody else; (9) Level of distress before number of cases; (10) Evaluation and evidence before good intentions (Norwegian Psychological Association, 2012).

Strengthening mental health involves seven categories: (1) Build self-identity and self-respect; (2) Build sense of meaning in life; (3) Sense of mastery; (4) Sense of belonging; (5) Sense of security; (6) Sense of community; and (7) Sense of social support.

Ingibjörg Sveinsdóttir, Psychologist, Specialist in Clinical Psychology and Applied Behaviour Analysis, Primary Health Care of the Capital Area, Iceland.

In her presentation, Ingibjörg discussed whether children and adolescents are getting the help they need and access to mental health care within primary care services. According to Ingibjörg, mental health problems start for about 50% in the mid-teens and 75% in the mid-20s, but only 13-22% need treatment. In the primary health care centres, about one-third of adult visitors discuss mental health issues with the doctor. The problem is that mental illnesses are very difficult to identify, for example because children are likely to behave in ways that please their parents and try to hide their problems. However, among those that seek help, 20% receive appropriate treatment. Mental health illnesses are important, and may involve life or death situations and influence suicides.

In Iceland, psychologists work in 10 of the 15 primary health care centres in the capital region. These clinics work in collaboration with the compulsory schools, where nurses provide health care services. This means we have different professions working on mental health problems – if they work together, we build a community of specialists that speak the same language when it comes to mental health problems. In the capital region, 11,941 need treatment, but we need more experts. The waiting list is long; for a child with a problem, several months of waiting is too long and educational achievement can suffer over a long period. The goal should be to identify problems, find solutions, and measure the effects of prevention, detection, and early interventions, i.e. evidence-based treatment.

Päivi Santalahti, Specialist in Child Psychiatry, Head of the Child and Adolescent Mental Health Unit at the National Institute

for Health and Welfare (THL), and Adjunct Professor at the Department of Child Psychiatry at the University of Turku, Finland.

In her presentation Päivi discussed intersectoral collaboration in Finland to promote children's mental health. She showed a useful model 'Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development' (centerforics.org). Collaboration is important, and child and adolescent welfare plans at state and municipality level need to find common ground for many existing structures, overcome power struggles, and find a way to express the problem.

RCT home visits during infancy will later affect teenagers' mental health; these visits are improving so these types of service are helping to prevent mental health problem later. In south-west Finland, mental health problems among boys decreased from 1989 to 1999, but self-reported depressive symptoms among girls increased between 1989 and 2005. Children are more often taken into care, and mental illnesses are increasing among adolescents. Risk factors found in Finland are single families that find it difficult to cope financially, unemployment and violence, parental mental disorder, and foster homes. Social and emotional learning is a concept used in schools, and is an example of an intervention programme instead of a mental health programme.

Finland has a mental health skills study programme and a school health survey already in place, and is working on a mental health and a child protection study focusing on what works. The REES Centre works in collaboration with the University of Oxford, UK.

Pernille Due, Professor, Research Director for Child and Adolescent Health, National Institute for Public Health, Denmark.

In her presentation, she discussed mental health among adolescents and young people in Denmark, its prevalence and development over time. She introduced a report from the Danish Council of Prevention, based on work that has been ongoing for the past 5 years. The task was to map prevalence, distribution (by gender, age, socioeconomic group) and the development of mental health in Danish youth (aged 10-24) over the past 20 years. The report focuses on (1) Self-rated health and life satisfaction; (2) Symptoms, i.e. mental and psychosomatic symptoms, stomach ache, headache, medicine use, stress, sleep problems, loneliness and self-harm; (3) Psychological diseases, i.e. ADHD, autism spectrum disorder, emotional and behavioural disorders, eating disorder, psychosis and suicidal behaviour. The focus was on health to illness and from well-being to symptoms.

They found an increase in stress prevalence (once a week) and found that young people sleep less (50-75% sleep less than the recommended amount). Medication use (against headache, paracetamol) is a reflection of way to cope with daily hassles of life, and can have negative consequences.

There is lack of data on depression and anxiety, but psychosis is found among 0.1% of 10-24 year olds, 30% more prevalent in boys than girls. Suicidal behaviour has decreased by 70%, more boys than girls attempt suicide but the highest rate of suicide attempt is among 15-19-year-old girls. Suicide is decreasing partly because of stricter regulations on what can be

bought without prescription from a chemist, for example paracetamol.

