

Ungdomar, stress och psykisk ohälsa

Analys och förslag till åtgärder

*Slutbetänkande
av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa*

Stockholm 2006



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2006:77

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2006

ISBN 91-38-22619-7
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Genom regeringsbeslut den 19 maj 2005 bemyndigade regeringen statsrådet Lena Hallengren att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att analysera ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan. Utredaren skall enligt direktiven (dir.2005:61) sammanställa kunskap om vilka faktorer i ungdomars livssituation som orsakar stress och föreslå metoder och tillvägagångssätt för att bidra till att minska orsakerna till stress. Utredaren skall också överväga hur samhällets insatser kan samordnas för att motverka stress bland ungdomar. Vidare skall utredaren lämna förslag till förbättringar när det gäller att följa utvecklingen av ungdomars psykiska hälsa över tid och övrig statistik och kunskapsinsamling på området. Utredaren skall också ur ett helhetsperspektiv analysera samhällets stöd till de drabbade och identifiera områden av särskild vikt för ungdomars psykiska hälsa som kan behöva utvecklas och stärkas. Efter att regeringen den 2 februari 2006 beslutat om tilläggsdirektiv (dir 2006:12) för utredaren skall arbetet vara slutfört den 15 augusti 2006. Kommittén har antagit namnet Ungdomars psykiska hälsa.

Den 19 maj 2005 förordnades docent Sven Bremberg som särskild utredare.

Som experter förordnades departementssekreteraren Annika Bengtsson, Utbildnings- och kulturdepartementet, ämnessakkunnige Gunilla Bodin, Socialdepartementet och departementssekreteraren Minna Nyman, Utbildnings- och kulturdepartementet samt departementssekreteraren Daniel Zetterberg, Socialdepartementet. Hösten 2005 entledigades Annika Bengtsson och Minna Nyman. Våren 2006 förordnades departementssekreteraren Cecilia Danielsson, Utbildnings- och kulturdepartementet och kanslirådet Maria Caryll, Utbildnings- och kulturdepartementet. Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 13 juni 2005 departementssekreteraren

Ullalena Hæggman och som utredningssekreterare den 1 oktober 2005 magistern i folkhälsovetenskap Anton Lager.

Utredaren får härmed överlämna sitt huvudbetänkande Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder (SOU 2006:77).

Utredaren har härmed slutfört sitt uppdrag.

Stockholm den 15 augusti 2006

Sven Bremberg

/Ullalena Hæggman

Anton Lager

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning | 13 |
| 1 Uppdraget och tolkning av utredningens direktiv | 27 |
| Sammanfattning..... | 27 |
| Inledning..... | 28 |
| Huvudfrågor som utredningen ska behandla | 29 |
| Folkhälsoperspektiv | 30 |
| Vetenskaplig metod..... | 31 |
| Helhetsperspektiv | 31 |
| Ungdom..... | 32 |
| Stress | 33 |
| En modell..... | 35 |
| Orsaker, risk- och skyddsfaktorer | 37 |
| Samband mellan livssituation och psykisk ohälsa | 38 |
| Analysmodell..... | 39 |
| Tidsperspektiv | 39 |
| Utveckling av psykisk ohälsa..... | 40 |
| Utveckling av psykisk ohälsa i olika grupper | 40 |
| Könsperspektiv..... | 42 |
| Åtgärder | 42 |

| | |
|---|-----------|
| Arbetsätt..... | 43 |
| 2 Teoretisk bakgrund | 47 |
| Sammanfattning..... | 47 |
| Inledning | 49 |
| Psykisk ohälsa och hälsa..... | 49 |
| Orsaker till stress och psykisk ohälsa | 55 |
| Metoder för att fastställa samband | 59 |
| 3 Utveckling av stressrelaterade symptom och psykisk ohälsa | 65 |
| Sammanfattning..... | 65 |
| Inledning | 66 |
| Studier av utvecklingen av psykisk ohälsa i Sverige som påbörjats före år 1980..... | 66 |
| Studier av självrapporterade besvär som påbörjats år 1980 eller senare..... | 69 |
| Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) | 70 |
| Skolbarns hälsovanor..... | 75 |
| Ung i Värmland | 78 |
| Q90-undersökningarna i Göteborg..... | 80 |
| Studier i Stockholms län..... | 81 |
| Studier i Östergötland..... | 81 |
| Register som behandlar sjukhusvård för psykiatriska diagnoser | 82 |
| Öppen psykiatrisk vård | 89 |
| Förbrukning av psykofarmaka..... | 90 |
| Själv mord..... | 90 |

| | |
|---|------------|
| Ungdomsbrottslighet..... | 92 |
| Utveckling i andra åldersgrupper | 92 |
| Internationella studier..... | 94 |
| Ett könsperspektiv | 102 |
| Sammanfattande diskussion | 105 |
| 4 Ungdomars syn på stress, orsaker och åtgärder..... | 107 |
| Sammanfattning..... | 107 |
| Grundskolans årskurs 9 | 110 |
| Götaland – liten ort..... | 110 |
| Svealand – stor tätort | 114 |
| Norrland – mellanstor tätort..... | 116 |
| Förslag på åtgärder..... | 119 |
| Gymnasister..... | 121 |
| Götaland – liten ort..... | 121 |
| Svealand – stor tätort | 125 |
| Svealand – stor tätort | 130 |
| Norrland – mellanstor ort | 136 |
| Förslag på åtgärder..... | 142 |
| Studenter..... | 145 |
| Götaland | 145 |
| Norrland..... | 146 |
| Kåraktiva..... | 148 |
| Förslag på åtgärder..... | 149 |
| 5 Faktorer främst knutna till det offentliga: betydelse för psykisk ohälsa: utveckling över tid och möjliga åtgärder | 153 |
| Sammanfattning..... | 153 |
| Inledning..... | 154 |
| Förskola | 155 |
| Skola..... | 158 |

| | |
|--|------------|
| Högskola..... | 168 |
| Förvärvsarbete | 168 |
| Arbetsvillkor och arbetsmiljö | 177 |
| Ekonomi och materiella tillgångar..... | 179 |
| Boende..... | 181 |
| Bostadsort | 182 |
| Bostadssegregation | 182 |
| Säkerhet och diskriminering | 183 |
| Transporter och kommunikationer..... | 184 |
| Medborgerligt inflytande | 185 |
| Internationella analyser | 186 |
| 6 Faktorer främst knutna till det privata och till fritiden: betydelse för psykisk ohälsa, utveckling över tid och möjliga åtgärder | 187 |
| Sammanfattning..... | 187 |
| Inledning | 188 |
| Organiserad fritidsverksamhet för barn och unga..... | 188 |
| Relationen mellan föräldrarna..... | 189 |
| Relationen till föräldrarna | 190 |
| Relationer till personer utanför familjen..... | 191 |
| Socialt kapital och tillit..... | 193 |
| Fri tid..... | 194 |
| Sömn..... | 196 |
| Tv-vanor..... | 198 |
| Datorspel..... | 199 |
| Internet..... | 202 |

| | |
|---|------------|
| Mobiltelefon och sms | 203 |
| Kulturella aktiviteter | 203 |
| Fysisk aktivitet | 205 |
| Bruk av alkohol..... | 207 |
| Bruk av droger | 208 |
| Bruk av tobak | 209 |
| 7 Individfaktorer: betydelse, utveckling över tid och möjliga åtgärder | 211 |
| Sammanfattning..... | 211 |
| Inledning..... | 212 |
| Kognitiv förmåga..... | 213 |
| Emotionell förmåga | 215 |
| Förmåga att värdera problem (appraisal)..... | 219 |
| Förmåga att hantera problem (coping)..... | 219 |
| Förmåga att hantera komplex information | 221 |
| Förmåga att hantera brist på tid | 223 |
| Förmåga till avslappning..... | 223 |
| Självkänsla och self-efficacy..... | 224 |
| Framtidstro..... | 227 |
| Förmåga att skapa sammanhang och mening..... | 227 |
| 8 Särskilda insatser från vårdpersonal | 229 |
| Sammanfattning..... | 229 |
| Inledning..... | 230 |
| Skillnaden mellan förebyggande och behandlande insatser | 230 |
| Resurser | 231 |

| | |
|---|------------|
| Olika sätt att erbjuda insatser | 234 |
| 9 Differentiering och individualisering i det moderna samhället..... | 237 |
| Sammanfattning..... | 237 |
| Fler livsmöjligheter..... | 238 |
| Historisk utveckling..... | 239 |
| Samband mellan individualisering och psykisk hälsa | 241 |
| Empiriskt stöd för individualisering..... | 244 |
| Individualiseringens effekter på psykisk hälsa – empiriska studier | 245 |
| Bedömning | 246 |
| Åtgärder | 247 |
| 10 Sammanfattande analys av utvecklingen | 249 |
| Sammanfattning..... | 249 |
| Inledning | 250 |
| Utvecklingen av psykisk ohälsa är paradoxal..... | 254 |
| Ungdomarnas uppfattning om stress och dess förklaringar..... | 255 |
| Två huvudförklaringar utifrån den bild som framträder i kapitel 5–9..... | 256 |
| Ytterligare förklaringar till den ökade psykiska ohälsan..... | 257 |
| Faktorer som inte framträder som förklaringar | 257 |
| Minskad acceptans för psykiska problem?..... | 257 |
| Mindre gynnade grupper..... | 259 |
| Ett könsperspektiv | 260 |

| | |
|---|------------|
| 11 Övervägande och förslag till åtgärder | 261 |
| Sammanfattning..... | 261 |
| Inledning..... | 264 |
| Föräldrastöd | 265 |
| Förskola och skola | 266 |
| Förvärvsarbete | 273 |
| Insatser från vårdpersonal..... | 277 |
| Samhällets stöd till de drabbade | 279 |
| Samverkan..... | 279 |
| YouthInMind | 283 |
| Vuxenkontakter..... | 284 |
| Övriga överväganden | 285 |
| Mindre gynnade grupper | 286 |
| Ett könsperspektiv | 289 |
| Förslag till forskning..... | 290 |
| 12 Förslag till fortsatta mätningar i Sverige..... | 297 |
| Sammanfattning..... | 297 |
| Inledning..... | 298 |
| Nuvarande system..... | 299 |
| Socialstyrelsens förslag | 300 |
| Behov av ytterligare studier..... | 305 |
| Förslag | 306 |
| Ordlista..... | 307 |
| Referenser | 309 |
| Bilaga 1 Kommittédirektiv | 351 |

| | |
|--|------------|
| Bilaga 2 Tilläggsdirektiv..... | 359 |
| Bilaga 3 Centrala aktörer | 361 |
| Bilaga 4 Underlag till avsnittet om psykisk ohälsa enligt internationella studier (Skolbarns hälsovanor) i kapitel 3..... | 371 |
| Bilaga 5 Hearing | 375 |

Sammanfattning

Utgångspunkter

De flesta ungdomar mår bra. Under de senaste 10–20 åren har dock flera rapporter visat att det blivit vanligare att ungdomar är nedstämda, är oroliga, har svårt att sova och har värk. I den allmänna debatten beskrivs besvären ofta som tecken på stress. Det är bakgrunden till utredningen som behandlar i huvudsak fyra frågeställningar. 1) Har stress och psykisk ohälsa ökat? 2) Hur kan utvecklingen förklaras? 3) Vilka effektiva förebyggande och behandlande åtgärder kan sättas in? 4) Hur kan stress och psykisk ohälsa bland unga följas framöver?

Utredningen utgår från den proposition om mål för folkhälsan som riksdagen antog år 2003 och den strategi för att förebygga psykisk ohälsa som EU lagt fram år 2005. Det innebär att analyser och förslag till åtgärder orienteras mot de levnadsförhållanden som skapar stress och psykisk ohälsa.

Det går att särskilja tre innebörder i begreppet stress, en vardaglig, en psykologisk och en medicinsk. Det är möjligt att formulera en modell där dessa begrepp ingår och som är lämpad för att besvara frågeställningarna i utredningen. I modellen är utgångspunkten stimuli i individens livssituation som mobiliserar kroppsliga och mentala resurser. Denna mobilisering kallas ”stress”. Stress kan leda till psykisk ohälsa. Risken för att ett givet stimulus ska leda till stress modifieras av resurser i miljön och av individens egna resurser. Likaledes modifieras risken för att stress ska leda till psykisk ohälsa av resurser i miljön och av individens egna resurser.

Analyserna har genomförts utifrån en gemensam struktur. Först behandlas belegg för att aspekten har betydelse för psykisk ohälsa. Utgångspunkten har vanligen varit den internationella vetenskapliga litteratur som finns på området. I nästa steg behandlas utvecklingen över tid av aspekten. De flesta folkhälsofrågor förändras relativt långsamt. Detta innebär att tyngdpunkten i framställningen

ligger vid att beskriva förändringar under de senaste 20 åren. Där-
efter diskuteras om aspekten kan förklara utvecklingen av psykisk
hälsa bland unga. När det har uppfattats befogat lämnas förslag till
åtgärder som kan påverka den aktuella aspekten så att ungdomars
psykiska hälsa främjas.

Teoretisk bakgrund

Människor reagerar på förändringar. Medför förändringen något
negativt, eller hot om något negativt, upplevs den som en påfrest-
ning. I ett stort antal studier har samband påvisats mellan uppre-
pade negativa livshändelser och risken för psykisk ohälsa. En enda
påfrestning har vanligen begränsad effekt, även om påfrestningen är
påtaglig. Däremot, om en individ vid upprepade tillfällen måste
klara ett flertal svårigheter, då ökar risken för psykiska problem
påtagligt.

Det finns inga enkla samband mellan faktiska villkor och upple-
velse av påfrestning. Det finns en omfattande litteratur kring män-
niskors upplevelser av risk. Den visar att människors upplevelser
skiljer sig från den faktiska risken. Exempelvis underskattas risken
för välbekanta fenomen medan risken för nya mindre kända förete-
elser överskattas. Objektiva villkor och upplevda villkor är således
två skilda fenomen. Denna utredning utgår från ungdomars objek-
tiva villkor.

Utredningen utgår från en naturvetenskaplig tradition. Där for-
muleras hypoteser om samband som sedan prövas i empiriska stu-
dier. Syftet med de empiriska studierna är inte i första hand att
”bevisa” olika samband utan istället att kritisk pröva om en hypotes
är ohållbar. Detta innebär att det finns en grundläggande skeptisk
inställning till olika teorier.

Sedan 1990-talet har det inom hälsoområdet utvecklats praxis för
att värdera säkerheten i de vetenskapliga studier som används för
att bedöma olika påståenden om hälsa, behandling av hälsoproblem
och för förebyggande insatser. Statens beredning för medicinsk ut-
värdering (SBU) tillämpar denna praxis. Utredaren använder SBU:s
gradering av säkerhet.

Utveckling av stressrelaterade symptom och psykisk ohälsa

Psykiska problem har blivit avsevärt vanligare bland ungdomar under de senaste två decennierna. I SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden angav år 1989 9 procent av kvinnor i åldern 16-24 år att de hade besvär av ångslan, oro eller ångest. Sexton år senare år 2005 är det tre gånger fler, 30 procent, som har sådana problem.

Det finns sex svenska studier där jämförbara grupper av ungdomar i åldern 15-24 år tillfrågats vid upprepade tillfällen på samma sätt om olika former av psykiska besvär. Samtliga studier visar på ökade besvär i form av oro och nedstämdhet, sömnbesvär och trötthet samt anspänning och värk. Sådana besvär har ökat även i befolkningen i stort men ökningen är mest uttalad i åldern 16-24 år och ökningen saknas helt för de äldsta.

Fler ungdomar sjukhusvårdas för depression och ångest. Under perioden 1980-2003 ökar antalet vårdtillfällen 8 gånger för flickor i åldern 15-19 år med dessa problem. Det har också blivit vanligare att pojkar i samma ålder och att ungdomar i åldern 20-24 år sjukhusvårdas för depression och ångest.

I ungdomsgruppen har förekomsten av självmord i stort sett varit oförändrad under perioden 1980-2004. I åldrarna över 24 år har däremot självmord blivit mindre vanliga.

En stor del av alla stressrelaterade symptom är vanligare bland flickor och kvinnor jämfört med pojkar och män. Ökningen under de senaste decennierna har dock skett i samma takt för de båda könen. Självmord är vanligare bland män. Inte heller här har det skett någon väsentlig förändring mellan könen.

Psykiska besvär har ökat i ungdomsgruppen även i andra höginkomstländer. Ökningen förefaller vara en fortsättning på en trend som börjar redan vid andra världskrigets slut.

Ungdomars syn på stress, orsaker och åtgärder

Knappt 700 ungdomar i grundskolan (årskurs 9), på gymnasiet (årskurs 2 och 3) och universitet från en liten, en mellanstor och en stor tätort i Sverige har haft möjlighet att ge sin syn på vad de anser stress, vad stressen beror på samt vad man skulle kunna göra för att förhindra, alternativt minska stress.

Flertalet av ungdomarna, oberoende av ort, tror att stress bland ungdomar är betydligt vanligare i stora tätorter. Vidare visar sam-

talen att ju äldre man är desto mer stress upplever man. Det enda undantaget är ungdomarna på yrkesförberedande program i den lilla och mellanstora orten som i princip inte är stressade alls.

De allra flesta grundskole- och gymnasieungdomar gör åtskillnad mellan stress och press. Press är något kul och nödvändigt, "en fartgivare". Stress däremot är ensidigt negativt. Flertalet anser att stressen är självförvållad eftersom man gör det som är roligt och skjuter tråkiga saker på framtiden. Vidare framhålls att man lever i ett prestationssamhälle som i sig självt genererar stress. I detta sammanhang är det många som tar upp den stora valfrihet som råder i dag. Trots att många anser att alla val som ska göras är en källa till stress är det få som önskar att det skulle vara på något annat sätt. Andra vanligt återkommande faktorer som ungdomarna tar upp som orsak till stress är bland annat media och reklam. Svårigheten att få ett jobb efter skolan och tjäna egna pengar är ett vanligt problem bland ungdomar med utländsk bakgrund på yrkesförberedande program medan egna högt ställda krav på att få höga betyg är ett vanligt stressmoment bland gymnasieungdomar på teoretiska program.

Majoriteten av ungdomarna anser att skolan är den främsta stressframkallande faktorn. Skolstressen anser ungdomarna framförallt beror på att för mycket av skolarbetet sker i hemmet. Ofta har man flera prov och inlämningsuppgifter i veckan och är då tvungen att försaka fritidsaktiviteter och kompisar. Ämnes- och betygssystemen anser många är orsak till stress. Majoriteten anser att lärarna inte förstår vare sig mål eller kriterier, utan tolkar dem självsvåldligt. Såväl grundskole- som gymnasieungdomarna blir stressade över att man förväntas att själv ansvara för sin skolgång. Många lärare uppfattas också som dåliga pedagoger som inte vägleder eleverna i studierna. Om det fanns fler lärare och om skolorna och klasserna var mindre skulle varje elev kunna bli "sedd" och stressen minska.

Även studenterna framhåller att samhället bygger på högt ställda prestationskrav som både skapar och upprätthåller stress. Den främsta stressfaktorn bland studenterna är ekonomin. Ungdomarna anser att de inte klarar sig på studielånet utan är tvungna att jobba extra. Konsekvensen är att man ständigt är stressad, dels eftersom tidsbristen är konstant, dels av en ständig växelvis oro över studieresultaten och ekonomin. Ungdomarna framhåller också att det är påfrestande med självstudier. Eftersom det är få föreläsnings-, seminarie- och diskussionstillfällen anser de att det är lätt att bli isolerad och deprimerad.

Faktorer främst knutna till det offentliga

Generellt har ungdomars levnadsvillkor varit oförändrade eller förbättrats under de senaste 20 åren. Det finns dock ett stort och betydelsefullt undantag. Möjligheterna att få förvärvsarbete har drastiskt försämrats. I samband med 1990-talskrisen försvann omkring 300 000 arbetstillfällen som sedan inte har kommit tillbaka. Förlusten av arbetstillfällen har nästan enbart drabbat ungdomar medan andra åldersgrupper påverkats endast i begränsad omfattning.

En jämförelse mellan 11 europiska länder visar att ökningen av psykiska symptom bland ungdomar går parallellt med utvecklingen av arbetsmarknaden för ungdomar. Utvecklingen under perioden 1986–2002 har varit som sämst för ungdomarna i Sverige i båda dessa avseenden. De minskade möjligheterna till förvärvsinkomster har påverkat ungdomarnas ekonomi. Andelen fattiga bland ungdomar i åldern 16–24 år, som ej bor kvar i föräldrahemmet, har nästan fördubblats under perioden 1982–2003.