Pernille concluded that there were increases in all areas of mental health problems, and particularly in 20-year-olds. Most symptoms are more prevalent among girls, but boys are particularly subject to psychosis and to autism. Social inequality is also significant in most mental health symptoms, where those from a lower socioeconomic background are more at risk.

The report can be downloaded from: www.vidensraad.dk.

Johanna Ahnquist, Head of Unit for Mental Health, Children and Youth, Department of Knowledge Development, Public Health Agency of Sweden.

In her presentation, Johanna described mental health among children and young people in Sweden, trends and preventative measures. A holistic perspective, based on the social determinants of health, was developed for the Swedish National Public Health Policy. No specific goal is set for mental health, but an integrated approach to eleven objective domains is required, for example participation and influence in society, health in working life, physical activity, eating habits, alcohol, illicit drugs, tobacco, economic and social prospects, and conditions during childhood and adolescence.

Some of her findings are based on the WHO survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a cross-sectional survey conducted in 40 countries every four years since 1985/6. The aims of the survey are to gain new insight into young people's health and well-being (aged

11, 13 and 15) and monitor the development within countries and regions and to make comparisons between countries and regions. Questions related to mental health concern life satisfaction and psychosomatic problems.

The National Public Health Survey that has been conducted in Sweden every year since 2004, Health on Equal Terms, includes questions about stress, suicidal thoughts and attempts. It covers physical and mental health, substance use, contact with healthcare services, living habits, financial conditions, work and occupation, and safety and social relationships. Results shows that mental health problems are increasing in Sweden, especially among 15-year-olds. This survey is carried out in collaboration between the Public Health Agency of Sweden and county councils. The sample comprises 20,000 people aged 16-84 with a special segment for young people aged 16-24, including information about their parents.

Results from these surveys and other studies lead to the conclusion that self-reported life satisfaction is high in Sweden, but mental health problems have increased among 13 and 15-year-olds. Psychiatric care for depression, anxiety and eating disorder has increased. Suicide attempts have now stabilised after an earlier increase. Poor mental health is significantly more common among girls and among young people who are not in employment, education or training.

Johanna gave examples of projects such as PRIO, which is an action plan for targeted intervention for mental illnesses 2012-2016, and PSYUNK, which is a collaboration between central authorities and the Swedish Association of

Local Authorities and Regions (SALAR). This ran between 2011 and 2014, and focused on intervention for children and young people at risk of mental illnesses. It also included support to children in families with addiction, mental illness, or history of violence.

The main challenges involve mental problems and targeted interventions to tackle mental illnesses, but the initiative does not include measures to improve mental health. There is a lack of data and a need for a national mental health strategy and corresponding action plans, including areas such as mental well-being, health promotion strategies and interventions. Actions also need to be guided by scientific evidence.

KEYNOTE ADDRESS: PUBLIC MENTAL HEALTH: OPPORTUNITIES FOR IMPLEMENTATION

Jonathan Champion, Director for Population Mental Health at UCL Partners and Director for Public Mental Health and Consultant Psychiatrist at South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK.

In his address, Jonathan discussed key public mental health elements, impact of mental disorder and mental health and well-being, risk and protective factors, higher-risk groups, public mental health intervention, and the implementation gap. He also discussed recent work in the UK aimed at improving access to public health intelligence. Mental health issues have a number of impacts before adulthood, and it is important to prevent them occurring.

The key public health elements are: level of mental disorder and well-being across the pop-

ulation; associated impact; level of risk factors for mental disorder and protective factors for mental well-being; numbers from groups at higher risk of mental disorder and poor well-being; coverage and outcome of effective interventions to treat mental disorder, prevent mental disorder and promote well-being; size, impact and cost of public mental health intervention gap. What is expectable intervention?

30.5% of the burden of disease in Iceland can be traced to mental health problems, similar figures to those in the UK (WHO 2014). About 50% of lifetime mental illness (excluding dementia) starts by age 14 (Kim-Cohen et al., 2003; Kessler et al., 2005) and 75% by the mid-20s (Kessler et al., 2007).