Istället för att arbeta studerar ungdomar i ökad omfattning. Praktiskt taget alla går i gymnasiet och 41 procent har påbörjat en högskoleutbildning. Skolan har därför fått ökad betydelse. Det finns dock tecken på att skolan inte kunnat motsvara de nya kraven. Av alla 20-åringar saknar 28 procent slutbetyg från gymnasieskolan, trots att de varit inskrivna i denna skolform. Det kan delvis vara en följd av problem i grundskolan där andelen som slutar årskurs 9 utan godkända betyg har ökat sedan starten av nuvarande betygssystem år 1997 och nu är uppe i omkring 10 procent.

I den allmänna debatten har det framförts andra tänkbara förklaringar till den försämrade psykiska hälsan som är knutna till det offentliga. Personaltätheten inom förskolan minskade i början av 1990-talet och lärartätheten i grundskolan har fluktuerat under de senaste 20 åren. Ingentera kan dock förklara den ökade psykiska ohälsan bland unga.

Faktorer främst knutna till det privata och till fritiden

Flertalet faktorer knutna till det privata och till fritiden har varit oförändrade eller har utvecklats i gynnsam riktning. Familjen är viktig under uppväxten. Ett mått på familjestrukturen är antalet skilsmässor. Sedan mitten av 1970-talet har antalet skilsmässor per

är varit relativt oförändrat. Relationen mellan föräldrar och barn har sannolikt förbättrats.

Ungdomars umgänge med vänner har ökat och allt färre är ensamma. Nya lättillgängliga sätt att hålla kontakt med varandra har tillkommit i form av mobiltelefoner, sms, e-post och chatt. Ungdomar möter vuxna och varandra inom föreningslivet, exempelvis inom idrottsrörelsen och annan organiserad fritidsverksamhet. Det offentliga stödet till idrottsrörelsen och till fritidsgårdar har ökat under det senaste decenniet.

En del av fritiden ägnas åt att lyssna på musik. Det är troligt att ungdomar ägnar mer tid åt musik i dag jämfört med början av 1980-talet eftersom det blivit enklare tack vare kassettbandspelare, cd-skivor och mp3-spelare. Det är troligt att ungdomar ser minst lika mycket på film i dag som för 20 år sedan. De går visserligen mindre ofta på bio men ser istället film på video eller dvd. Tv-spel, datorspel och internet har tillkommit under de senaste 20 åren. De studier som gjorts tyder på att sådana aktiviteter snarast kan främja psykisk hälsa genom att de förbättra den kognitiva förmågan.

Det finns också negativa tendenser. Alkoholkonsumtionen bland unga har ökat betydligt snabbare än konsumtionen bland vuxna. Under perioden 1982–2000 har den självrapporterade genomsnittliga årskonsumtionen bland ungdomar ökat i en takt motsvarande en fördubbling vart 20:e år. Bruket av illegala droger har ökat i samma takt.

Individfaktorer: betydelse, utveckling över tid och möjliga åtgärder

En individ erfar stress om hon upplever att de påfrestningar hon är utsatt för överstiger den egna förmågan. Individens faktiska förmåga att hantera påfrestningen, hennes förmåga att värdera påfrestningen och hennes förmåga att värdera de egna möjligheterna att klara den har därför betydelse för förekomst av stress.

Kognitiv förmåga innefattar förmåga att lära av egna erfarenheter, kunna resonera, kunna planera och att kunna anpassa sig till den miljö individen lever i. Uppemot 60 procent av variationen i kognitiv förmåga olika individer emellan har samband med uppväxtmiljön. God kognitiv förmåga leder till mindre utagerande beteendeproblem, mindre inåtvända psykiska problem (oro, ångest och depression), färre suicidförsök och färre fullbordade suicid. Föräldrar, förskola

och skola kan främja barns och ungas kognitiva förmåga och därigenom deras psykiska hälsa.

Förmågan att uppfatta, tolka och hantera känslor brukar kallas emotionell kompetens. Träning av emotionell förmåga i förskola och skola minskar risken för psykiska problem. Kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi är metoder som är inriktade på att förändra tankar och vanor. Förebyggande program baserade på principerna för kognitiv psykoterapi reducerar förekomsten av depression. Programmen har effekt även då personer enbart fått ta del av dem via internet.

Ungdomar kan möta påfrestningar på olika sätt. Några av de ”copingmetoder” individen använder sig av är att uttrycka känslor, att undvika frågan genom att söka distraktion, att försöka stå ut, att söka stöd från andra människor, att slappna av, att motionera och att resonera med sig själva för att lösa problemet. De ungdomar som resonerar med sig själva för att aktivt lösa ett problem löper mindre risk för depression och upplever mindre ofta stress. Det finns ett flertal program för ungdomar som utvecklar deras förmåga att aktivt möta problem.

Självkänslan utvecklas genom att en person lyckas med att genomföra uppgifter hon föresatt sig. Självkänslan är en följd av framgången, inte orsaken. Att lyckas förutsätter kompetens och att utveckla kompetens förutsätter i sin tur övning. God tilltro till den egna förmågan att klara skolan minskar risken för depression, även efter kontroll för de ungas faktiska skolprestationer. När ungdomar får utmaningar som ligger på den övre gränsen av deras förmåga, och de unga klarar av detta, då utvecklas självkänslan.

Särskilda insatser från vårdpersonal

Beräkningar grundat på olika källor tyder på att ungdomar har tillgång till insatser för behandling och prevention av psykiska problem i följande omfattning: I åldern 13–18 år har de totalt tillgång till 40 årsarbetare per 10 000 ungdomar, fördelat på 20 årsarbetare från öppen barn- och ungdomspsykiatri; 5,3 från skolpsykologer; 5,2 från skolsköterskor; 4 från allmänläkare; 3,3 från skolkuratorer; 1,1 från personal på ungdomsmottagningar samt 1 från övriga vårdgivare. I åldern 19–24 år har de totalt tillgång till 14 årsarbetare per 10 000 ungdomar, fördelat på 7,1 årsarbetare från psykiatrisk

öppen vård; 4 från allmänläkare; 1,3 från studenthälsovård samt 1,1 från personal på ungdomsmottagningar.

I april 1997 fattade riksdagen beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Då fastställdes att vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död ska komma i första hand (Prioriteringsgrupp I). Därefter ska resurser användas för prevention med dokumenterad nytta (Prioriteringsgrupp II). Först därefter ska vård erbjudas för mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar (Prioriteringsgrupp III).

Utredarens uppfattning är att öppen barn- och ungdomspsykiatri samt psykiatrisk öppen vård i första hand används för svåra tillstånd (Prioriteringsgrupp I) vilket överensstämmer med riksdagens beslut. Utredaren uppfattar dock att övriga vårdgivare ägnar mer tid åt behandling av mindre allvarliga psykiska problem än åt att erbjuda förebyggande insatser med dokumenterad effekt. Om så är fallet följer inte huvudmännen riksdagens riktlinjer för prioritering.

Differentiering och individualisering i det moderna samhället

Med industrialiseringen ökar produktiviteten och därigenom blir samhällets roller mer differentierade. En förutsättning för att produktiviteten ska kunna öka är att människor överger gamla sätt att arbeta och istället löser uppgifter på nytt sätt. Modernism brukar användas för att beteckna en inriktning där enskilda individers självständiga och rationella tänkande värderas mer än traditionell auktoritet.

Med ökad differentiering blir tillvaron mindre förutsägbar. Upplösningar av traditionella roller har varit ett framträdande tema i ungdomsforskningen. Sociologen Zigmund Bauman använder begreppet "liquid modernity" (flytande modernitet) för att beskriva ett samhälle där inga gränser längre är klara.

I en översikt publicerad år 1995 prövar författarna tio hypotetiska förklaringar till att psykisk ohälsa blivit vanligare bland unga. Deras huvudförklaring var att unga människors förväntningar har ökat snabbare än de faktiska livsmöjligheterna. Sociologen Ulrich Beck urskiljer en liknande bild när han analyserar de postindustriella samhällenas utveckling under andra delen av 1900-talet. Beck pekar

på att människors levnadsvillkor markant har förbättrats men att människors förväntningar utvecklats ännu snabbare.

World Value Survey är ett omfattande internationellt system som används för att följa utvecklingen av människors värderingar. I 1990 års översikt ingick ett knappt hundratal länder. Sverige representerar extremen för de två dimensioner i studien som rör individualisering. Det innebär att vi i Sverige mer än i något annat land utgår från sekulär-rationell auktoritet och betonar individuellt välbefinnande och självförverkligande mer än i andra länder.

Fyra empiriska studier av individualiseringens effekter på psykisk hälsa identifierades vid en litteratursökning. De pekar på ökad risk för psykisk ohälsa i individualistiska och sekulariserade samhällen.

Genomgången ger stöd för uppfattningen att fenomen kopplade till individualisering och differentiering ökar risken för psykisk ohälsa. Förskola, skola och fritidsverksamhet kan rusta ungdomar för denna öppna situation genom att erbjuda tillfällen till reflektion och genom att utveckla de ungas kompetenser.

Sammanfattande analys av utvecklingen

De nordiska länderna, inkluderande Sverige, har lägst andel fattiga barn i världen. Välfärdssystemen för barn och unga hör till de bäst utvecklade. Förskola av svensk kvalitet finns inte utanför de nordiska länderna. Lärartätheten i skolan hör till den högsta inom OECD området. Troligen har inget land i världen lika utvecklad elevvård som den som finns i Sverige. Inget annat land har heller lika omfattande verksamhet av den typ som bedrivs vid de svenska ungdomsmottagningarna. Tillgången till dessa resurser har varit oförändrad eller har ökat under de senaste 20 åren. Om psykiska problem skulle förklaras av brister i välfärdssystem skulle den psykiska hälsan i Sverige bland unga vara påtagligt god.

Analysen tyder istället på två andra förklaringar till den ökade psykiska ohälsan. Förändringarna under de senaste decennierna kan förklaras av att det blivit betydligt svårare för ungdomar att få arbete. I samband med 1990-talskrisen minskar antalet förvärvsarbete. I åldrarna över 24 år har situationen nu i stort återhämtats till läget före krisen. Den bestående effekten gäller enbart ungdomsgruppen. Andelen öppet arbetslösa har inte stigit påtagligt men stora grupper har blivit hänvisade till att studera trots att de föredragit att arbeta.

Den ökning av psykiska problem som pågått sedan andra världskrigets slut kan dock inte förklaras av svårigheter att få arbete. Tvärtom har denna period präglats av hög sysselsättning och avsevärt förbättrade levnadsvillkor. De ökade psykiska problemen kan istället knytas till den individualisering som är en del av den moderna utvecklingen. Nya möjligheter har öppnats – vilket gör livet mindre förutsägbart. Det är självfallet positivt men ställer också krav på ungdomar att själva välja vilka liv de vill leva. Förmågan att hantera denna öppna situation förefaller inte ha utvecklats i samma takt som de nya möjligheterna har tillkommit.

Övervägande och förslag till åtgärder

Utgångspunkten för de förslag som lämnas är det folkhälsoperpektiv som presenteras i kapitel 1 och som har stöd av riktlinjer antagna av riksdagen. Det innebär att åtgärderna främst är inriktade på hälsans bestämningsfaktorer och inte på vård och behandling. Åtgärderna utgår från en helhetssyn på samhället. Syftet är att få befintliga välfärdssystem att fungera bättre.

De två främsta förslagen på metoder och tillvägagångssätt för förskola och skola

Utvecklingen mot ett alltmer differentierat och individualiserat samhälle är eftersträvat. Ett sådant samhälle kräver dock mer kompetenser, jämfört med ett enklare traditionellt samhälle. Utveckling av kompetenser är förskolans och skolans huvuduppgift. Den ökade psykiska ohälsan bland unga tyder på att förskolans och skolans insatser för att utveckla kompetenser inte fullt ut motsvarat de ökade krav som finns i dagens individualiserade och informations-täta samhälle.

Översikter av pedagogiska metoders effekt kan verkningsfullt bidra till att förbättra ungdomars psykiska hälsa.

- En verksamhet inrättas med uppdrag att tillhandahålla systematiska sammanställningar av internationellt publicerade vetenskapligt utformade studier av pedagogiska insatser effekt. Utredaren har uppskattat kostnaden till 10 mnkr per år, grundat på kostnaden för motsvarande verksamhet inom det sociala området (IMS).

Det finns tydliga samband mellan skolans förmåga att genomföra sitt huvuduppdrag och elevernas psykiska hälsa. Att förbättra skolans kvalitet är därför angeläget. En metod är att stödja kvalitetsarbetet med hjälp av lokala data som görs allmänt tillgängliga.

- Skolverkets internetbaserade resultatsystem, SALSAS och SIRIS, utvecklas till att innefatta ytterligare information om eleverna före årskurs 9 i grundskolan. Informationen bör gälla både resultat från nationella standardiserade prov, elevernas psykiska hälsa (se kapitel 12) och elevernas upplevelse av arbetsmiljön i skolan. Utredaren har uppskattat kostnaden till 8 mnkr per år.

De två främsta förslagen på metoder och tillvägagångssätt för hälso- och sjukvård

Enligt riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvård ska personer med livshotande och allvarliga tillstånd i första hand få hjälp. Ansvaret för behandling av allvarliga psykiska tillstånd åligger barn- och ungdomspsykiatrin samt vuxenpsykiatrin. Enligt riksdagens beslut ska hälso- och sjukvården närmast erbjuda förebyggande insatser med dokumenterad effekt. Det är utredarens bild att behandling av mindre allvarliga tillstånd, exempelvis behandling av oro, nedstämdhet och huvudvärk har kommit att prioriteras på bekostnad av de förebyggande insatserna. Om utredarens bild är riktig innebär det att huvudmännen inte följer riksdagens riktlinjer för prioriteringar.

- Socialstyrelsen får till uppdrag att kartlägga hur insatser som rör barn och ungdomars psykiska hälsa inom hälso- och sjukvård fördelas på de tre prioriteringsgrupper som riksdagen angivit i beslutet från år 1997. I uppdraget ingår även att kartlägga vilka verktyg huvudmännen använder för att styra fördelningen av resurser mellan de tre prioriteringsgrupperna. Kartläggningen beräknas kosta 2 mnkr.

I Storbritannien har en internetresurs utvecklats för att främja ungdomars psykiska hälsa, YouthInMind. De förväntade effekterna i relation till kostnaderna är påfallande stora. Ett samspel mellan internetbaserat stöd och personliga kontakter med vårdpersonal erbjuder sannolikt en kostnadseffektiv lösning.

- En webbsajt motsvarande YouthInMind utvecklas i samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting och lämplig statlig myndighet. Webbsajten bör innehålla olika resurser som rör psykisk hälsa, fakta om psykisk hälsa, möjligheter till självbedömning, internetbaserad kognitiv psykoterapi, program med avslappningsträning samt hänvisning till olika resurser. Ungdomar bör medverka i utvecklingsarbetet. Utredaren har uppskattat den årliga kostnaden till 5 mnkr under ett treårigt uppbyggnadsskede.

Förslag till förbättringar när det gäller att följa utvecklingen av ungdomars psykiska hälsa

Det saknas i dag ett nationellt täckande system för att mäta ungdomars psykiska hälsa där informationen har god tillförlighet och bortfallet är begränsat. Socialstyrelsen har under år 2005 lagt fram ett förslag som uppfyller högt ställda krav och kan genomföras till låg kostnad. Förslaget behandlas nedan och i kapitel 12.

- Socialstyrelsens förslag till nationella mätningar av psykisk hälsa realiseras, dels för att det ska vara möjligt att följa den framtida utvecklingen och dels för att ge stöd till lokala aktörer. Kostnaderna har av Socialstyrelsen beräknats till 3,8 mnkr årligen.

Förslag till kunskapsinsamling

Utveckling av kompetens är en av de viktigaste åtgärderna för att motverka de negativa effekterna på psykisk hälsa av ett alltmer individualiserat samhälle. Det moderna arbetslivet kräver både god psykisk hälsa och goda kompetenser. Utbildningssystemet är samhällets främsta resurs för att utveckla unga människors kompetenser. Om utbildning inom förskola, grundskola och gymnasium ska förbättras, så att ungdomars behov av kompetens tillgodoses, krävs kunskap om hur systemet kan optimeras.

- Ett konsortium bestående av Epidemiologiskt centrum, SOFI och CHESS, förstärkt av pedagogiska forskare, får till uppdrag att arbeta med de forskningsfrågor kring ungdomars kompetenser som presenteras i kapitel 11. Utredaren har uppskattat

den årliga kostnaden till 5 mnkr för doktorander och seniora forskare.

Ytterligare fyra förslag på metoder och tillvägagångssätt

En av de enskilda faktorer som betyder mest för den psykiska hälsan är den unges kontakter med föräldrarna under uppväxten.

- Staten föreslås under tre år ge stöd till uppbyggnad av de fem centra som i dag bedriver utbildning för ledare till föräldrastödsgrupper. Utredaren har uppskattat kostnaden till 2 mnkr per år och centrum vilket motsvarar en total årlig kostnad om 10 mnkr.

Kommunerna ansvarar för en stor del av alla insatser som rör barn och unga. Hur dessa medel används har avgörande betydelse för ungdomars välfärd och psykiska hälsa.

- Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, föreslås påbörja försök med att utveckla datorprogram där effekter av förändrade kommunala insatser för barn och unga simuleras. Utredaren har uppskattat kostnaden till 5 mnkr per år, grundat på kostnaden för motsvarande verksamhet som gäller landstingens verksamhet och som bedrivs vid SKL.

Brister i ungdomsskolans studie- och yrkesrådgivning samt i arbetsförmedlingarnas sätt att ge ungdomar stöd har påvisats. Om ungdomars uppfattning om kvalitén på den vägledning de får ta del av regelbundet registreras och blir offentlig ger det incitament till huvudmännen att förbättra verksamheterna.

- Lämplig myndighet får till uppdrag att fortlöpande redovisa ungdomars uppfattning om värdet av den individuella vägledning om studier och yrkesliv de fått från studie- och yrkesvägledare inom skolväsendet, studievägledare inom högskolan och av arbetsförmedlare. Flera aktörer genomför regelbundet urvalsundersökningar riktade till ungdomar. Frågor om vägledning inför studier och yrkesliv kan inkluderas i dessa undersökningar.

Unga människor behöver kontakt med vuxna. Fritiden erbjuder stora möjligheter till detta. Därför är föreningslivet betydelsefullt.

Stat, kommun och landsting ger också ekonomiskt stöd till föreningar som har verksamhet för ungdomar. Det är möjligt att stöd till föreningsverksamhet missgynnar socialt svaga grupper.

- En lämplig aktör får till uppdrag att analysera den sociala profilen på fördelning av stöd från stat, kommun och landsting till föreningsliv för ungdom. I ett första steg kartläggs de aktiva ungdomarnas fördelning efter föräldrarnas utbildning och födelse-land. I ett andra steg analyseras det offentliga stödet till dessa verksamheter. Utredaren har uppskattat kostnaden till 1,5 mnkr.

Förslag till fortsatta mätningar i Sverige

Ett system för mätningar av psykisk hälsa av ungdom bör uppfylla tre grundläggande krav. 1) Mätningarna ska utformas så att resultaten är tillförlitliga. 2) Det ska finnas ett system där mätningarna kan upprepas. 3) Mätningarna ska vara nationellt representativa. De nuvarande nationellt representativa systemen är främst Skolbarns hälsovanor, Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) samt barnversionen av ULF, Barn-ULF. Dessa studier uppfyller inte de tre kriterierna.

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till nationella mätningar som uppfyller kriterierna. Förslaget innebär att återkommande mätningar genomförs vart tredje år bland skolelever i årskurs 6 och 9 i grundskolan. Datainsamlingen sker som totalundersökningar. Alternativet är urvalsundersökningar. Trots den högre kostnaden för totalundersökningar finns flera fördelar med detta alternativ.

Den främsta fördelen är att den lokala nivån kan engageras, både i datainsamling och i praktisk användning av uppgifterna. I dag finns det ett stort antal lokala undersökningar där skattningar av psykisk hälsa ingår. Om ett nationellt system genomförs kan det ta tillvara detta lokala engagemang och resultaten blir jämförbara olika kommuner och landsting emellan.

En annan fördel med en totalundersökning är att de enskilda skolorna kan få bättre stöd jämfört med situationen vid en urvalsstudie. I de försök som föregick Socialstyrelsens förslag organiserades datainsamlingen på regional nivå (sju regioner) med ansvar vid landstingens samhällsmedicinska enheter. Vid dessa försök har bortfallet begränsats till 10–15 procent vilket kan jämföras med ett bortfall omkring 40 procent i en urvalsstudie.

En stor fördel med totalundersökningar är att systemet kan tillhandahålla lokala uppgifter för det kommunala arbetet.

1 Uppdraget och tolkning av utredningens direktiv

Sammanfattning

De flesta ungdomar mår bra. Under de senaste 10–20 åren har dock flera rapporter visat att det blivit vanligare att ungdomar är nedstämda, är oroliga, har svårt att sova och har värk. I den allmänna debatten beskrivs besvären ofta som tecken på stress. Det är bakgrunden till utredningen som behandlar i huvudsak fyra frågeställningar. 1) Har stress och psykisk ohälsa ökat? 2) Hur kan utvecklingen förklaras? 3) Vilka effektiva förebyggande och behandlande åtgärder kan sättas in? 4) Hur kan stress och psykisk ohälsa bland unga följas framöver?

Utredningen utgår från den proposition om mål för folkhälsan som riksdagen antog år 2003 och från den strategi för att förebygga psykisk ohälsa som EU lagt fram år 2005. Både den svenska folkhälsopolitiken och EU:s strategi är inriktade på hälsans bestämningsfaktorer. Det innebär att analys och förslag till åtgärder orienteras mot de levnadsförhållanden som skapar stress och psykisk ohälsa.

Utredaren använder vetenskapliga metoder för att besvara frågorna. Den litteratur som redovisas är analytisk. Den tar hänsyn till att ett flertal faktorer samtidigt kan påverka förekomsten av ett problem.

Det går att särskilja tre innebörder i begreppet stress, en vardaglig, en psykologisk och en medicinsk. Den vardagliga definitionen av stress innefattar upplevelser av att känna sig pressad, att inte hinna med det man tänkt sig och att vara frustrerad. I det vardagliga begreppet av stress ingår kroppsliga symptom som uppfattas vara konsekvenser av påfrestningar, exempelvis huvudvärk och magvärk.

En psykologisk definition av stress anger att en individ erfar stress om hon upplever att de påfrestningar hon är utsatt för överstiger den egna förmågan. Definitionen tar vare sig ställning till de

objektiva villkoren eller till individens objektiva förmåga att hantera problemet.

Den medicinska definitionen av stress fokuseras på den mobilisering av kroppsliga och mentala resurser som sker när en individ utsätts för en påfrestning. Den grundläggande uppfattningen är att reaktionerna vanligen är ändamålsenliga.

Det är möjligt att formulera en modell där dessa begrepp ingår och som är lämpad för att besvara frågeställningarna i utredningen. I modellen är utgångspunkten stimuli i individens livssituation som mobiliserar kroppsliga och mentala resurser. Denna mobilisering kallas "stress". Stress kan leda till psykisk ohälsa. Risken för att ett givet stimulus ska leda till stress modifieras av resurser i miljön och av individens egna resurser. Likaledes modifieras risken för att stress ska leda till psykisk ohälsa av resurser i miljön och av individens egna resurser.

Analyserna har genomförts med en gemensam struktur. Först behandlas belägg för att aspekten har betydelse för psykisk ohälsa. Utgångspunkten har vanligen varit den internationella vetenskapliga litteratur som finns på området. I nästa steg behandlas utvecklingen över tid av aspekten. De flesta folkhälsofrågor förändras relativt långsamt. Detta innebär att tyngdpunkten i framställningen ligger vid att beskriva förändringar under de senaste 20 åren. Därefter diskuteras om aspekten kan förklara utvecklingen av psykisk hälsa bland unga. När det har uppfattats befogat lämnas förslag till åtgärder som kan påverka den aktuella aspekten så att ungdomars psykiska hälsa främjas.

I kapitel 11 presenteras förslag till åtgärder. De utgår från folkhälsoperspektivet. Det innebär att åtgärderna främst är inriktade på hälsans bestämningsfaktorer och inte på vård och behandling. Åtgärderna utgår från en helhetssyn på samhället. Syftet är att få befintliga välfärdssystem att fungera bättre.

Inledning

De flesta ungdomar mår bra. Under de senaste 10–20 åren har dock flera rapporter visat att det blivit vanligare att ungdomar är nedstämda, är oroliga, har svårt att sova och har värk. I den allmänna debatten beskrivs besvären ofta som tecken på stress. En annan benämning är inåtvända psykiska problem, dvs. problem som påverkar individen men som inte märks utåt.

Ungdomstiden är den friskade perioden i livet. Ungdomar övertar mönster från tidigare generationer men de tillför också något nytt. Därför finns en osäkerhet om vad det nya kan innebära. Att beskriva ungdomar i termer av problem är därför vanligt. Om det finns trender i samhället mot att dricka mer alkohol, att röra sig mindre eller att äta mer skräpmat då fokuseras ofta utvecklingen på ungdomsgruppen, trots att problemen kan vara vanligare bland människor i medelåldern.

Intresset för ungdomars inåtvända problem har därför troligen också samband med trender i samhället som helhet. Det är vanligt att tala om stressen i arbetslivet och att många drabbas av utbrändhet. Det höga antalet sjukskrivningar kopplas delvis till psykisk ohälsa. Tre skäl talar dock för att sätta fokus på ungdomar, trots att trenderna även förekommer i andra åldrar.

Ett första skäl gäller ungdomars ställning i samhället. Ungdomar har ännu inte fullt ut etablerat sina positioner i samhället. De har därför svårare att göra sina röster hörda. Därför är det motiverat att särskilt lyfta fram denna åldersgrupp.

Ett andra skäl gäller konsekvenser på sikt. En ogynnsam utveckling i unga år kan påverka individen under hela det liv som återstår. Förebyggande insatser under denna period har därför större effekt än senare i levnadsloppet.

Ett tredje skäl gäller möjligheten att förstå nya trender. Det som är nytt blir ofta tydligare i ungdomsgruppen. Detta ökar våra möjligheter till att finna förklaringar.

Huvudfrågor som utredningen ska behandla

Utredningen styrs av de direktiv som föreligger i bilaga 1. Direktiven anger i huvudsak fyra frågeställningar. 1) Har stress och psykisk ohälsa ökat? 2) Hur kan utvecklingen förklaras? 3) Vilka effektiva förebyggande och behandlande åtgärder kan sättas in? 4) Hur kan stress och psykisk ohälsa bland unga följas framöver? Därutöver anger direktiven behov av att belysa särskilda aspekter av dessa fyra frågor.

En analys kräver avgränsning av några centrala begrepp, ungdom, stress och psykisk ohälsa. Det är också nödvändigt att precisera tidsperspektiv. Först diskuteras folkhälsoperspektivet, den vetenskapliga metod som kommer att användas och konsekvenserna av

metodvalet för de svar som går att ge på frågorna i utredningsdirektiven.

Folkhälsoperspektiv

För befolkningen i stort är i dag hjärt- kärlsjukdom det största enskilda hälsoproblem. Enligt WHO:s beräkningar är psykisk ohälsa det näst största problem i länder som Sverige (1). De senaste beräkningarna tyder på att psykisk ohälsa inom några år kommer att vara folkhälsoproblem nummer ett (2).

Utredningen utgår från den proposition om mål för folkhälsan som riksdagen antog år 2003 (3). Där anges att det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att analys och förslag till åtgärder inriktas på de levnadsförhållanden som skapar ohälsa. Särskilt pekar propositionen på de sociala villkorens betydelse.

EU har nyligen lagt fram en strategi för att förebygga psykisk ohälsa (4). Liksom den svenska folkhälsopolitiken formuleras åtgärder riktade mot hälsans bestämningsfaktorer. Sådana strukturella åtgärder har vidareutvecklats av ett nätverk finansierat av EU-kommissionen (5). EU:s strategi ligger i linje med Amsterdamsfördragets artikel 152 som behandlar folkhälsa. Där anges att alla åtgärder, som EU fattar beslut om, ska utformas så att de bidrar till en god hälsa. Således är uppgiften att skapa en god folkhälsa något som åligger alla samhällssektorer. Liknande inriktning på bestämningsfaktorer för psykisk hälsa finns i WHO:s aktionsplan för mental hälsa som den europeiska ministerkonferensen antog i januari 2005 i Helsingfors (6). I Sverige presenteras samma perspektiv exempelvis i skriften "Tänk långsiktigt" som utgivits gemensamt av Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (7).

När en individ drabbas av ett hälsoproblem är det en följd av förhållanden som påverkar varandra. Det är vanligare att tonåringar, som upplever stressrelaterade symptom, kommer från familjer med kort utbildning. Detta kan bero på att dessa ungdomar oftare har svårt att klara skolan. Detta kan i sin tur förklaras av att föräldrarna inte kunnat ge dem samma hjälp som föräldrar med lång utbildning. Föräldrarnas begränsning kan i sin tur förklaras av att de har arbeten som är mer slitsamma, ger mindre stimulans och ger dem lägre inkomster. Arbetsvillkoren kan i sin tur förklaras av de

fackliga organisationernas inflytande på arbetslivet i landet och av hur väl företag i Sverige kan hävda sig på världsmarknaden, osv.

Insatser kan utformas med fokus på olika delar i en sådan orsakskedja. De kan inriktas på tonåringen själv, på skolan, på de arbetsvillkor som gäller för föräldrarna, på villkoren för fackliga organisationer och på villkoren för företag. En insats som inriktas på faktorer högt upp i en sådan orsakskedja ger de största effekterna. På kort sikt är det dock enklare att utforma insatser längre ned i den tänkta orsakskedjan. Enklast är det att erbjuda vård och behandling inom sjukvård och socialtjänst. Effekterna av sådana insatser, ställda i relation till kostnaderna, är dock vanligen relativt begränsade.

Vetenskaplig metod

Avsikten är att besvara utredningens frågor med vetenskaplig metod. Det innebär att först redogöra för grundläggande antaganden, den metod som används för att samla in uppgifter, de resultat som påvisas och de slutledningar som går att dra från dessa fynd. Tillvägagångssättet är öppet vilket gör det möjligt för en annan person att bedöma om författarens slutsatser verkligen håller.

Fördelen med denna metod är att det går att korrigera felaktiga slutledningar. Detta ökar slutsatsernas säkerhet. Nackdelen är att en del frågor inte går att besvara. Det måste redan finnas publicerade studier eller åtminstone redan insamlade data. Saknas detta går det inte att uttala sig i frågan. Detta innebär självfallet inte något ställningstagande kring frågornas vikt.

Helhetsperspektiv

Direktiven framhåller att utredaren i arbetet ska beakta individen ur ett helhetsperspektiv. Helhetsperspektiv innebär att se att ett fenomen utgör mer än summan av dess delar (8). Begreppet kan intuitivt verka enkelt. För att klargöra innebörden krävs dock några teoretiska överväganden.

Vetenskapliga metoder är i allmänhet analytiska. Det innebär ett fenomen delas upp i delar. Direktiven fastställer exempelvis att levnadsvillkorens betydelse ska analyseras. Betydelsen av olika aspekter diskuteras därför var och en för sig, hemförhållanden, kamratrela-

tioner, skola etc. En sådan inriktning följer även från folkhälso-
perspektivet.

Helhetsperspektivet innebär att samtidigt ta hänsyn till flera aspekter. En stor del av den vetenskapliga litteraturen söker göra detta. Exempelvis, i studier av arbetslöshetens betydelse söker man samtidigt ta hänsyn till kön, ålder, familjebakgrund, utbildning, medborgarskap etc. Med ett ökat antal samtidiga faktorer blir modellerna alltmer komplexa. Idealet är därför att renodla betydelsen av en enskild faktor, med samtidig hänsyn taget till så många andra faktorer som möjligt. En stor del av de studier som denna utredning utgår ifrån har denna karaktär. Endast undantagsvis redovisas resultat där man inte samtidigt tagit hänsyn till ett flertal faktorer.

En annan väg är att betrakta en individ som ett komplext system där fokus inte ligger vid enskilda faktorer utan istället vid systemet som helhet (8). Några sådana aspekter behandlas i utredningen. En är synen på människan som ett adaptativt system (kapitel 2). Hela kapitel 9, som behandlar individualisering, har detta perspektiv, dock utan att vare sig orden helhetssyn eller systemperspektiv nämns.

Helhetssynen har avgörande betydelse för utformning av åtgärder. I Sverige erbjuds en mängd olika välfärdsinsatser som genomförs relativt oberoende av varandra. När nya samhällsproblem uppkommer är det också vanligt att föreslå avgränsade sektorspecifika åtgärder. Denna inriktning medför dock stora problem. Behovet av samordning och helhetssyn har därför blivit allt mer påträngande (9).

Tvärsektoriella politikområden som ungdoms- och folkhälso-
politiken liksom Ansvarskommitténs arbete (10) ger uttryck för behovet av att utgå från en helhetssyn, istället för att utgå från separata samhällssektorer. De förslag som lämnas i kapitel 11 utgår därför främst från ett systemperspektiv (helhetsperspektiv) (11). Förslagen syftar till att få befintliga välfärdssystem att fungera bättre.

Ungdom

Kommittédirektivet definierar ungdom som individer i åldern 13–25 år. Flera viktiga undersökningar omfattar endast åldern 15 år eller äldre. Detta medför att tyngdpunkten i framställningen ligger vid åldern 15–24 år.

Ibland används beteckningen ”barn” trots att utredningen handlar om ungdom. Skälet är att den definition av barn som används inom barnpolitiken överlappar med definitionen av ungdom enligt kommittédirektivet. Barnpolitiken utgår från FN:s barnkonvention om barnets rättigheter som definierar barn som individer i åldern 0 t.o.m. 17 år. Åldersgruppen 13–17 år kallas således både barn och ungdom.

Stress

Utredningsdirektiven behandlar flera delvis överlappande begrepp: stress samt stressrelaterade symptom, psykiska besvär, psykisk ohälsa samt psykisk hälsa. Det är motiverat att avgränsa dessa begrepp och klargöra hur de relaterar till varandra. Det går att särskilja tre innebörder i begreppet stress, en vardaglig, en psykologisk och en medicinsk.

Den vardagliga definitionen

I den vardagliga diskussionen i medierna har begreppet stress en vid innebörd. Att känna sig ansträngd, att inte hinna med det man tänkt sig, att vara frustrerad, att vara orolig och att ha svårt att somna beskrivs som stress, alternativt som tecken på stress. Kroppsliga symptom, som uppfattas vara konsekvenser av påfrestningar, exempelvis huvudvärk och magvärk, ingår i denna vardagliga beskrivning av stress.

Ordet stress är ofta liktydigt med att vara utsatt för en påfrestning som uppfattas som oberättigad eller obehaglig. Ungdomar kan exempelvis säga att de är ”stressade” av att ha prov i skolan. Ungdomar anger också att stress uppstår när tiden inte räcker till alternativt används felaktigt. I dagligt tal används också begreppet positiv stress. Ungdomarna själva använder ordet press. Det betecknar påfrestningar som uppfattas vara värdefulla.

En psykologisk definition

Lazarus och Folkman, två psykologer, har formulerat en definition av stress som allmänt används i psykologisk litteratur (12). Enligt denna definition erfar en individ stress om hon eller han upplever

att de påfrestningar hon eller han är utsatt för överstiger den egna förmågan att hantera dessa påfrestningar. Definitionen framhåller individens värdering (appraisal) av problemets omfattning och individens värdering av den egna förmågan. Definitionen tar vare sig ställning till de objektiva villkoren eller till individens objektiva förmåga att hantera problemet. Definitionen tar inte heller ställning till om kroppsliga reaktioner uppkommer eller ej.

Lazarus och Folkmans definition inriktar sig på individens reaktion på en situation. Om individen upplever påfrestningen som alltför stor kan den leda till olika känslor av oro, frustration eller anspänning. Före känslorna kommer dock individens värdering av situationen. Förloppet går ofta snabbt. I den vardagliga användningen av ordet stress gör man sällan tydlig åtskillnad mellan påfrestningen, individens värdering av påfrestningen och de känslor som värderingen utlöser. I en analys av stress är det en allvarlig begränsning eftersom individens värdering av en påfrestning ofta är avgörande för vilka känslor som situationen utlöser.

Sambanden är inte sällan svaga mellan de objektiva påfrestningar en individ utsätts för och de känslor individen upplever. En viktig förklaring är ett fenomen som brukar betecknas som positiv återkoppling. En negativ känsla som oro kan leda till oro för den egna känslan vilket förstärker den ursprungliga oron. Likaledes kan en person som känner sig nedstämd känna att hon är en dålig människa. Denna upplevelse kan i sin tur förstärka upplevelsen av att känna sig nere.

Enligt denna definition kan den utlösande faktorn antingen vara något som redan har inträffat eller något som kan hända i framtiden. Föreställningar om tänkbara risker i framtiden är en viktig källa till stress.

Fördelen med den psykologiska definitionen är att den ligger relativt nära den vardagliga definitionen. Definitionen går dock inte att använda för att skilja mellan påfrestningar som är skadliga och de som bidrar till att individen utvecklas.

En medicinsk definition

En medicinsk definition av begreppet stress lanserades i slutet av 1930-talet. Den fokuserar på den mobilisering av kroppsliga och mentala resurser som sker när en individ utsätts för en påfrestning. De kroppsliga reaktionerna går att påvisa med objektiva metoder,

t.ex. som förhöjt blodtryck eller som ökad insöndring av stresshormoner. Den grundläggande uppfattningen är att de mentala och kroppsliga reaktionerna vanligen är ändamålsenliga. Det är först när påfrestningarna har hög intensitet och är långvariga som skadeeffekter uppstår.

Den medicinska definitionen fokuseras på konsekvenserna av påfrestningen medan individernas upplevelser är av underordnat intresse. Det innebär att en individ kan vara utsatt för påfrestningar som leder till kroppsliga reaktioner utan att hon själv är medveten om detta.

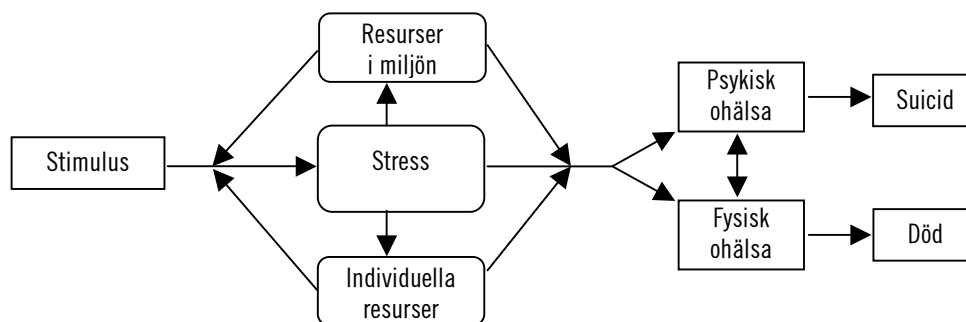
Att klättra på en bergvägg kan användas som exempel för att illustrera skillnaderna mellan de tre definitionerna av stress. Det finns en risk att ramla ned. Den som klättrar måste därför vara mentalt fokuserad. Viktiga muskelgrupper blir spända och troligen stiger också blodtrycket. Sett från den medicinska definitionen är detta ett exempel på stress eftersom reaktionerna bidrar till att klättraren klarar uppgiften. Enligt Lazarus och Folkmans definition föreligger inte stress om klättraren upplever att hon kan hålla sig kvar på bergväggen. I vardagligt tal betecknas klättringen inte heller som stressande eftersom uppgiften inte uppfattas som obehaglig.

Fördelen med den medicinska definitionen är att reaktionerna objektivt går att undersöka. Nackdelen är att innebörden tydligt skiljer sig från den vardagliga definitionen av stress.

En modell

I direktiven anges att utredaren ska analysera ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan. Utredaren har uppfattat att den centrala frågan gäller samband mellan ungdomars livssituation, och påfrestningar i denna livssituation, och ungdomars psykiska hälsa. Det är möjligt att formulera en modell där dessa begrepp ingår, utan att ta ställning till de tre stressdefinitionerna. Modellen återges i figur 1.1. Den gör inte anspråk på att vara uttömmande. Utgångspunkten är stimuli i livssituationen som mobiliserar kroppsliga och mentala resurser. Denna mobilisering kallas ”stress”.