Mental disorders can have a broad impact, relevant to sectors like education, with emotional and conduct discord, anti-social behaviour and misbehaviour, health risks, offending, and exclusion from school. If we work on improving mental health, it will benefit sectors outside the health care system. However, there is confusion when it comes to definitions, and people who experience poor well-being form the biggest group.

Mental disorder in childhood and adolescence is also associated with higher adult rates of mental disorder, self-harm and suicide, health risk behaviour including smoking, alcohol and drug misuse, sexual risk, poor nutrition, inadequate physical activity, physical illness, unemployment and lower earnings, and crime and violence. Early interventions prevent problems later, but mental health problems are related to inequality, low household income, parental mental health (4-5 fold increase), unemployment, and child

abuse. Giving people access to treatment is also important.

Primary prevention addresses risk factors across the entire population. Secondary prevention involves early detection of risk factors/illness and provides intervention in the early onset of mental disorder. Tertiary prevention addresses people with established mental disorders to promote recovery and reduce risk of relapse. At the public health level, the wider population is addressed but high-risk groups are usually missing. High-risk groups include children in foster homes/not living with parents but taken care of by the state, children with learning disabilities, young offenders, and children with a family history of mental illnesses.

Many programmes in the UK address risk and protective factors and have been tested, for example for parents, and help to improve cognitive skills, school readiness, and academic achievements. Jonathan showed that prevention is cost-effective and gave examples as well as many references concerning various studies. A mental health policy is lacking in 40% of countries (WHO, 2011), less money is spent on children than adults, despite it being well known that mental health illnesses start at an early age. However, there is good evidence of a range of interventions to prevent mental disorder and to promote mental well-being across the life course (RCPsych, 2010; Campion et al, 2012).

References:

Campion J, Fitch C (2012) Guidance for the commissioning of public mental health services. Joint Commissioning Panel for Mental Health <http://www.jcpmh.info/resource/guidance-for-commissioning-public-mental-health-services/>
Campion J, Bhui K, Bhugra D (2012). European

Psychiatric Association guidance on prevention of mental disorder. *European Psychiatry* 27: 68-80

Campion J (2013) Public mental health: The local tangibles. *The Psychiatrist* 37: 238-243 <http://pb.rcpsych.org/content/37/7/238.full.pdf+html>

Ten questions for your council. The Mental Health Challenge

UCL/ NCCMH two public mental health course 16/17 Feb 2015

Guðrún Sigurjónsdóttir, Deputy Director General, Department of Co-Ordination and Development, Ministry of Welfare, Iceland.

In her presentation, Guðrún discussed the mental health policy in Iceland. The first National Health Policy was for the years 1990 to 2000, the second (The Icelandic National Health Plan) applied until 2010, and the third will be submitted this winter. A mental health policy is expected in spring 2015. There will also be an action plan for the next four years.

The main emphasis regarding mental health problems is on promotion of mental health and prevention of mental health problems, strengthening primary care, integrating services, a society-level approach and empowerment. Those who need special attention are children and young people, elderly citizens, people with multiple problems, people with psychosocial disabilities and marginalised groups, such as prisoners and asylum seekers.

An expert group will work on proposals for the mental health policy on behalf of the Ministry of Welfare. The health and social service sec-

tors work together in Iceland. The Directorate of Reykjavik has already submitted a mental health plan for children and young people.

More psychologists are needed in primary health care (currently just nurses and doctors, but other experts are needed). Many problems are caused by the social and health services not working together well enough. Emphasis has been placed on the empowerment fund (VIRK), which is to assist people with health problems and reduce drop out from the labour market. This is the only area where the government has not reduced funding in the past year. The steering group has been set up and will start work on 17 October 2014. This group will be divided into five subgroups to discuss different aspects of mental health policy: (1) Mental health promotion and prevention of mental health problems; (2) Treatment, primary care services, integration of services between different stages in the treatment and between sectors; (3) Vulnerable groups, children, elderly and marginalised groups; (4) Prejudice and inequality; (5) People with psycho-social disabilities – their rights and health and social services.

Dóra Guðrún Guðmundsdóttir, Head of Division, Health Determinants, Directorate of Health, Iceland.

This presentation focused on how we create an environment where children can flourish. Dóra discussed the importance of positive psychology; mental health is of major importance, and illness is costly while health is not. In Iceland suicides have not increased in the past 30 years but there has been no decrease either. There is only one person working on health promotion in Iceland, so no money is being put into the project. The factors that affect flourishing health and mental disorder are not the same. Flourishing health is

the positive end of the mental health spectrum, the opposite of the symptoms of the common mental disorders (depression and anxiety). If we emphasise the positive side, we can teach young people how to act rather than telling them what they should not do. The positive side includes positive emotions, resilience, self-esteem, optimism, accomplishment, meaning, relationship, vitality, engagement and emotional stability.

Dóra presented findings about flourishing from the European Social Survey, and the countries doing best overall were Denmark, Sweden, Norway, Germany, Iceland, Netherland and Finland. Self-esteem was lower in the Nordic Countries than the European mean. In the economic crisis, trust declined in Iceland but not happiness. Adolescents spent more time with their families and got more support from their parents. At the same time, average working hours were lower due to the economic crisis. Family time seems to be a protective factor, offering both qualitative and quantitative support.

The Welfare Watch was established in Iceland after the economic crisis in 2008 to monitor the basic services provided by the state and local authorities. It emphasised assistance to vulnerable groups, and developed social indicators, i.e. demographic, inequality, sustainability, health and cohesion. The Iceland 2020 project is a governmental statement to promote knowledge, sustainability and welfare. One of the aims is to improve well-being and promote sound mental health. The average score on the mental well-being index increased from 26.6 in 2009 to 28. She also discussed the European Health Report 2012.

Dóra believes we should focus on positive outcome, at home, in schools, in local communities,

and at national level. When we focus on bullying, we are telling them what young people should not do instead of focusing on what to do. A rule of thumb in children's upbringing in general is to teach them what to do.

PANEL DISCUSSION

In Iceland, a working group has focused on family policy, but there seems to be no connection with the health care policy group, a collaboration which could be of value for both groups. Arne Holte believed that it is important to focus especially on mental health, because otherwise it will not get the attention it needs and will remain in the shadow of other diseases. There will be a separate department at the university, more documents in this area, and special money earmarked for mental health. In order to acquire funding, there must be plan on how to spend the money, so those working in the mental health area need to have clearer goals; this will also help continuity and increase the focus on the outcome.

We need to measure inequality in access to health care, delivered services, patient satisfaction, the numbers of mental health doctors and psychologists, whether people are better after treatment, and whether prevention works. This is an under-researched field; we cannot compare countries and identifying the key factors to measure is a challenge. A good way to start would be by using three main dimensions and then expand the measurements as more knowledge is build up on the best indicators to monitor. Mental health could be measured as a part of wider health indicators. A lot of data is available for analysis, but no one is using it. With regard to family/household, the main measurement in Iceland is whether young people are

living with both parents or not. The type of family is as much of an organisation as school, preschool, etc.

It is important to nurture infants, and the health care centres with parental services are helping new parents look after their new-born – 1001 Critical Days is based on research, and the results are clear that this increases the well-being of the child later on. If we treat mothers with depression, we will reduce the risk that their children will develop mental health problems. Denmark has been successful in reducing suicides, but further research is needed. In the UK, various interventions are used with good results, and programmes have been developed in London School of Economics. In Norway, a lot of money has been spent on prevention, with no results or solutions to mental health in the community. Psychologists work primarily in the mental health care services. A major problem is that of stigma.

More information about the conference, power points and videos: <http://www.velferdarra-duneyti.is/formennska2014/nr/34746>

Reykjavik, 22 October 2014

Report written for the Nordic Centre for Welfare and Social Issues

Johanna Rosa Arnardottir



NORDENS VÄLFÄRDSCENTER

– EN INSTITUTION UNDER NORDISKA MINISTERRÅDET

Vi främjar och stärker den nordiska välfärdsmodellen.

Kunskap

Vi samlar erfarenheter från de nordiska länderna inom det välfärdspolitiska området.

Vidareföring

Vi sprider kunskap via våra aktiviteter och nätverk.

Dialog

Vi skapar dialog mellan politiker, forskare och praktiker.

Vi arbetar med

Välfärdspolitik

Funktionshindersfrågor

Arbetsinkludering

Alkohol- och drogfrågor

Välfärdsteknologi



norden

Nordens Välfärdscenter