Figur 1.1 En modell för analys av stress och psykisk ohälsa



Tillgång till resurser i miljön modifierar effekten av ett givet stimulus. Därför finns en pil inritad som visar att så är fallet. Begreppet "resurser i miljön" innefattar både samhällsförhållanden, människors interaktioner med varandra och förhållanden i den fysiska miljön.

En ruta med individuella resurser finns också representerad i modellen. Det är egenskaper som påverkar risken för att individen ska erfara stress, exempelvis hennes förmåga att lösa problem och hennes intellektuella, sociala och emotionella förmågor.

I modellen finns inritad en pil som utgår från stress och går till rutan med resurser i miljön. Pilen åskådliggör att stressen kan leda till att individen förändrar den omgivning hon lever i.

Det finns även en pil från stress till rutan med individuella resurser. Erfarenheterna av stress har effekter även för framtiden. Om individen klarar att hantera ett problem, så ökar det hennes förmåga att ta itu med svårigheter som drabbar henne senare i livet. Motsatsen kan självfallet också gälla. Misslyckas hon kan det undergräva hennes tilltro.

Från stress går pilar till psykisk ohälsa och fysisk ohälsa. Det belyser att risken för ohälsa ökar men inte att all stress leder till hälsoproblem. Risken är mest påtaglig om det samtidigt finns många olika påfrestningar, om de är långvariga och om individen inte har möjligheter att återhämta sig.

Resurser i miljön modifierar även risken för att stress ska leda till psykisk och fysisk ohälsa. Detta förhållande representeras i modellen av en pil från rutan med resurser i miljön till linjen mellan

stress och ohälsa. Individuella resurser har motsvarande effekt vilket också representeras av en pil.

I modellen anges att stress ökar risken både för psykiska och fysiska hälsoproblem. I det följande kommer dock främst psykisk ohälsa att diskuteras. Det finns flera skäl till detta. Ett är att psykisk ohälsa specifikt pekas ut i uppdraget. Det andra är att det finns en relativt omfattande vetenskaplig litteratur kring samband mellan påfrestningar (stressorer) och förekomst av psykisk ohälsa under ungdomsåren. Litteraturen kring effekter på fysisk ohälsa under denna period av livet är relativt begränsad. Det hänger samman med att det ofta krävs påfrestningar under lång tid för att fysiska hälsoproblem ska bli manifesta. Det hinner de sällan bli under ungdomsåren.

Längst till höger finns en ruta med suicid som en möjlig yttersta konsekvens av psykisk ohälsa samt död som en möjlig följd av fysisk sjukdom. Under ungdomsåren är självmord den näst vanligaste dödsorsaken.

Livssituationen påverkar således förloppet på flera sätt. I livssituationen finns de stimuli som kan utlösa stress. Livssituationen modifierar också risken för att ett givet stimulus ska utlösa stress. Slutligen påverkar livssituationen risken för att stress ska leda till psykisk ohälsa. I analyser av individers livssituation är det ofta svårt att avgöra mekanismerna. Det är dock möjligt att samlat analysera samband mellan livssituation och psykisk ohälsa.

Orsaker, risk- och skyddsfaktorer

Folkhälsoforskning är inriktad på att ge vetenskapligt baserade förslag till åtgärder. Därför krävs förenklade förklaringar till komplicerade orsakssamband. Även den modell som presenteras i figur 1.1 behöver förenklas. Inom folkhälsoområdet och delar av psykologin används begreppen risk- och skyddsfaktorer som med ett gemensamt begrepp kallas bestämningsfaktorer (determinanter). En bestämningsfaktor påverkar förekomsten av ohälsa. Den underliggande föreställningen är att hälsoproblem uppkommer som resultat av kedjor av händelser. När en bestämningsfaktor analyseras fäster man ingen vikt vid hur denna händelsekedja ser ut. Istället blir det centrala att statistiskt säkerställa ett samband mellan en given bestämningsfaktor och ett hälsoutfall. Betydelsen av andra faktorer (s.k. konfounders) söker man eliminera med statistiska metoder.

Kunskap om sådana samband kan ligga till grund både för att förklara en utveckling och för att utforma effektiva åtgärder, även när händelseförloppen delvis är okända.

Risk- och skyddsfaktor kan ibland uppfattas som ”orsaker”. Från ett vetenskapligt perspektiv är dock ”orsak” ett problematiskt begrepp (13). Vi kan beskriva verkligheten i bilder av tänkta orsakskedjor. Att verkligen fastställa om ett förhållande orsakar ett annat låter sig dock inte göras.

Samband mellan livssituation och psykisk ohälsa

Nordisk välfärdsforskning har utvecklat en tradition för att beskriva människors levnadsvillkor. Denna tradition avspeglas i de undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) som genomförs av Statistiska centralbyrån (SCB) (14). Välfärdsresurser beskrivs där i tolv dimensioner: Arbetsmiljö, Boende, Ekonomi, Fritid, Hälsa, Materiella tillgångar, Medborgerliga aktiviteter, Sociala relationer, Sysselsättning, Transporter, Trygghet samt Utbildning. Dessa dimensioner är lämpliga att använda för att beskriva ungdomars levnadsvillkor.

Välfärdsforskningen fångar dock inte alla aspekter. Därför krävs komplettering med andra uppgifter. Ett annat sätt att beskriva människors livssituation är att utgå från tidsstudier. Statistiska centralbyrån har publicerat sådana undersökningar. Från den senaste studien framgår att de i tid mest omfattande aktiviteterna i åldern 20–64 år, i fallande ordning, är nattsömn (8 tim), förvärvsarbete (5 tim), hemarbete (3 tim), tv och läsning (2 tim), måltider (1,5 tim), resor (1 tim), social samvaro (1 tim), personlig hygien m.m. (1 tim), idrott och friluftsliv (0,5 tim) samt studier (0,5 tim) (15). Från direktiven framgår även att alkohol- och drogkonsumtionen ska belysas. I den allmänna debatten har även andra faktorer tagits upp, exempelvis datorspel och användning av sms.

Behandlingen av livssituationens betydelse för den psykiska hälsan har genomförts i form av analyser av enskilda aspekters effekt, aspekt för aspekt. Först behandlas i kapitel 5 aspekter som främst är knutna till det offentliga, exempelvis skola och arbete. Därefter behandlas i kapitel 6 aspekter som är knutna till det privata, exempelvis relationen till föräldrar och tv-vanor.

I modellen i figur 1.1 framgår att individuella resurser modifierar effekterna av en stimulus. Dessa resurser har individen utvecklat i

samspel med uppväxtmiljön. Sådana individuella faktorer behandlas därför särskilt i kapitel 7.

Analysmodell

Analyserna har genomförts med en gemensam struktur. Först behandlas belägg för att aspekten har betydelse för psykisk hälsa. Utgångspunkten har vanligen varit den internationella vetenskapliga litteratur som finns på området. I nästa steg behandlas utvecklingen över tid av aspekten. Uppgifterna hämtas från upprepade jämförbara tvärsnittsstudier. I några fall gäller de tillgängliga uppgifterna läsår eller medelvärden för två år. I den aktuella figuren redovisas värdet för varje sådant dubbelår för det senare av de två åren. Om uppgifterna gäller dubbelår eller inte framgår av figurrubriken.

Därefter diskuteras om aspekten kan förklara utvecklingen av psykisk hälsa bland unga. När det har uppfattats befogat lämnas förslag till åtgärder som kan påverka den aktuella aspekten så att ungdomars psykiska hälsa främjas.

I de vetenskapliga studierna tar man samtidigt hänsyn till flera aspekter. Idealet är att renodla betydelsen av en enskild faktor, med samtidig hänsyn taget till så många andra faktorer som möjligt. En stor del av de studier som denna utredning utgår ifrån har denna karaktär. Endast undantagsvis redovisas resultat där man inte samtidigt tagit hänsyn till ett flertal faktorer.

En aspekt av ungdomars livssituation behandlas dock samlat – utvecklingen mot ökad individualisering. Det är ett viktigt tema i diskussionen om psykisk ohälsa bland unga. Detta tema går inte att analysera, faktor för faktor. Därför behandlas denna fråga samlat i ett kapitel som har en friare struktur, kapitel 9.

Tidsperspektiv

De flesta folkhälsofrågor förändras relativt långsamt. Ett exempel utgör utvecklingen av övervikt som uppmärksammas främst under de senaste åren men där utvecklingen börjar under 1970-talet (16). Det innebär att tidsperspektivet bör vara minst 20 år. Det vore önskvärt att analysera förändringar under ännu längre tid, förslagsvis 50 år. Dock saknas ofta jämförbara data så långt tillbaka i tiden. Detta innebär att tyngdpunkten i framställningen ligger vid att beskriva

förändringar under de senaste 20 åren. När det varit möjligt och befogat har horisonten vidgats till att omfattade de senaste 50 åren.

Utveckling av psykisk ohälsa

I kapitel 3 analyseras utvecklingen av stressrelaterade symptom och psykisk ohälsa under de senaste 50 åren med tyngdpunkt vid tiden efter år 1980. Framställningen utgår från undersökningar av symptom som relateras till stress, från särskilda epidemiologiska studier och studier av sjukhusvård. Framställningen är främst redovisande. Det innebär att de begrepp som används inte problematiseras. Det är dock inte givet hur ett fenomen som psykisk ohälsa ska avgränsas. Bilden kompliceras ytterligare av att utredningsdirektiven även använder begreppet psykisk hälsa. En separat analys av dessa begrepp presenteras därför i kapitel 2. Det är dock möjligt att ta del av beskrivningen av utvecklingen i kapitel 3 utan att först ha läst de teoretiska delarna i kapitel 2.

Utveckling av psykisk ohälsa i olika grupper

I direktiven framhålls att stressrelaterade problem och psykisk ohälsa är ojämnt fördelade i befolkningen. Motsvarande ojämn fördelning gäller för de flesta hälsoproblem. Därför är det vanligt att redovisa fördelning efter kön, socioekonomisk grupp, födelse-land och typ av boendeort. Fördelning efter funktionshinder och sexuell läggning anges också i direktiven. Trots detta kommer endast fördelning efter kön att redovisas. Det finns tre skäl till detta ställningstagande.

Det främsta skälet är att relevanta data inte är tillgängliga. Nedan diskuteras denna aspekt, grupp för grupp. I de förslag till framtida mätningar som presenteras i kapitel 12 framhålls värdet av att i framtiden ha tillgång till sådana uppgifter.

Socioekonomiska grupper

Social position är en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa, både under uppväxtåren (17) och senare i livet. En analys kräver ett mått på social position. Socioekonomisk tillhörighet beskrivs bäst efter yrke alternativt efter utbildning (18). Ungdomars socioeko-

nomiska tillhörighet är dock svår att beskriva. Med stigande ålder betyder föräldrarnas position allt mindre för en ung människa (19). Ett alternativ är att utgå från ungdomarna själva. I åldern 13–24 år har dock ungdomar ofta vare sig hunnit etablera sig i ett yrke eller hunnit fullfölja en utbildning. Dessa mått är därför svåra att använda. En återstående möjlighet är att utgå från ungdomarnas utbildningsplaner (20) (21) (22), alternativt från deras betyg. I publicerade studier av utvecklingen över tid finns dock vanligen inte något av dessa mått på social position.

Eget eller föräldrars födelseland

Det finns två skäl till att avstå från att redovisa fördelning efter födelseland. Det första har att göra med den samvariation som finns mellan födelseland och social position. I många studier finner man att ungdomar med utländsk bakgrund har sämre hälsa. Den sämre hälsan förklaras dock till stor del av att föräldrarna har en svagare position på den svenska arbetsmarknaden. Om man tar hänsyn till detta förhållande är hälsan ofta minst lika god som i gruppen med svensk bakgrund (23). Motsvarande gäller även för skolprestationer. Om man tar hänsyn till föräldrarnas sociala bakgrund förefaller födelseland ha underordnad betydelse (24).

Dessa förhållanden medför ett dilemma då resultat ska presenteras. Som framgår från avsnittet ovan är det svårt att redovisa psykisk hälsa bland ungdom efter social position. Uppgifter om födelseland finns däremot ofta. Presenteras uppgifter om psykisk ohälsa efter födelseland, utan kontroll för social bakgrund, kan läsaren få intryck av att födelselandet har avgörande betydelse, trots att den sociala positionen i Sverige istället är den avgörande faktorn. En sådan framställning kan därför bli missvisande.

Det andra skälet hänger samman med att gruppen ungdomar med utländsk bakgrund är mycket heterogen. Ungdomar med båda föräldrar födda i USA och båda föräldrar födda i Somalia har endast det gemensamma att föräldrarna inte är födda i Sverige. En meningsfull analys kräver därför att redovisning sker efter den region föräldrarna kommer ifrån. Sådana uppgifter saknas dock vanligen i den statistik som rutinemässigt produceras.

Typ av boendeort

Det finns sannolikt betydande regionala variationer i landet, även efter kontroll för utbildning, inkomst och ålder. Data saknas dock ofta om fördelning av psykisk ohälsa.

Förekomst av funktionshinder

Risken för psykiska problem varierar sannolikt olika grupper emellan. Det är stor skillnad mellan att ha grav hörselnedsättning, att vara rörelsehindrad och att ha ett mentalt funktionshinder. Ett funktionshinder som nyligen tillkommit betyder sannolikt mer för den psykiska hälsan än en funktionsnedsättning som individen har levt med sedan länge. Meningsfull information kräver därför relativt detaljerade uppgifter om olika funktionshinder. Sådan information finns i enskilda studier men det saknas jämförbara uppgifter över tid.

Sexuell läggning

Sexuella minoriteter löper ökad risk för psykiska problem (25). Det är därför motiverat att redovisa utvecklingen för ungdomar efter deras sexuella läggning. Tidsserier saknas dock.

Könsperspektiv

I direktiven anges att ett könsperspektiv ska anläggas. Därför beskrivs och tolkas utvecklingen sedd från ett könsperspektiv under en separat rubrik i kapitel 3. Överväganden kring åtgärder sedda från detta perspektiv behandlas i kapitel 11.

Åtgärder

Direktiven anger att utredaren ska föreslå metoder och tillvägagångssätt för att motverka stress och psykisk ohälsa, identifiera områden som behöver utvecklas och stärkas, föreslå hur samhällets insatser kan samordnas, hur kunskapsinsamling på området kan

förbättras, hur utvecklingen kan följas samt hur samhällets stöd till de drabbade kan utvecklas.

I kapitel 11 presenteras förslag till åtgärder. De utgår från det folkhälsoperspektiv som har presenteras ovan. Det innebär att åtgärderna främst är inriktade på hälsans bestämningsfaktorer och inte på vård och behandling.

Åtgärderna utgår från en helhetssyn på samhället. Det finns i dag begränsat utrymme för utökning av den offentliga sektorn. Det är istället angeläget att optimera utbytet av samhällets olika insatser. Vid utformning av förslag till åtgärder har utredaren därför tagit ett systemperspektiv till hjälp för att identifiera åtgärder som kan förbättra utbytet av olika verksamheter (11).

Att leva under socialt missgynnade villkor är det enskilda förhållande som betyder mest för uppkomsten av ohälsa under uppväxtåren (18). Sambandet mellan sociala villkor och hälsa är kontinuerligt (26). Det innebär att sociala förhållanden har betydelse, inte endast för en mindre grupp som lever under särskilt missgynnade villkor, utan gäller för en stor del befolkningen. Detta medför att en stor del av alla insatser, formulerade från ett folkhälsoperspektiv, måste inriktas på att påverka de förhållanden som genererar sociala skillnader i hälsa. Under uppväxtåren är det vanligt att åtgärder, som är inriktade på att förbättra folkhälsa i stort, även minskar sociala skillnader i hälsa (18).

Utredaren skall även i förekommande fall lyfta fram områden där författningsförändringar kan bedömas vara nödvändiga. Några sådana förslag lämnas inte eftersom de inte uppfattas vara motiverade.

Arbetsätt

Direktiven anger att arbetet ska bedrivas i samarbete med statliga myndigheter och med hjälp av en ungdomsreferensgrupp. Utredaren ska också samråda med andra viktiga aktörer. I arbetet har experter från Utbildnings- och kulturdepartementet samt Socialdepartementet biträtt utredningen. Synpunkter har även inhämtats från vetenskapligt sakkunniga. Arbetet med olika aktörer och intressenter beskrivs i det följande.

Samråd med statliga myndigheter

Värdefulla synpunkter har inhämtats från Ansvarskommittén (dir. 2003:10 och 2004:93), Arvsfondsdelegationen, Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Barnombudsmannen, En nationell psykiatrisamordnare (dir. 2003:133), Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, Institutet för psykosocial medicin, Jämstöd (2005:7 och 2006:1), Myndigheten för skolutveckling, Nationell bostadsutredare (2005:37), Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Statens skolverk, Ungdomsstyrelsen samt Översyn av integrationspolitiken (dir. 2005:94).

De flesta av dess myndigheter har i början av utredningen intervjuats av utredaren eller huvudsekreteraren kring myndighetens syn på frågorna i utredningens uppdrag. Under utredningens lopp har myndigheterna haft tillgång till de arbetsversioner av utredningen som fortlöpande uppdaterats och funnits tillgängliga via internet. Samråd har sedan skett med berörd myndighet kring specifika frågor. Myndigheterna har inbjudits till den hearing som genomförts 2006-05-17, se bilaga 5, och de flesta har då närvarit. Myndigheterna har då uppmanats lämna synpunkter på den då aktuella arbetsversionen av utredningen och flertalet har inkommit med skriftliga och muntliga kommentarer.

Myndigheter med uppdrag relaterade till utredningen beskrivs i bilaga 3.

Ungdomar

Direktiven anger att arbetet ska bedrivas med hjälp av en ungdomsreferensgrupp. Ungdomar är en heterogen grupp. Utredare har därför uppfattat det svårt att få representativa bilder från en enda referensgrupp. Därför har huvudsekreteraren intervjuat omkring 700 ungdomar i olika åldrar på fyra orter i Sverige. Vid intervjuerna har ungdomarna fått ge sin syn på utredningens huvudfrågor. Intervjuerna redovisas i kapitel 4. Synpunkter har också inhämtats från den referensgrupp av ungdomar som Socialminister Berit Andnor samman kallat.

Samråd med andra aktörer

Värdefulla synpunkter har inhämtats från representanter för Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, Landsrådet för Sveriges Ungdomsorganisationer (LSU), Stockholms skolors ungdomsmottagning, Studerandehälsan i Stockholm samt Sveriges Kommuner och Landsting. Synpunkter har inhämtats via intervjuer och e-post.

Centrala aktörer med uppdrag relaterade till utredningen beskrivs i bilaga 3.

Hearing

Representanter från departement, myndigheter, ungdomsorganisationer, kommuner, landsting samt frivilligorganisationer inbjöds till en hearing som genomfördes 2006-05-17. Hearingens program redovisas i bilaga 5. Antalet deltagare var 110.

Samråd med vetenskapligt sakkunniga

Värdefulla synpunkter har inhämtats från Anna-Karin Andershed (Örebro universitet), Elisabeth Arborelius (Uppsala universitet), Carl Reinhold Bråkenhielm (Uppsala universitet), Curt Hagquist (Karlstad universitet), Lennart Hallsten (Arbetslivsinstitutet), Anders Hjern (Karolinska Institutet), Lennart Köhler (Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap), Lennart Levi (Karolinska Institutet), Frank Lindblad (Karolinska Institutet), Helena Pernler (Karolinska Institutet), Håkan Stattin (Örebro universitet), Eva Sellström (Mittuniversitetet), Claes Sundelin (Uppsala universitet), Knut Sundell (Stockholms Stad), Töres Theorell (Karolinska Institutet), Denny Vågerö (Stockholms universitet), Rune Åberg (Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap) samt Viveca Östberg (Stockholms universitet). Viveca Östberg (Stockholms universitet) har också granskat arbetet i dess helhet.

Utformning av texten

Utredaren Sven Bremberg har skrivit huvuddelen av texten. Huvudsekreteraren Ullalena Haeggman har haft huvudansvar för kontakter med myndigheter och organisationer, intervjuat ungdomar och

skrivit kapitel 4, samlat in delunderlag, bearbetat och sammanställt underlag till avsnittet om sjukvårdsstatistik i kapitel 3, och inhämtat de uppgifter om vårdpersonal som ingår i kapitel 8. Utredningssekreteraren Anton Lager har samlat in delunderlag, ansvarat för kapitel 3, genomfört de analyser av arbetsmarknadens betydelse som presenteras i kapitel 5 samt sammanställt text om datorspel och internet i kapitel 6.

2 Teoretisk bakgrund

Sammanfattning

I detta kapitel problematiseras en del begrepp som används i den följande framställningen. Det går utmärkt att ta del av utredningen utan att ha läst detta kapitel.

I direktiven används begreppet "psykisk ohälsa". Det finns inga entydiga kriterier som kan användas för att skilja mellan normala tillstånd och avvikande tillstånd. Istället föreligger ofta ett kontinuum mellan det normala och det avvikande. Några har aldrig huvudvärk, en del har det ofta, andra varje dag och ett fåtal har huvudvärk hela dagarna. Det är inte givet när det är motiverat att erbjuda en enskild individ behandling. Däremot, om förekomsten av huvudvärk i en befolkning ökar över hela detta kontinuum, då kan det tolkas som tecken på att något i människors tillvaro har försämrats. Analysen av samband mellan ungdomars levnadsvillkor och förekomst av stressrelaterade symptom går därför att genomföra utan krav på en tydlig avgränsning mellan normala och avvikande tillstånd.

Människor reagerar på förändringar. Medför förändringen något negativt, eller hot om något negativt, upplevs den som en påfrestning. I ett stort antal studier har samband påvisats mellan upprepade negativa livshändelser och risken för psykisk ohälsa. Sambanden mellan påfrestningar och psykisk ohälsa är vanligen ospecifika. Det innebär att samma påfrestning, för en del individer kan resultera i inåtvända problem som ångest och oro, medan andra får utagerande beteendeproblem. En enda påfrestning har vanligen begränsad effekt, även om påfrestningen är påtaglig. Dock, om en individ vid upprepade tillfällen måste klara ett flertal svårigheter, då ökar risken för psykiska problem påtagligt. Omfattningen av den samlade bördan av påfrestningar är således betydelsefull.

Psykiska symptom är obehagliga. Människan strävar vanligen efter att undvika obehag. Det kan då förefalla motsägelsefullt att

psykiska symptom är påfallande vanliga. Om människor strävar efter att undvika symptom borde det inte vara så. För att förstå denna skenbara motsägelse kan man lägga ett utvecklingsbiologiskt perspektiv på frågan. Under utvecklingens lopp har människor levt med mängder av faror. En enda missbedömning kunde räcka för att dö. De som var gladlynta och obekymrade riskerade att avlida i större omfattning innan de hunnit reproducera sig, jämfört med de individer som var ängsliga och försiktiga. Detta talar för en selektion av människor som lätt blir rädda. På jämförbart sätt går det att se en evolutionär grund för vår tendens till att bli nedstämda eftersom detta stämningläge ökar möjligheterna till omorientering. I en tid av snabba förändringar är det därför inte helt oväntat att människor oftare blir nedstämda.

Det finns inga enkla samband mellan faktiska villkor och upplevelse av påfrestning. Det finns en omfattande litteratur kring människors upplevelser av risk. Den visar att människors upplevelser skiljer sig från den faktiska risken. Exempelvis underskattas risken för välbekanta fenomen medan risken för nya mindre kända företeelser överskattas. Objektiva villkor och upplevda villkor är således två skilda fenomen. Denna utredning utgår från ungdomars objektiva villkor.

Utredningen utgår från en naturvetenskaplig tradition. Där formuleras hypoteser om samband som sedan prövas i empiriska studier. Syftet med de empiriska studierna är inte i första hand att "bevisa" olika samband utan istället att kritiskt pröva om en hypotes är ohållbar. Detta innebär att det finns en grundläggande skeptisk inställning till olika teorier. I den litteratur som behandlar psykiska problem presenteras dock ofta tolkningar av olika fenomen där tyngdpunkten i framställningen inte ligger vid att kritiskt pröva hypoteser. För en läsare som är förtrogen med denna tolkande litteratur kan framställningen därför te sig som torftig.

Sedan 1990-talet har det inom hälsoområdet utvecklats praxis för att värdera säkerheten i de vetenskapliga studier som används för att bedöma olika påståenden om hälsa, behandling av hälsoproblem och för förebyggande insatser. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillämpar denna praxis. SBU särskiljer tre grader av säkerhet, baserade på bevisvärdet för de studier som används som underlag för ett påstående. Utredaren använder SBU:s gradering av säkerhet.

Inledning

Utredningen använder flera begrepp där innebörden inte är given. Ett sådant begrepp är psykisk ohälsa. Det är inte givet hur psykisk ohälsa ska avgränsas från tillstånd som är normala. Därför är det motiverat att problematisera begreppet, vilket sker i detta kapitel.

Direktiven använder även begreppet psykisk hälsa. En analys av innebörden är därför befogad. Slutligen behandlas det medicinska stressbegreppet. I direktiven anges att utredaren ska klargöra orsakssamband mellan ungdomars levnadsvillkor och förekomst av psykisk ohälsa. Även orsaksbegreppet är problematiskt. Utredarens tillvägagångssätt behandlas här i två avsnitt, ett som gäller relationen mellan påfrestningar och psykiska problem och ett som behandlar olika sätt att analysera samband.

Övervägandena i detta kapitel kunde ha placerats i direkt anslutning till de frågor som behandlas. En del läsare förväntas dock vara mindre intresserade av denna problematiserande diskussion. Därför presenteras de teoretiska övervägandena samlade här. Det går utmärkt att ta del av den efterföljande texten utan att ha läst detta kapitel.

Psykisk ohälsa och hälsa

Föreställningar om psykiska problem under ungdomsperioden

Det finns föreställningar om att ungdomsperioden, i högre grad än andra skeden av livet, skulle vara präglad av problem och kriser. Denna tanke uttrycks bland annat i psykoanalytisk teoribildning (27). De studier som har genomförts av ungdomar under uppväxten ger dock inte stöd för denna föreställning (28, 29). Problem förekommer självfallet under tonårsperioden men de refererade studierna tyder inte på att problem är vanligare under tonåren än under andra perioder av livet.

Exempelvis förekommer utagerande beteendeproblem både före, under och efter puberteten. Problem tar sig varierande uttryck under dessa skeden. En sjuåring med utagerande beteendeproblem kan ha svårt att sitta stilla i skolan och kan vägra att följa föräldrarnas uppmaningar. Barnet är dock fortsatt beroende av föräldrarna vilket begränsar barnets handlingsfrihet. Under tonårsperioden tillägnar sig den unge ökad förmåga att tänka och agera på egen hand. En förutsättning för detta är att individen utvecklat förmågan att tänka

abstrakt, vilket sker efter ca 11 års ålder (30). Tonåringen kan t.ex. rymma hemifrån. Uttrycken blir således mer påtagliga. När en individ prövar nya aktiviteter som hon eller han inte är förtrogen med är det också vanligare att göra misstag, exempelvis vid användning av alkohol och vid bilkörning. Detta gäller också relationen till normer. Det är vanligt att tonåringar bryter mot etablerade vuxennormer, t.ex. genom att begå brott. Dessa normbrott går att uppfatta som uttryck för att tonåringar inte hunnit bli förtrogna med de möjligheter och begränsningar som öppnas för en individ som kan agera relativt självständigt. Dessa förhållanden kan ha bidragit till att ungdomsperioden ibland betraktas som mer problematisk än andra perioder i livet.

Psykisk ohälsa

I direktiven används begreppet "psykisk ohälsa". Människor kan besväras av problem som uppfattas vara psykiska, exempelvis extrem trötthet, oro, irritation eller förvirring. Det finns också tillstånd som individen själv inte besväras av men som andra ser som besvärande, exempelvis barns svårigheter att sitta stilla. Dessa oönskade psykiska tillstånd utgör olika former av "psykisk ohälsa".

Avgränsningen till normala tillstånd är inte uppenbar. Trötthet under hela dagen under en månad uppfattas inte som normalt. Där- emot kan trötthet strax innan en person går och lägger sig snarast ses som ett friskhetstecken. Likaså uppfattas nedstämdhet i anslutning till förlust av en nära anhörig som något normalt. Långvarig nedstämdhet utan uppenbara orsaker anses dock som avvikande. Uppfattningen om var gränsen går mellan det normala och det avvikande påverkas således av hur olika situationer tolkas. Det är därför inte förvånande att uppfattningarna om vad som är normalt varierar olika tidsperioder och olika kulturer emellan (31).

Det finns inga entydiga kriterier som kan användas för att skilja mellan normala tillstånd och avvikande tillstånd som motiverar åtgärder. Om ett problem är ovanligt tenderar vi att betrakta det som avvikande. Trots detta anses hjärt-kärlsjukdom som avvikande även om det är den vanligaste dödsorsaken. Om ett problem medför lidande tenderar vi att betrakta det som avvikande. Inte heller detta kriterium är entydigt. När Göran Kropp besteg Mount Everest medförde det visserligen lidande för honom men det var inte en handling som de flesta av oss anser skulle ha förhindrats. Lidandet

var en del av det projekt som Kropp föresatt sig. Situationen är kanske tydligare för lidande som en person utsätts för utan att hon själv medvetet valt situationen. Att drabbas av en svår sjukdom är exempelvis något som vi vanligen anser motiverar åtgärder. Om den drabbade överlever sjukdomen är det dock tänkbart att förloppet medför att hon omprövar sitt liv och efteråt finner att sjukdomen tillfört något mycket värdefullt. Uppfattningen om vilka tillstånd som motiverar åtgärder beror således både på hur vi tolkar innebörden i problemen och på vilket tidsperspektiv vi anlägger.

Om man skiljer mellan bedömningar på individ- och gruppnivå går det att göra tydligare bedömningar. För en individ ger huvudvärk, nedstämdhet och nervositet besvär men det är inte givet att besvären ska leda till en åtgärd. På denna individnivå krävs att man drar en gräns mellan det normala och det avvikande. Som framgår av resonemanget är det ofta inte möjligt.

Diskussioner om fenomen på gruppnivå kräver inte uppdelning i normalt och avvikande. Det finns uppenbart ett kontinuum för de flesta fenomen. Några har aldrig huvudvärk, några har det ofta, andra varje dag och ett fåtal har huvudvärk hela dagarna. Om förekomsten av huvudvärk över hela detta spektrum ökar, då kan det ganska entydigt tolkas som att något i människors tillvaro har försämrats. Det blir inte längre avgörande om det är huvudvärk varje dag eller en gång i månaden som har ökat.

De fenomen som diskuteras i denna utredning har vanligen denna kontinuerliga karaktär och diskussionen gäller ungdomsgruppen som helhet. Därför finns inget egentligt behov av att göra uppdelning i normalt och avvikande. Den statistik som finns tillgänglig presenteras dock till stor del på detta sätt. Därför krävs en diskussion om de begrepp som används.

Avgränsning mellan avvikande tillstånd och sjukdom

Utredningen använder statistik som beskriver förekomst av olika sjukdomar. Det är därför motiverat att diskutera skillnader mellan "onormala" psykiska tillstånd och psykisk sjukdom. Avgränsningen är inte given. Den internationella diagnosklassifikation av sjukdomar och hälsoproblem som används i Sverige, ICD 10 (32), behandlar i kapitel 5 psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar och i kapitel 18 symptom. Kopplat till förteckningen i kapitel 5 finns en allmänt använd manual, DSM-IV (33) som anger kriterier för

olika diagnoser. I kapitel 5 ingår diagnoser som schizofreni, depression, ADHD och matvägran hos spädbarn och barn. I kapitel 18 ingå exempelvis huvudvärk. Allmänt använda kriterier saknas för de diagnoser som behandlas i kapitel 18.

De tillstånd som är upptagna i kapitel 5 är således mer väldefinierade än tillstånden i kapitel 18. De är dessutom ofta allvarligare. Uppdelningen efter de två kapitlen skulle därför kunna tjäna som grund för att skilja mellan "onormala" psykiska tillstånd och psykisk sjukdom. Dock betecknas endast en del av tillstånden i kapitel 5 som sjukdom. Återstoden anges som syndrom eller beteendestörningar. Det finns således inga tydliga kriterier som gör det möjligt att skilja mellan psykiska problem och problem som kan betecknas som sjukdom.

Psykisk hälsa

I direktiven för utredningen används begreppet "psykisk hälsa". Målet för folkhälsoinsatser brukar också beskrivas i positiva termer, att främja "hälsa", snarare än det motsatta, att motverka "ohälsa". WHO:s definition av hälsa från 1948 är exempelvis formulerat i sådana positiva termer. Det är således vanligt att använda det positiva begreppet "hälsa" istället för det negativa "ohälsa". Förklaringen är troligen att negativa beteckningar är mindre attraktiva och därför brukar undvikas. Det finns dock betydande problem med att använda ett positivt hälsobegrepp då utvecklingen ska analyseras och insatser utformas.

Ordet "hälsa" kommer från fornsvenskan *hælsa*, som bildats från *hel*, *hæl* "lycka", ett ord som är besläktat med *hel* (Nationalencyklopedin). Ett liv med "hälsa" är således liktydigt med ett "lyckligt" eller ett "gott" liv. Ett gott liv är ett mycket vidare begrepp än avsaknad av hälsoproblem. Problemet uppstår när samhällliga insatser ska utformas för att främja hälsa/lycka, dvs. ett "gott" liv". En enskild individ kan ha en tydlig bild av vad hon eller han menar med ett sådant "gott" liv. I ett modernt pluralistiskt samhälle finns det dock olika uppfattningar om vad det goda/lyckliga livet innebär. En person kan betona personlig upplevelse av lycka, en annan möjlighet till personligt inflytande, en tredje att bli uppskattad av andra människor, en fjärde möjlighet att realisera andliga värden osv.

Eftersom innebörden av ”det goda livet” och därigenom ”hälsa” varierar är det svårt att utforma ett gemensamt samhälleligt program. Den möjlighet som finns är att skapa *förutsättningar* för människor att genomföra sina olika livsprojekt (34, 35). Denna syn avspeglas i det övergripande målet för folkhälsopolitiken som är att ”skapa samhälleliga *förutsättningar* (min kursivering) för en god hälsa” (3). En del i detta är att söka undanröja ohälsa eftersom ohälsa utgör hinder både för enskilda individer och för samhället som helhet. Hälsa är således en av flera förutsättningar för ett önskvärt liv, men det är inte ett mål i sig (36).

Det är således problematiskt att i praktiken använda ett positivt hälsobegrepp. Därför används inte det positiva hälsobegreppet i denna framställning. I texten förekommer dock ordet ”hälsa”. Innebörden är endast avsaknad av hälsoproblem. Det är vanligt att göra så i texter om hälsofrågor. Skälet är endast att göra texten mer lättläst.

Den medicinska definitionen av begreppet stress

En medicinsk definition av ”stress” används inte i denna utredning. Detta begrepp har dock använts så länge (Selye introducerade det år 1936) att det har påverkat våra föreställningar om stress. Därför är det motiverat utveckla den kortfattade diskussionen om begreppet som finns i kapitel 1.

Enligt Selye uppfattas stress som fysiologiska anpassningsreaktioner på fysiska och mentala påfrestningar (37). Dessa reaktioner är normalt ändamålsenliga och ökar individens chanser till att klara en påfrestning. Därför används inom denna tradition begreppet ”positiv stress” för att beteckna påfrestningar som individen klarar av. Det är först när påfrestningarna blir så stora och så långvariga att individen inte kan hantera dem som stressen blir skadlig. Beteckningen ”negativ stress” brukar då användas.

Att mindre påfrestningar betecknas som positiva bygger på erfarenheten av kroppens förmåga till anpassning, t.ex. vid fysisk ansträngning. Om en otränad individ anstränger sig på gränsen till den egna förmågan uppstår lätt skador. Om individen däremot utsätter sig för gradvis ökande påfrestningar utvecklas muskler och senor. Rörelserna blir också mer koordinerade och därigenom mer ändamålsenliga. Dessa förändringar leder till att en tränad individ kan klara större belastning än en otränad person. Träningen kan

individerna uppleva som arbetsam, hon blir trött, hon kan få värk och hela träningen kan väcka starkt motstånd. Trots dessa negativa upplevelser kan resultatet bli att hon klarar nya belastningar avsevärt bättre. Motsvarande gäller för psykologiska påfrestningar. Den omedelbara upplevelsen kan vara negativ men effekten på sikt kan bli att individen klarar nya påfrestningar bättre än tidigare. Det är särskilt tydligt när en individ ska lösa mentala problem som exempelvis uppgifter i skolan. Om uppgifterna är svåra klarar hon inte alla uppgifter direkt men med övning går det allt bättre. Liknande gäller i sociala situationer. Den som varit med om konflikter kamrater emellan ett antal gånger lär sig sätt att hantera situationer då alla inte är överens.

Både fysiska och psykiska påfrestningar leder till kroppsliga och mentala reaktioner som förbereder individen för ökad ansträngning, antingen i form av kamp eller flykt. Kroppens insöndring av adrenalin- och kortisolhormon ("stresshormoner") ökar, puls och blodtrycket stiger, musklerna blir mer spända, andningen ökar och det kan kännas som kramp i magen. Reaktionen är ofta ändamålsenlig, särskilt om problemet går att möta med ökad kroppslig ansträngning. Om en människa ska förbereda sig för fysisk kamp är det ändamålsenligt att musklerna spänns för att snabbt kunna reagera med full kraft. Det är viktigt att huvudet fixeras. Därför spänns musklerna i nacken. Vid många av de svårigheter som människor i dag möter har dock kroppens reaktioner begränsat värde och kan istället enbart ge besvär. Blir muskelspänningen i nacken långvarig registreras den som huvudvärk. Reaktioner med ökad hjärtfrekvens registreras som hjärtklappning och ökad andning som lufthunger.

Om påfrestningen blir långvarig kan de kroppsliga reaktionerna kvarstå även efter det att påfrestningen har avlägsnats. Huvudvärk och magvärk kan finnas kvar, utan att det finns någon direkt relation till en påfrestning. Sömnen kan bli störd liksom regleringen av kroppsliga funktioner som insöndring av kortisolhormoner och regleringen av blodtryck. Exempelvis kan dygnsvariationer i insöndring av kortisolhormon förändras (38). Sådana störningar kan på sikt öka risken för olika former av sjuklighet (39). Aktuella studier tyder på att stress accelererar individens åldrande (40). De mekanismer som förmedlar effekten av stress på åldrande är dock delvis oklara (41).

Orsaker till stress och psykisk ohälsa

Påfrestningar och psykisk ohälsa

Människor reagerar på förändringar. Medför förändringen något negativt, eller hot om något negativt, upplevs den som en påfrestning. Ett exempel är försämrad ekonomi. En förändring betyder mer än den faktiska nivån som människor lever med. Som biologiska varelser reagerar vi genomgående på förändring snarare än på den absoluta nivån. Vi reagerar på ett ljud som plötsligt blir starkare eller svagare utan att kanske ens vara medvetna om att ljudet finns när det inte förändras. En upplevelse av en påfrestning innebär således vanligen att något har förändrats.

En akut påfrestning leder till mentala reaktioner. Uppmärksamheten fokuseras på det aktuella problemet, andra intryck träder i bakgrunden och den mentala beredskapen för att möta faror ökar. Om en påfrestning blir långvarig kan förändringar kvarstå, även efter det att problemet avlägsnats. Individen kan då reagera överdrivet kraftigt på olika signaler som lätt uppfattas som hotande, individen kan bli irriterad, kan ha svårt att koncentrera sig på nya uppgifter och kan känna sig allmänt illa till mods. Sömnen kan bli störd och aptiten kan öka eller minska.

I ett stort antal studier har samband påvisats mellan upprepade negativa livshändelser och risken för psykisk ohälsa både under uppväxtåren och senare i livet (42–46). Sambanden mellan påfrestningar och olika former av psykisk ohälsa är vanligen *ospecifika* (47). Att sambanden är ospecifika innebär att en given påfrestning, exempelvis i form av konflikter i familjen, både kan resultera i inåtvända problem som ångest och oro och i utagerande beteendeproblem. Sambanden är också relativt svaga, särskilt när analyserna endast gäller betydelsen av en enda påfrestning. Tre studier får illustrera detta förhållande.

Att vistas i fängelse innebär helt uppenbart en påfrestning. Under inbördeskriget i Grekland åren 1946–1949 tvingades en grupp barn att bo i fängelse under flera år. Barnens psykiska hälsa undersöktes senare i vuxen ålder. Psykiska problem visade sig *inte* vara vanligare i denna grupp än i en annan jämförbar grupp som inte bott i fängelse (48). Barnen vistades i fängelse tillsammans med sina mödrar. Det är möjligt att kontakten med mödrarna under fängelsetiden var tillräcklig för att skydda barnen.

I en annan studie från samma tidsperiod skildes barnen från föräldrarna. Studien gällde de finska barn som under andra världskriget rycktes upp från sina föräldrahem och under en tid placerades i svenska fosterhem (49). I vuxen ålder uppvisade inte heller denna grupp mer psykiska problem än andra jämförbara grupper av finska barn som fått bo kvar hos sina föräldrar.

Om barn växer upp i familjer där föräldrarna separerar medför detta uppenbart en påfrestning. Efter några år förefaller dock skilsmässan inte påverka risken för psykiska problem (50).

Det finns således samband mellan påfrestningar och utveckling av psykiska problem men sambanden är inte enkla.

Interaktion mellan faktorer och ansamlad risk

Olika faktorer i ungdomars levnadsmiljö interagerar med varandra och med individuella egenskaper. Exempelvis kan bristande ekonomiska resurser ha betydande effekter på en ung människa om hon samtidigt är arbetslös och har konflikter med föräldrarna. Däremot skulle hon kunna klara problemen om hon inte behövt möta dem vid ett och samma tillfälle (51).

Om en individ vid upprepade tillfällen under uppväxten måste klara ett flertal svårigheter, då ökar risken för psykiska problem (52). Den samlade bördans omfattning har således avgörande betydelse (53).

Det är troligt att en viss typ av svårigheter främst har effekt på individer med vissa anlag kombinerat med specifika tidiga erfarenheter (54, 55). Den forskning som bedrivs inom psykologi och folkhälsovetenskap tar dock i allmänhet inte hänsyn till interaktioner mellan faktorer. Ett viktigt skäl är att det är svårt att hantera interaktion med de statistiska analysmetoder som används, vanligen olika former av regressionsanalys. Ansatser finns dock till att analysera samband som tar hänsyn till interaktioner (56). Resultat från det fåtal studier som har presenterats är dock svåra att använda i denna utredning där tyngdpunkten i uppdraget ligger vid att beskriva psykiska problem i ungdomsgruppen som helhet.

Psykiska symptom är adaptativa

Psykiska symptom kan uppträda efter påfrestningar. Psykiska symptom är obehagliga. Människan strävar vanligen efter att undvika obehag. Det kan då förefalla motsägelsefullt att psykiska symptom är påfallande vanliga. Om människor strävar efter att undvika symptom borde det inte vara så. För att förstå denna skenbara motsägelse kan man lägga ett utvecklingsbiologiskt perspektiv på frågan.

En enskild människa tenderar att reagera på liknande sätt vid olika påfrestningar. En del blir lätt nedstämda, några blir aggressiva medan andra blir nervösa, osv. Sättet att reagera kan beskrivas som människans temperament. Temperamentet är till väsentlig del genetiskt bestämt (57). Om vissa sätt att reagera finns kvar i befolkningen, generation efter generation, trots att de är obehagliga, måste de ha haft ett värde för vår överlevnad som art (58). Under utvecklingens lopp har människor levt med mängder av faror. En enda missbedömning kunde räcka för att dö. De som var gladlynta och obekymrade riskerade att dö i större omfattning innan de fått barn, jämfört med dem som var ängsliga och försiktiga. Detta talar för en selektion av människor som lätt blir rädda. En studie, där man följt människor från barndomen till hög ålder, visar också att människor som är försiktiga och inte är påtagligt gladlynta lever längre, även efter kontroll för ett flertal andra förklaringar (59). I dag är det knappast ändamålsenligt att lätt bli rädd eftersom tillvaron i höginkomstländer är säkrare än den någonsin varit. Vår tendens till att reagera med oro finns dock kvar.

Värdet av att bli nedstämd och deprimerad är inte lika uppenbart eftersom det inte ökar individens omedelbara chanser att överleva. Känslan kommer när individen misslyckats eller förlorat något, dvs. i situationer som kräver omorientering. Att fortsätta som vanligt efter konflikter med en vän eller efter att ha misslyckats med ett prov är definitivt inte ändamålsenligt. Så kan det inte heller ha varit i motsvarande situationer tidigare i människans historia. Nedstämdheten har därför ett värde därför att den driver fram en omorientering (60). Tillvaron ändras i dag i snabbare takt än tidigare. En rimlig följd är att människor oftare måste omorientera sig. Detta kan leda till att människor får fler perioder då de är nedstämda. En del perioder med depressiva tendenser kan därför vara ändamålsenliga. Uppenbart finns det dock även depressiva tillstånd som är så djupa att de inte kan förklaras på detta sätt.

Det går således att se en evolutionär grund för oro, ångest, spänningstillstånd och depression. Däremot är det inte troligt att känslan av att vara nöjd och uppleva lycka har haft ett överlevnadsvärde. Den ovan refererade studien tydde snarast på motsatsen (59). I dag uppfattar dock många att ett av livets mål är att vara lycklig (61). Detta är problematiskt om våra medfödda anlag gör att vi snarare har lätt för att känna oss oroliga och nedstämda.

Vårt språk visar också på dilemmat. Vi har avsevärt fler uttryck för negativa känslor som sorg, ilska, missmod, trötthet, oro, ångest etc. än vi har för att beskriva positiva känslor som lycka och glädje (62). Detta kan tala för att vår potential för negativa känslor är större än vår potential för positiva känslor. I medierna får olyckor och hot stort utrymme. Trots att vi värderar känslor av lycka förefaller således vår tendens till negativa känslor inte sällan att ta överhanden.

Faktiska och upplevda påfrestningar

Effekter av subjektivt upplevda påfrestningar går att påvisa med objektiva metoder. Ett exempel är en studie av cortisolnivåer på ungdomar som ska klara prov i skolan (63). Det finns dock mycket få publicerade studier av denna typ. Det går därför inte att analysera utredningens frågeställningar med hjälp av sådana undersökningar.

Det finns inga enkla samband mellan faktiska villkor och upplevelse av påfrestning. Det finns en omfattande litteratur kring människors upplevelser av risk (64). Den visar att människors upplevelser skiljer sig från den faktiska risken. Exempelvis underskattas risken för välbekanta fenomen medan risken för nya mindre kända företeelser överskattas. Risken vid att köra bil underskattas medan risken vid flygresor överskattas.

Upplevelsen av en påfrestning innefattar en värdering av vad som kan förväntas, som inte är knuten till de objektiva villkoren. Ett exempel får illustrera detta förhållande. Kvinnor i Indien är utsatta för avsevärt mer påfrestningar och drabbas av fler sjukdomar jämfört med kvinnor i USA. Trots detta är det 10 gånger fler kvinnor i USA som anger att de har problem med hälsan jämfört med kvinnor i Bihar (65). Förväntningarna i USA är avsevärt högre. De faktiska villkoren och de upplevda påfrestningarna skiljer sig således åt.

I denna utredning ska utveckling av levnadsförhållanden relateras till psykisk hälsa. Det innebär att fokus ligger vid förändring över

tid. Då tillkommer ett ytterligare problem eftersom förväntningarna kan förändras över tid. SCB:s ULF-undersökningar exemplifierar detta. Studien visar att andelen ungdomar som anger att de utsatts för gatuvåld eller hot under det senaste året har varit oförändrad under de senaste 20 åren (14). Enligt samma undersökning har däremot andelen ungdomar som anger att de avstått från att gå ut på kvällen av rädsla för att bli utsatt för våld fördubblats. En rimlig tolkning är att ungdomars förväntningar om säkerhet har förändrats, oberoende av den faktiska säkerheten.

Objektiva villkor och upplevda villkor är således två skilda fenomen. Det finns två skäl som talar för att utgå från objektiva villkor. 1) Det finns avsevärt mer jämförbara uppgifter över tid om objektiva villkor än om upplevelser av dessa villkor. 2) Om de objektiva villkoren har försämrats är det rimligt att överväga åtgärder. Åtgärder mot upplevda förändringar, som saknar objektiv grund är däremot problematiska. Om staten skulle försöka påverka ungdomars upplevelser av livsbetingelserna, utan att de faktiska förhållandena ändrades, bör det uppfattas som manipulativt.

Metoder för att fastställa samband

Kunskapssyn

Kunskap om betydelsen av olika påfrestningar, förmågor och skyddsfaktorer kan fastställas med olika grad av säkerhet. Det finns olika traditioner för att bedöma samband. Den humanistiska forskningen närmar sig frågan på ett sätt som skiljer den från den naturvetenskapliga traditionen. Inom humanistisk forskning, exempelvis inom litteraturvetenskap, ligger intresset ofta vid att undersöka och förstå det unika i ett specifikt fenomen, exempelvis i ett författarskap. Frågan om säkerhet i ett påstående handlar då om påståenden om det enskilda unika fenomenet. Inom naturvetenskapen, däremot, ligger huvudintresset vid att beskriva generella mönster. De påståenden som presenteras gäller samband som ska vara giltiga oavsett tid och plats.

Det är möjligt att närma sig frågor om stress och psykisk ohälsa från båda dessa vetenskapliga traditioner. Inom ämnet idéhistoria har forskare analyserat hur hälsa och ohälsa har uppfattats under olika tidsepoker (31). Ungdomsforskare har studerat ungdomars livsstilar och försökt förklara olika uttryck (66). Sådan humanistisk

forskning är värdefull för att förstå olika fenomen som rör barn, ungdom och stress. Dock har den begränsat värde för att fastslå om en viss faktor verkligen kan förklara en utveckling. Den kan inte heller användas för att klargöra vilka insatser som har effekt.

Den naturvetenskapliga traditionen har tydliga försteg för att klargöra de frågor som kommittédirektiven föreskriver. Denna tradition kan använda den omfattande internationella forskningen som finns om påfrestningar och psykisk ohälsa och den kan även användas för att ge förslag till åtgärder. Texten utgår därför till stor del från den naturvetenskapliga tradition som utvecklats inom medicin, psykologi och sociologi.

Inom den naturvetenskapliga traditionen formuleras hypoteser om samband som sedan prövas i empiriska studier. Syftet med de empiriska studierna är inte i första hand att ”bevisa” olika samband utan istället att försöka påvisa om hypotesen är ohållbar (falsifiera hypotesen). Detta innebär att det finns en grundläggande skeptisk inställning till olika teorier. En teori kan vara intressant men den kan bara accepteras om den visat sig kunna motstå upprepade försök till motbevis. Denna hållning har konsekvenser för framställningen i denna utredning.

I den litteratur som behandlar psykiska fenomen i allmänhet och psykiska problem i synnerhet presenteras ofta tolkningar av olika fenomen. Tolkningar är ändamålsenliga om man söker förklaring till varför en viss individ vid en viss tidpunkt har ett problem. Tolkningar kan också användas för att formulera en generell hypotes om ett fenomen. Det avgörande är dock inte hur rimlig hypotesen kan förefalla vara utan om hypotesen kritiskt har prövats i väl genomförda studier. Vid det naturvetenskapliga sättet förskjuts således intresset från formulering av olika hypoteser till de studier där hypoteserna kritiskt har prövats. För en läsare som är förtrogen med andra typer av texter kan framställningen därför förefalla torftig eftersom tolkningar av olika fenomen får begränsat utrymme. Argumentet för att utgå från den naturvetenskapliga traditionen är att de påståenden som presenteras har högre säkerhet.

Säkerhet

Sedan 1990-talet har det inom den naturvetenskapliga traditionen inom hälsoområdet utvecklats praxis för att värdera säkerheten i de vetenskapliga studier som används för att bedöma olika påståenden

om hälsa, behandling av hälsoproblem och för förebyggande insatser. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillämpar denna praxis. SBU särskiljer tre grader av säkerhet, baserade på bevisvärdet för de studier som används som underlag för ett påstående.

Väl utförda experiment kan med god säkerhet klargöra om en viss faktor eller en viss insats verkligen har den effekt som förväntas. Exempelvis, om unga människor får tillgång till en pedagogisk metod som ska förbättra deras förmåga att känna igen och tolka känslor krävs att denna förmåga mäts före och efter försöket. Om ungdomarnas förmågor förbättras är det dock inte säkert att detta beror på den metod som använts. Ungdomars förmågor brukar allmänt utvecklas med tiden. Därför krävs jämförelser med en kontrollgrupp som inte fått ta del av metoden.

Det är viktigt att kontrollgruppen är så lik försöksgruppen som möjligt. Annars finns risk för att skillnader grupperna emellan beror på sådana egenskaper. Exempelvis, om försöksgruppen består av elever som frivilligt anmält sig till att delta, och kontrollgruppen består av de elever som avstått, då är elevgrupperna definitivt olika. De som valt att delta är uppenbart mer motiverade. Högst bevisvärde har därför kontrollerade experiment med slumpvis fördelning av individer mellan olika försöksgrupper (ofta förkortat RCT efter det engelskspråkiga uttrycket).

Självfallet är det inte möjligt att studera alla frågor i experiment. Det går dock ofta att göra systematiska observationer. S.k. *longitudinella studier* (kohortstudier) där uppgifter registrerats vid upprepade tillfällen ger relativt god säkerhet om man tagit hänsyn till betydelsen av de olika faktorer som kan påverka resultatet (s.k. *konfounders*).

En stor del av alla studier som publiceras är av *tvärsnittstyp*. Det innebär att uppgifter om den faktor man vill undersöka, exempelvis betydelsen av kamratrelationer, och det resultat man är intresserad av, exempelvis psykisk ohälsa, har registrerats vid samma tillfälle. Dessa studier har mycket lågt bevisvärde. Om ett samband påvisas mellan goda kamratrelationer och låg förekomst av psykisk ohälsa kan sambandet tolkas på två sätt. Den ena tolkningen är att goda kamratrelationer leder till mindre psykiska problem. Det är dock lika möjligt att låg förekomst av psykiska problem leder till goda kamratrelationer. Om utvecklingen över tid ska förklaras, eller åtgärder utformas, är det avgörande att känna till vilken tolkning som är den troliga. Tvärsnittsstudier är relativt billiga att genomföra och kan därför användas för en första orienterande undersök-

ning av en fråga. Hypoteser kan sedan prövas i studier med högre kvalitet.

Det är önskvärt att grunda alla påståenden på flera studier som har identifierats vid systematiska sökningar i databaser som indexerar vetenskaplig litteratur där den intresserade läsaren får tillgång till de nyckelord som har använts vid sökningen. Skälet är att referat av litteratur kan spegla författarens förförståelse av fenomen snarare än den litteratur som har publicerats. Detta ideal har delvis gått att tillämpa, främst i avsnitt om åtgärder där texter i frågorna presenteras i det uppslagsverk om barn och ungas hälsa som finns på Statens folkhälsoinstituts webbplats. Där redovisas även litteratursökningarna.

Mot bakgrund av dessa överväganden grundas uttalanden om olika faktorer betydelse på den typ av studie som varit utgångspunkt för uttalandet. Kontrollerade försök ger högst säkerhet, följt av longitudinella studier. Utredningen använder samma indelning av bevisstyrka som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Indelningen är följande:

Bestämningsfaktorer

- 1) God säkerhet. Betydelsen av bestämningsfaktorn är påvisad i minst två longitudinella studier, fallkontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier. Bortfallet i studierna är inte påtagligt och kontroll för viktiga konfounders (störande faktorer) har skett.
- 2) Måttlig säkerhet. Minst två studier enligt 1) men utan att alla villkor är uppfyllda eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.
- 3) Visst stöd. Enstaka välgjorda tidsserier, fallstudier, longitudinella studier, fallkontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.
- 4) Oklart stöd. Andra studier, inklusive tvärsnittsstudier.

Metoder för att påverka ett problem eller en bestämningsfaktor

- 1) God säkerhet. Värdet av metoden påvisad i minst två randomiserade kontrollerade studier utan påtagligt bortfall, där kontroll och experimentgrupper är jämförbara, eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.
- 2) Måttlig säkerhet. Minst två randomiserade kontrollerade studier enligt 1) men utan att alla villkor är uppfyllda. Alternativt minst

två longitudinella studier, fallkontrollstudier, kontrollerade experiment utan randomisering eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier. Bortfallet i studierna är inte påtagligt och kontroll för viktiga konfounders har skett.

- 3) Visst stöd. Enstaka tidsserier, kohortstudier, fallkontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.
- 4) Oklart stöd. Andra studier, inklusive tvärsnittsstudier.

Effektstorlek

Ofta är det inte tillräckligt att konstatera att en insats ger en effekt som är statistiskt säkerställd. För att insatsen skall vara praktiskt användbar krävs också att effekten är tillräckligt stor. Storleken på effekten beräknas ofta uttryckt i ett statistiskt mått, standardavvikelse (SD). En statistiker har utvecklat en allmänt använd tumregel för att värdera storleken av en effekt (67). Om den är mindre än 0,2 SD anses den som betydelselös, 0,2–0,5 SD som liten, 0,5–0,8 som måttlig, och 0,8 eller större som stor. Kostnaderna för en insats är också betydelsefull. Det innebär att en insats som ger små effekter ändå kan vara praktiskt användbar om kostnaden är liten och insatsen når många (68). Det omvända gäller självfallet också. Cohens tumregler tar dock inte hänsyn till kostnaderna.

3 Utveckling av stressrelaterade symptom och psykisk ohälsa

Sammanfattning

Psykiska problem har blivit avsevärt vanligare bland ungdomar under de senaste två decennierna. I SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden angav år 1989 9 procent av kvinnor i åldern 16–24 år att de hade besvär av ängslan, oro eller ångest. Sexton år senare år 2005 är det tre gånger fler, 30 procent, som har sådana problem.

Det finns sex svenska studier där jämförbara grupper av ungdomar i åldern 15–24 år tillfrågats vid upprepade tillfällen på samma sätt om olika former av psykiska besvär. Undersökningarna har genomförts under perioden 1980–2005. Samtliga studier visar på ökade besvär i form av oro och nedstämdhet, sömnbesvär och trötthet samt anspänning och värk. Sådana besvär har ökat även i befolkningen i stort men ökningen är mest uttalad i åldern 16–24 år och ökningen saknas helt för de äldsta.

Under de senaste decennierna har antalet vårdtillfällen inom den psykiatriska slutenvården minskat. Man kan därför vänta sig att minskningen också skulle gälla för ungdomar. Bilden är dock den motsatta. Fler ungdomar sjukhusvårdas för depression och ångest. Under perioden 1980–2003 ökar antalet vårdtillfällen för flickor i åldern 15–19 år med dessa problem åtta gånger. Det har också blivit vanligare att pojkar i samma ålder och att ungdomar i åldern 20–24 år sjukhusvårdas för depression och ångest. Slutenvårdsstatistiken tyder däremot inte på att schizofreni har blivit vanligare i ungdomsgruppen.

I ungdomsgruppen har förekomsten av självmord i stort sett varit oförändrad under perioden 1980–2004. I åldrarna över 24 år har däremot självmord blivit mindre vanliga.

En stor del av alla stressrelaterade symptom är vanligare bland flickor och kvinnor jämfört med pojkar och män. Ökningen under de senaste decennierna har dock skett i samma takt för de båda könen. Självmord har hela tiden varit vanligare bland män.

I hela befolkningen är stressrelaterade symptom vanligare bland utrikes födda jämfört med personer födda i Sverige. Sådana besvär är också vanligare bland icke facklärd arbetare jämfört med högre tjänstemän. Under de senaste 20 åren har ökningen i alla dessa grupper gått i ungefär samma takt.

Psykiska besvär har ökat i ungdomsgruppen även i andra höginkomstländer. Ökningen förefaller vara fortsättningen på en trend med början redan efter andra världskrigets slut.

En studie av 15-åringar gör det möjligt att jämföra utvecklingen under de senaste decennierna i 11 länder i Europa. Under perioden 1986–2002 ökar förekomsten av besvär. Ökningen bland ungdomarna i Sverige är snabbare än i något annat av dessa 11 länder. År 2002 har ungdomar i Sverige också mer besvär än i de flesta av de 11 länderna.

Inledning

En av utredningens frågeställningar är att klargöra om stress och psykisk ohälsa har ökat. För att klargöra frågan har följande typer av studier analyserats, 1) svenska studier av utvecklingen av psykisk ohälsa som påbörjats före år 1980, 2) studier av självrapporterade besvär som påbörjats år 1980 eller senare, 3) uppgifter om sjukhusvård för psykiatriska diagnoser, 4) uppgifter om öppen psykiatrisk vård, 5) uppgifter om förbrukning av psykofarmaka, 6) uppgifter om självmord, 7) uppgifter om ungdomsbrottslighet samt 8) internationella studier. Dessutom diskuteras utvecklingen från ett könsperspektiv.

Studier av utvecklingen av psykisk ohälsa i Sverige som påbörjats före år 1980

Den svenska utvecklingen av psykisk ohälsa före 1980 har analyserats i fem studier. Äldst är den så kallade Lundbystudien. I den genomfördes psykiatriska intervjuer av alla personer som bodde i socknarna Dalby och Bonderup utanför Lund den 1 juli 1947 respektive 1 juli 1957 (69). Tillsammans utgör dessa två urval 3 563 individer. År 1972 och 1997 genomfördes uppföljningar av alla dessa individer. De som då var i livet intervjuades. Information om

de som avlidit insamlades från register samt genom intervjuer av närstående.

Inom ramen för låginkomstutredningen genomfördes en levnadsnivåundersökning år 1968. Undersökningen upprepades år 1974, 1981, 1991 och 2000 (70). Ett riksrepresentativt urval av den svenska vuxna befolkningen har intervjuats vid varje tillfälle. De första tre undersökningarna redovisas här. I dessa deltog omkring 5 500 personer (71).

I den tredje studien deltog alla flickor i årskurs 8 i Örebro (72). De fick fylla i frågeformulär om olika typer av psykiska problem år 1970 och år 1996. Båda åren deltog drygt 500 flickor.

I den fjärde studien undersöktes förekomsten av huvudvärk bland 7–15-åringar i Uppsala år 1997 (73). Drygt 1300 barn från slumpvis utvalda skolklasser deltog i studien. De fick fylla i frågeformulär tillsammans med en förälder. Studien var upplagd så att den blev jämförbar med en studie från Uppsala som genomfördes år 1955 med nästan 9 000 deltagare.

I den femte studien intervjuades föräldrar och lärare till 345 barn om olika avvikande beteenden i Östergötland år 1981 (74). I studien ingick barn som var 3, 6, 9, 12 och 15 år gamla. Barnen valdes ut slumpvis. I studien jämförs resultatet med en undersökning av 222 pojkar från en normalgrupp i åldern 8–16 år som var bosatta i Stockholm år 1954–1955.

Uppgifterna från dessa fem studier redovisas fördelat på fyra grupper av symptom, I Oro och nedstämdhet, II Sömnbesvär och trötthet, III Anspänning och värk samt IV Övriga besvär.

I Oro och nedstämdhet

Enligt Lundbystudien har inåtvända problem ökat mellan åren 1957 och 1972 (75). I studien undersöktes förekomst av neuros (inklusive ångest, depression och andra neuroser), karaktärsneuros, besvär av nervositet och besvär av oro. De flesta problem ökar i förekomst under perioden, både bland män och kvinnor och både i åldern 20–29 år och i hela åldersgruppen 20 år och äldre, se tabell 3.1.

Tabell 3.1 Procentandel med olika psykiska problem i åldersgruppen 20–29 år respektive i gruppen 20 år och äldre, åren 1957 och 1971

| Symptom | Andel med symptom efter kön, ålder och år (%) | | | | | | | |
|----------------------|---|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | Män | | | | Kvinnor | | | |
| | 20–29 år | | 20+ år | | 20–29 år | | 20+ år | |
| | 1957 (n=170) | 1972 (n=209) | 1957 (n=950) | 1972 (n=1017) | 1957 (n=149) | 1972 (n=211) | 1957 (n=897) | 1972 (n=1019) |
| Neuros | 2 | 5 | 2 | 7 | 5 | 8 | 7 | 12 |
| Karaktärs- neuros | 2 | 7 | 1 | 6 | 2 | 13 | 2 | 12 |
| Nervositet | 13 | 13 | 10 | 15 | 16 | 23 | 26 | 29 |
| Oro | 4 | 8 | 6 | 13 | 12 | 15 | 21 | 24 |
| Trötthet | 2 | 7 | 5 | 15 | 5 | 12 | 14 | 22 |
| Huvudvärk | 5 | 6 | 8 | 4 | 14 | 16 | 14 | 9 |

Källa: Lundbystudien (75).

Enligt levnadsnivåundersökningarna minskade andelen 15–29-åringar med nervösa besvär från 13,3 procent år 1968 till 11,8 procent år 1974 och 7,7 procent år 1981 (76). Andelen med djup nedstämdhet var omkring 4–6 procent och förändrades inte under perioden.

I Örebrostudien konstaterades ingen förändring i förekomst av känslomässiga problem mellan undersökningen av flickor i årskurs 8 år 1970 och år 1996 (72). Tretton frågor i frågeformuläret ansågs tillsammans avspegla känslomässiga problem. Där ingick bland annat frågor om nedstämdhet, oro, mardrömmar, ensamhet, ilska och självmordstankar.

II Sömnbesvär och trötthet

Lundbystudien tyder på att besvär av trötthet ökade mellan 1957 och 1972 (75), se tabell 3.1. Under perioden 1968–1981 låg andelen 20–29-åringar med sömnbesvär och allmän trötthet still runt 5–7 respektive 18–23 procent, enligt levnadsnivåundersökningarna (76).

III Anspänning och värk

I Lundbystudien konstaterades ingen säkerställd förändring av andel med huvudvärk bland 20–29-åringar mellan 1957 och 1972 (75).

Huvudvärk ökade bland 7–15-åringar i Uppsala mellan åren 1955 och 1997 (73). Andelen som angav att de hade migrän ökade från 4 procent till 7 procent. Andelen som inte hade någon huvudvärk alls minskade från 41 procent till 16 procent.

I Örebrostudien konstaterades ingen förändring i förekomst av fysiska problem mellan undersökningen av flickor i årskurs 8 år 1970 och år 1996 (72). Tretton frågor i frågeformuläret ansågs avspegla fysiska problem. Där ingick bland annat frågor om huvudvärk, nagelbitning, rastlöshet och sömnsvårigheter.

IV Övriga besvär

Två studier tyder på att måttliga utagerande besvär kan ha blivit vanligare. I studien från Östergötland konstaterades en högre förekomst år 1981 av vad man kallar måttliga symptom jämfört med den ursprungliga studien från år 1955 (74). Till dessa symptom räknades trots, aggressivitet, uppmärksamhetssökande och förstörelselusta. Några mer exakta uppgifter om dessa problems storleksordning redovisas dock inte i det publicerade arbetet. Andelen barn med mer uttalade utagerande problem var relativt oförändrad mellan de två åren.

I Örebrostudien ökade andelen flickor i årskurs 8 med antisociala problem från 11 till 15 procent mellan undersökningarna år 1970 och år 1996 (72).

Studier av självrapporterade besvär som påbörjats år 1980 eller senare

Sedan omkring år 1980 har det genomförts ett stort antal undersökningar där ungdomar fått ange om de har symptom på stress och psykisk ohälsa. För att klargöra om någon förändring skett över tid krävs att samma undersökningsmetod använts vid upprepade tillfällen under perioden. Sex studier ger sådan information: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), Skolbarns hälsovanor, Ung i Värmland, Q90-undersökningarna i Göteborgsområdet, undersökningar i Stockholms län samt undersökningar i Östergötland.

Uppgifterna inom varje enskild studie presenteras fördelade på fyra grupper av symptom, I Oro och nedstämdhet, II Sömnbesvär och trötthet, III Anspänning och värk samt IV Övriga besvär.

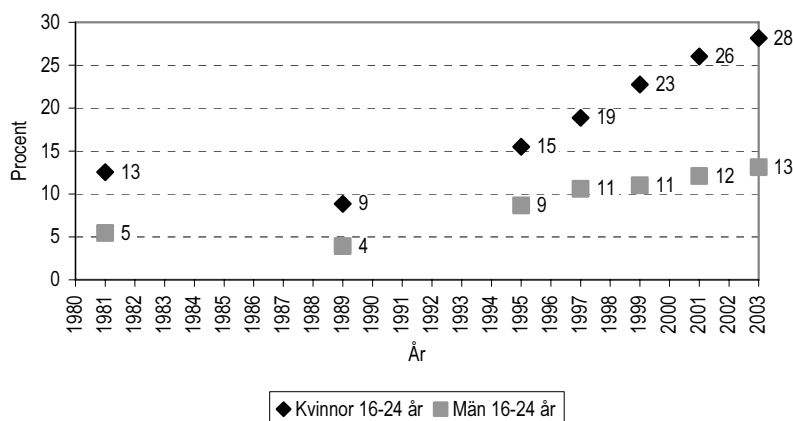
Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF)

I Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) genomför Statistiska centralbyrån (SCB) varje år besöksintervjuer med omkring 7 500 personer (14). Den första undersökningen genomfördes redan år 1975. Urvalet är slumpmässigt och representativt för befolkningen 16–84 år. I denna studie går det att särskilja åldersgruppen 16–24 år. I det följande presenteras representativa uppgifter från var och en av de fyra grupperna av symptom.

I Oro och nedstämdhet

Undersökningarna visar att andelen 16–24-åringar med besvär av ängslan, oro eller ångest har ökat. Ökningen påbörjades någon gång mellan undersökningarna år 1988/89 och år 1994/95. Ökningen har därefter fortsatt. Utvecklingen har inneburit en tredubbling av andelen med besvär, se figur 3.1.

Figur 3.1 Andel som har besvär av ängslan, oro eller ångest bland kvinnor och män i åldern 16–24 år, 1980/81–2002/03



Källa: ULF.

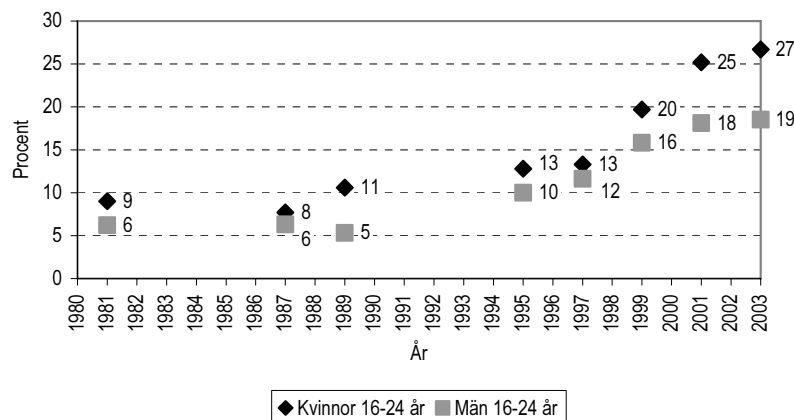
Andelen av de drabbade som har svåra besvär är lägre och utvecklingsmönstret otydligare. Det övergripande mönstret liknar dock förändringarna av andelen med besvär i stort.

I den publicerade statistiken saknas redovisning av förekomst av problem bland olika särgrupper av ungdomar. Dock finns uppgifter om fördelningen i den vuxna befolkningen som helhet år 2005. Risken för denna typ av problem var för utrikes födda män 2,1 gånger högre än för svenskfödda män med två inrikes födda föräldrar. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,1 gånger högre risk. Risken för denna typ av problem var för manliga icke facklärd arbetare 2,1 gånger högre än för högre tjänstemän. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,6 gånger högre risk. Män bosatta i Stockholm hade en 1,5 gånger högre risk för problem jämfört med män i norra glesbygden. För kvinnor fanns ingen riskökning. Uppgifter finns också för år 1980. Risken för denna typ av problem var då för utrikes födda män 1,9 gånger högre än för svenskfödda män med två inrikes födda föräldrar. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,3 gånger högre risk. Risken för denna typ av problem var för manliga icke facklärd arbetare 1,9 gånger högre än för högre tjänstemän. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,8 gånger högre risk.

II Sömnbesvär och trötthet

Både andelen 16–24-åringar som har haft besvär med sömnen och andelen som känner sig trötta under såväl morgnar, dagar och kvällar har ökat. Andelen ungdomar i åldern 16–24 år som har haft problem med sömnen ökade något fram till 1996/97. Sedan 1996/97 har ökningen varit snabb. Utvecklingen har som helhet inneburit omkring en tredubbling av andelen med besvär jämfört med slutet av 1980-talet, se figur 3.2.

Figur 3.2 Andel som har haft besvär med sömnen under de senaste två veckorna bland kvinnor och män i åldern 16–24 år, 1980/81–2002/03



Källa: ULF.

Risken för denna typ av problem var i hela den vuxna befolkningen år 2005 för utrikes födda män 1,3 gånger högre än för svenskfödda män med två inrikes födda föräldrar. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,2 gånger högre risk. Risken för denna typ av problem var för manliga icke facklärd arbetare 1,5 gånger högre än för högre tjänstemän. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,3 gånger högre risk. Män och kvinnor bosatta i Stockholm hade ingen riskökning jämfört personer bosatta i norra glesbygden.

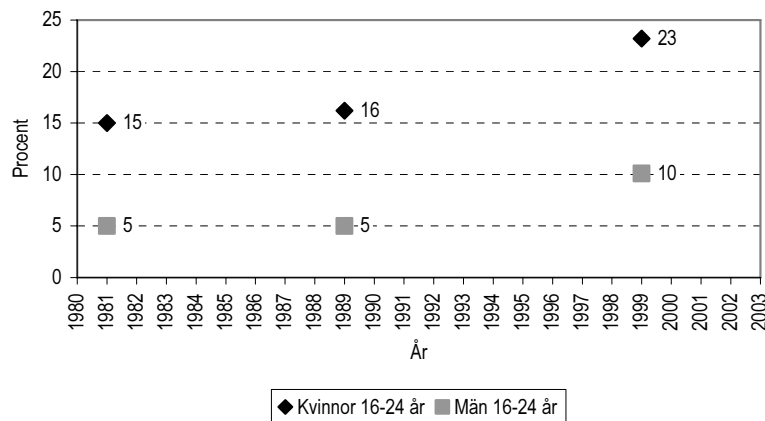
Uppgifter finns också från år 1986. Risken för denna typ av problem var då för utrikes födda män 1,8 gånger högre än för svenskfödda män med två inrikes födda föräldrar. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,3 gånger högre risk. Risken för denna typ av problem var för manliga icke facklärd arbetare 1,6 gånger högre än för högre tjänstemän. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,4 gånger högre risk.

III Anspänning och värk

Förekomsten av såväl huvudvärk, värk i skuldror, nacke eller axlar samt värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän har ökat bland 16–24-åringar. Andelen män 16–24 år gamla som har haft åter-

kommande huvudvärk eller migrän under de senaste två veckorna tycks ha fördubblats sedan slutet av 1980-talet, se figur 3.3.

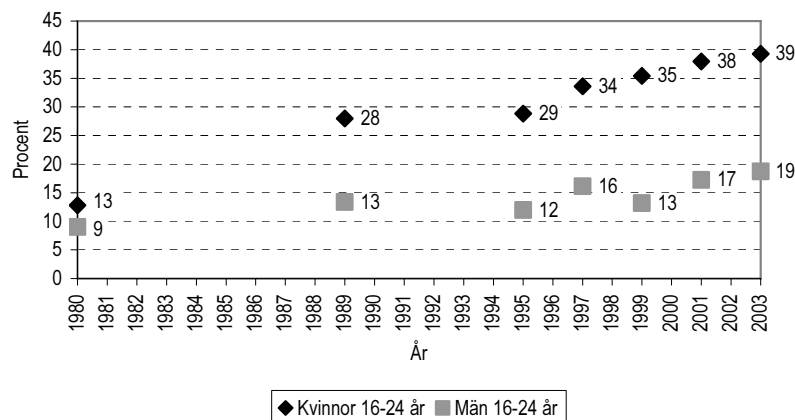
Figur 3.3 Andel som har haft återkommande huvudvärk eller migrän under de senaste två veckorna bland kvinnor och män i åldern 16–24 år, 1980/81, 1988/89 och 1998/99/00



Källa: ULF.

Förekomsten av värk i skuldror, nacke eller axlar ökade under både 1980- och 1990-talet. Andelen ungdomar 16–24 år gamla med värk i skuldror och axlar har fördubblats bland män och tredubblats bland kvinnor sedan 1980, se figur 3.4. Andelen av de drabbade som har svåra besvär är lägre och utvecklingsmönstret otydligare.

Figur 3.4 Andel som har besvär av värk i skuldror, nacke eller axlar bland kvinnor och män i åldern 16–24 år, 1980–2002/03



Källa: ULF.

Risken för denna typ av problem var i hela den vuxna befolkningen år 2005 för utrikes födda män 1,8 gånger högre än för svenskfödda män med två inrikes födda föräldrar. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,4 gånger högre risk. Risken för denna typ av problem var för manliga icke facklärd arbetare 2,4 gånger högre än för högre tjänstemän. För kvinnor hade motsvarande grupp en 2,7 gånger högre risk. Män och kvinnor bosatta i Stockholm hade en risk som endast var 0,6 gånger så stor som risken för personer bosatta i norra glesbygden.

Uppgifter finns också från år 1980. Risken för denna typ av problem var då för utrikes födda män 1,5 gånger högre än för svenskfödda män med två inrikes födda föräldrar. För kvinnor hade motsvarande grupp en 1,5 gånger högre risk. Risken för denna typ av problem var för manliga icke facklärd arbetare 2,0 gånger högre än för högre tjänstemän. För kvinnor hade motsvarande grupp en 2,8 gånger högre risk.

Andelen med ryggvärk, höftsmärtor eller ischias har inte förändrats nämnvärt under 1980- eller 1990-talen.

Skolbarns hälsovanor

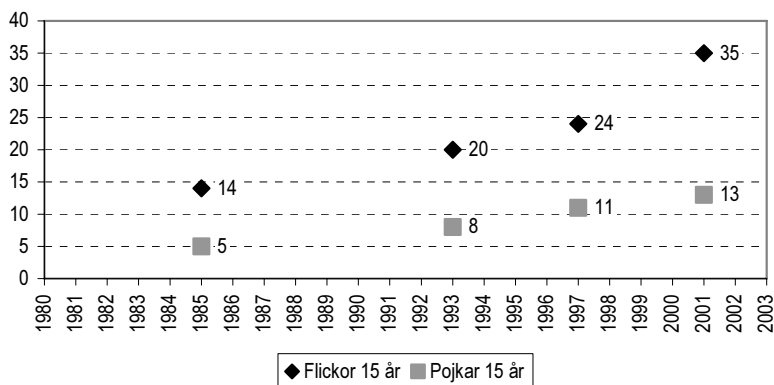
Skolbarns hälsovanor, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), är en internationell undersökning av 11-, 13- och 15-åringars hälsa, sociala relationer, skolmiljö och levnadsvanor (77). Undersökningen bygger på frågeformulär. I Sverige har varje datainsamling omfattat mellan 3 000 och 4 000 elever. Undersökningen samordnas av WHO. I Sverige har undersökningen genomförts åren 1985, 1993, 1997 och 2001. Data har även samlats in år 2005 men dessa uppgifter har ännu inte analyserats. Sedan år 1993 ansvarar Statens folkhälsoinstitut för den svenska datainsamlingen och bearbetningen.

Urvalet genomförs så att det ska vara representativt för hela Sverige och sker i två steg. Först väljs cirka 70 skolor slumpmässigt ut för respektive skolår. Därefter väljs en klass i respektive skola ut slumpmässigt. Alla elever i de utvalda klasserna deltar därefter i undersökningen.

I Oro och nedstämdhet

Studien tyder på att såväl nedstämdhet, dåligt humör och nervositet har ökat i förekomst mellan åren 1985 och 2001. Andelen 15-åringar som känner sig nere mer än en gång i veckan har mer än fördubblats under perioden, se figur 3.5.

Figur 3.5 Andel som har känt sig nere mer än en gång i veckan bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1985–2001



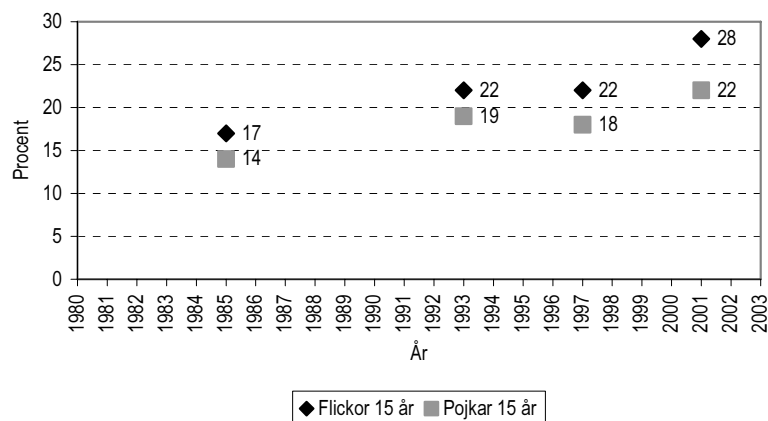
Källa: Skolbarns hälsovanor.

Därutöver har andelen 13- och 15-åriga flickor som inte trivs bra med livet eller inte trivs alls ökat sedan 1985 (78). I övriga grupper är mönstret otydligare.

II Sömnbesvär och trötthet

Andelen 15-åringar som har haft svårt att somna mer än en gång i veckan ökade mellan åren 1985 och 2001, se figur 3.6. I de yngre åldrarna är mönstret otydligare.

Figur 3.6 Andel som har haft svårt att somna mer än en gång i veckan bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1985–2001

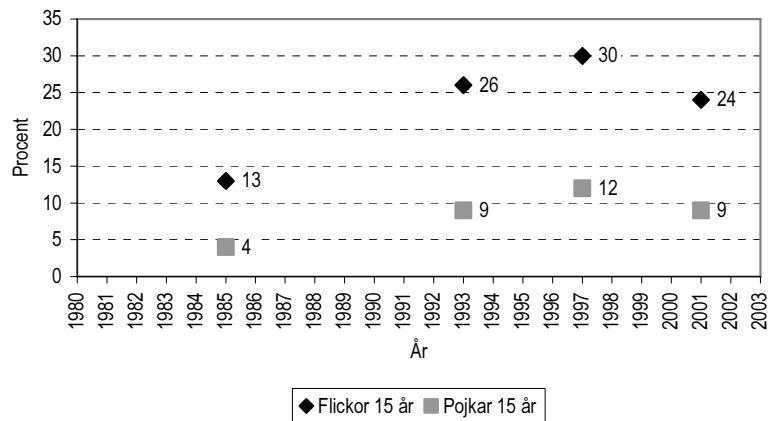


Källa: Skolbarns hälsovanor.

III Anspänning och värk

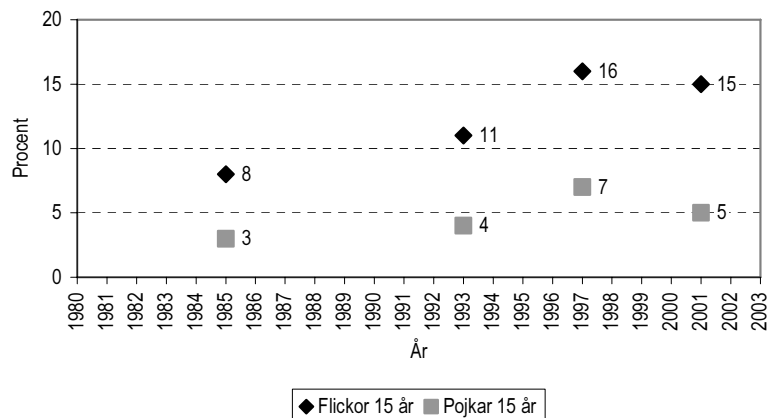
Såväl huvudvärk, magont och ryggont ökade i förekomst mellan 1985 och 2001. Andelen 15-åringar som har haft huvudvärk mer än en gång i veckan har fördubblats under perioden, se figur 3.7. Samma sak gäller för andelen 15-åringar som har haft ont i magen, se figur 3.8.

Figur 3.7 Andel som har haft huvudvärk mer än en gång i veckan bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1985–2001



Källa: Skolbarns hälsovanor.

Figur 3.8 Andel som har haft ont i magen mer än en gång i veckan bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1985–2001



Källa: Skolbarns hälsovanor.

IV Övriga besvär

Andelen som har känt sig yra mer än en gång i veckan ökade mellan åren 1985 och 2001.

Ung i Värmland

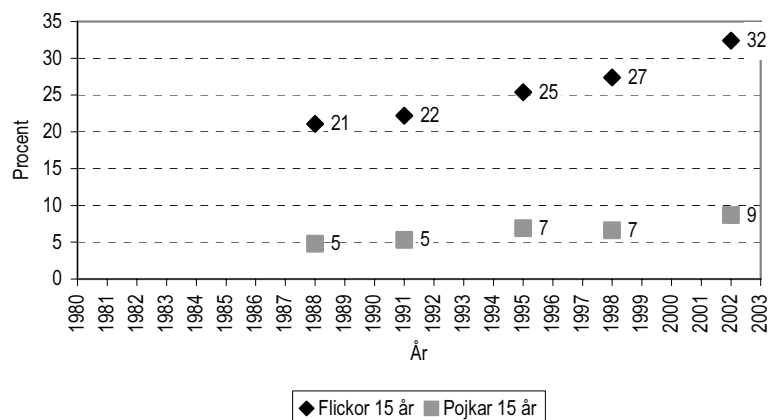
Ung i Värmland är en undersökning av elever i grundskolans skolår 9 (79). I studien ingår uppgifter om psykiska besvär.

Undersökningen genomförs med frågeformulär. Enheten för ungdomars hälsa, folkhälsovetenskapliga avdelningen, Karlstad universitet ansvarar för studien. Alla niondeklassare i Värmland, omkring 2 500–3 000 elever, ingår i undersökningen. Den har genomförts fem gånger mellan åren 1988 och 2002. Data har även samlats in år 2005 men dessa uppgifter har ännu inte analyserats.

I Oro och nedstämdhet

Undersökningen tyder på att känsla av ledsenhet har ökat i förekomst mellan åren 1988 och 2002. Andelen 15-åringar som ofta eller alltid känt sig ledsna under läsåret fördubblades bland pojkar och ökade med omkring hälften bland flickor, se figur 3.9.

Figur 3.9 Andel som ofta eller alltid känt sig ledsna under läsåret bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1988–2002

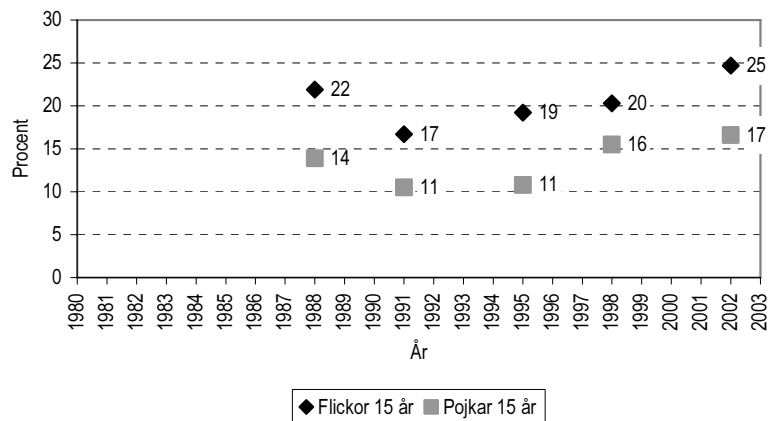


Källa: Ung i Värmland.

II Sömnbesvär och trötthet

Andelen 15-åringar som har haft svårt att sova ökar sedan undersökningen 1991, se figur 3.10. Andelen som känt sig utvilade har dock varit relativt oförändrad under perioden.

Figur 3.10 Andel som ofta eller alltid känt att de haft svårt att sova under läsåret bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1988–2002

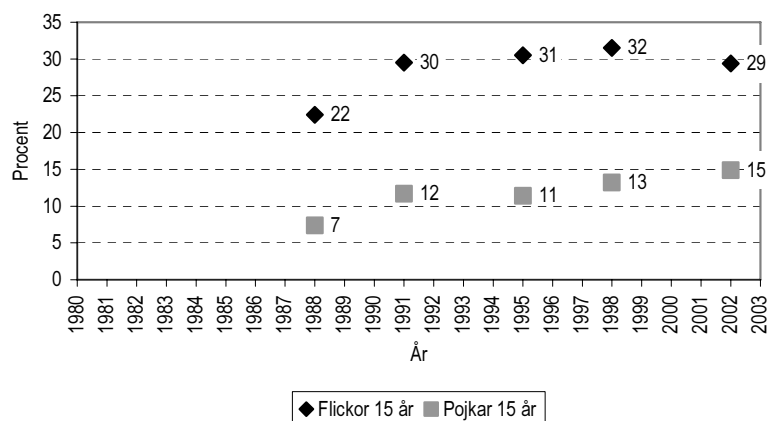


Källa: Ung i Värmland.

III Anspänning och värk

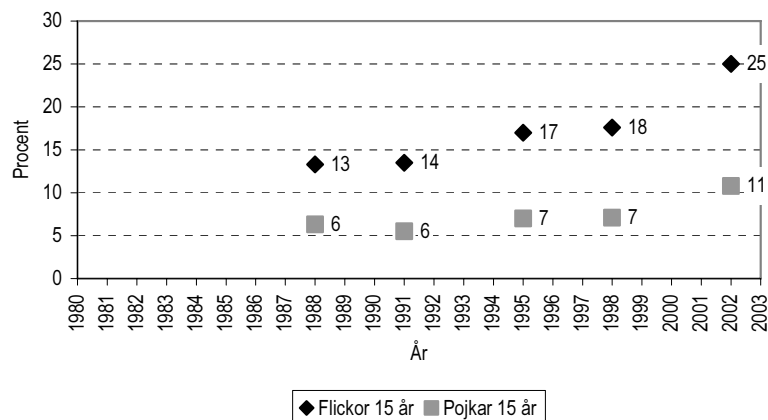
Både andelen som besvärats av huvudvärk och andelen som har känt sig spända ökar sedan 1988, se figurerna 3.11 och 3.12. Därutöver ökar andelen som besvärats av magont, andelen som känt sig yra och andelen som har haft svårt att koncentrera sig.

Figur 3.11 Andel som ofta eller alltid besvärats av huvudvärk under läsåret bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1988–2002



Källa: Ung i Värmland.

Figur 3.12 Andel som ofta eller alltid känt sig spända under läsåret bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1988–2002



Källa: Ung i Värmland.

IV Övriga besvär

Andelen som har haft dålig aptit har ökat under perioden.

Q90-undersökningarna i Göteborg

I de s.k. Q90-undersökningarna har en forskargrupp i Göteborg ställt frågor om hälsa och hälsovanor till sjunde- och niondeklassare åren 1990, 1992, 1994, 1996 och 1999 (80) (81). Data har även samlats in år 2005 men dessa uppgifter har ännu inte analyserats. I studien ingår tre delar av Göteborgs kommun. Totalt deltar drygt 500 elever varje år.

I Oro och nedstämdhet

Andelen 15-åringar som har känt sig deppiga senaste veckan ökade från 30 procent bland flickor och 6 procent bland pojkar år 1990 till knappt 50 respektive drygt 25 procent år 1999.

II Sömnbesvär och trötthet

Redovisas inte i denna studie.

III Anspänning och värk

Andelen med huvudvärk senaste veckan ökade från 33 procent bland flickor och 15 procent bland pojkar år 1990 till omkring 50 respektive 25 procent år 1999. Andelen med ”värk någonstans” ökade också.

IV Övriga besvär

Andelen 15-åringar som har haft självmordstankar har fluktuerat under de fyra åren 1992, 1994, 1996 och 1999. Bland flickorna var andelen 36, 31, 45 respektive 40 procent och bland pojkarna 12, 6, 15 respektive 15 procent.

Studier i Stockholms län

Stockholms läns landsting har genomfört en undersökning med hjälp av postade folkhälsoenkäter åren 1990, 1994, 1998 och 2002 (82). Urvalen har bestått av 4 000 slumpvis utvalda personer.

I, II Oro och nedstämdhet, sömnbesvär och trötthet

Andelen 21–24-åringar med nedsatt psykiskt välbefinnande ökade under perioden 1990–2002, bland kvinnor från 30 till 60 procent och bland män från 20 till 30 procent.

Studier i Östergötland

I Östergötlands län har fyra studier genomförts åren 1989, 1991, 1993 och 1995 (83). Studien bygger på postade frågeformulär till 7 500–8 300 personer i åldern 16–84 år.

I, II Oro och nedstämdhet, sömnbesvär och trötthet

Andelen 20–29-åringar som hade besvär i form av nedstämdhet, oro, ångest eller sömnsvårigheter ökade mellan åren 1989 och 1995, för kvinnor från 8 till 14 procent och för män från 5 till 10 procent.

Register som behandlar sjukhusvård för psykiatriska diagnoser

Människor som drabbas av psykiska sjukdomar kan ha kontakt med sjukvården. Det är därför tänkbart att använda sjukvårdsstatistik för att analysera utveckling över tid.

För vård på sjukhus finns ett nationellt register där tidpunkt och diagnos för varje vårdtillfälle registreras i det s.k. slutenvårdsregistret som gör det möjligt att fastställa om sjukhusvård av en given grupp av diagnoser ökat eller minskat över tid. Om patienter med en given grupp av problem sjukhusvårdats i samma omfattning över tid kan uppgifterna användas för att beskriva utvecklingen av dessa problem. Dock, om sjukvården inför en ny effektiv behandling kan problem som tidigare behövde sjukhusvård nu behandlas i öppen vård. Slutenvårdsregistret visar då felaktigt minskad förekomst av problemet. Det omvända kan också gälla. Ökad medvetenhet om ett visst problem kan göra att läkare blir mer benägna att behandla patienten i slutenvård. Så kan exempelvis vara fallet vid självskadande beteenden där medvetenheten om att patienten kan fullfölja en självmordsavsikt kan leda till att fler vårdas på sjukhus.

Den totala tillgången på vårdplatser och rutiner för hur länge en patient vårdas på sjukhus har också betydelse. Om antalet psykiatriska vårdplatser minskar och vårdtiderna är oförändrade kommer antalet individer som vårdas på sjukhus självfallet att minska, oavsett förekomst av sjuklighet i befolkningen. Å andra sidan kommer antalet vårdade att öka om de genomsnittliga vårdtiderna minskar.

Under de senaste decennierna har antalet psykiatriska vårdplatser minskat från omkring 35 000 under 1960-talet till 4 587 vårdplatser år 2003. Förändringen har skett gradvis med 12 960 vårdplatser år 1991 och 6 267 platser år 1997 (Källa: Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen). Under de senaste decennierna har även vårdtiderna minskat. Det innebär att antalet vårdtillfällen endast minskat i begränsad omfattning. År 1987 erbjöds 105 000 vård-

tillfällen i psykiatrisk slutenvård, år 1996 97 000 vårdtillfällen och år 2000 87 000 vårdtillfällen. Detta innebär att det minskade antalet vårdplatser till stor del kompenseras av att vårdtiderna blivit kortare. Det är således inte omöjligt att använda slutenvårdsregistret för att analysera utveckling av psykiatrisk sjuklighet. En avgörande förutsättning är dock att eventuella förändringar inte förklaras av förändrade vårdrutiner.

Diagnoser och diagnosgrupper

Slutenvårdsregistret innehåller diagnoskoder för varje vårdtillfälle. I det följande beskrivs utvecklingen under perioden 1980–2003 av antalet individer per 100 000 i åldern 10–24 år som årligen behandlats i slutna sjukhusvård för de grupper av problem som uppfattas ha betydelse i denna utredning. Informationen finns tillgänglig efter individernas ålder i femårsintervall, 10–14 år, 15–19 år samt 20–24 år. Uppgifterna har hämtats från Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen.

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser

Diagnosgruppen Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser innefattar problem relaterade till bruk av beroendeframkallande kemiska substanser som alkohol, narkotika, lösningsmedel, tobak och läkemedel.

Antalet vårdtillfällen ökar gradvis under perioden 1980–2003. Förändringen är särskilt tydlig i åldersgruppen 10–15 år. I början på 1980-talet vårdas varje år omkring 34 flickor och 40 pojkar per 100 000 och år. Tjugo år senare är antalet omkring 241 respektive 210 per 100 000 och år.

Under perioden 1982–2000 har den självrapporterade genomsnittliga årskonsumtionen mätt i liter ren alkohol ökat bland 15-åringar. Taktens motsvarar en fördubbling vart 15:e år och bland 16–19-åringar och 20–24-åringar i en takt motsvarande en fördubbling vart 20:e år (84). Vidare har andelen ungdomar år 9 i grundskolan och andelen 18-åriga män som någon gång har använt narkotika fördubblats under de senaste 20 åren (84). Det är därför sannolikt att

det ökade antalet vårdtillfällen avspeglar en faktisk ökning av denna grupp av problem i befolkningen.

Schizofreni

En grupp diagnoser innefattar tillstånd med störd verklighetsuppfattning som innefattar schizofreni, schizotyp störning, vanföreställningssyndrom och ett antal akuta och övergående psykotiska tillstånd.

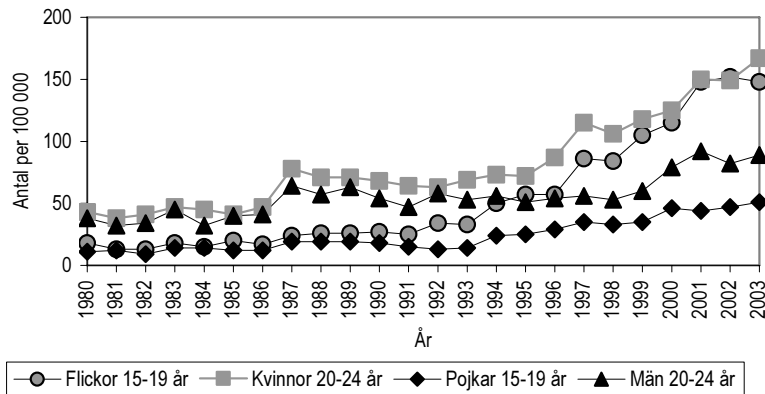
I åldern 10–19 år vårdas ungdomar sällan på sjukhus för denna grupp av problem. Det är därför inte meningsfullt att diskutera denna åldersgrupp. I åldern 20–24 år vårdas i genomsnitt 87 män per 100 000 och år. Inga väsentliga förändringar har skett under perioden 1980–2003. Bland kvinnor i samma ålder är problemen ovanligare. Under perioden har en viss ökning skett från perioden 1980–1985 med i genomsnitt 44 vårdade per 100 000 och år till 63 vårdade per 100 000 och år under perioden 1999–2003. Således minskar skillnaderna mellan män och kvinnor.

Den samlade bedömningen är att det sannolikt inte skett några väsentliga förändringar av förekomst av denna grupp av problem.

Förstämmingsyndrom (depression och ångest)

Samtliga diagnoser i denna grupp gäller tillstånd där den grundläggande störningen är en förändring i stämningsläget. Utvecklingen av sjukhusvård för denna grupp av problem framgår av figur 3.13. Åldersgruppen 10–14 år är exkluderad eftersom sjukhusvård för denna grupp av problem i dessa åldrar är mycket ovanlig. En ökning av antalet vårdade individer sker under perioden för båda könen och i alla åldersgrupper. Förändringen är tydligare bland kvinnor jämfört med män och tydligare bland yngre jämfört med äldre. Det innebär att antalet sjukhusvårdade flickor per 100 000 i åldern 15–19 år har ökat åtta gånger under perioden medan vård av män i åldern 20–24 år ökat 2,3 gånger.

Figur 3.13 Antal individer per 100 000 som sjukhusvårdats under ett år under perioden 1980–2003 för förstämningssyndrom i åldersgrupperna 15–19 år och 20–24 år



Källa: EpC, Socialstyrelsen.

De flesta som insjuknar i depression vårdas ej på sjukhus. Olsson och medarbetare har funnit att 6 000 per 100 000 16–17-åringar drabbas av depression under ett år (85). Endast ca 100 per 100 000 har sjukhusvårdats för detta problem. Det innebär att endast 1 individ på 60 med depression får behandling på sjukhus. Ökningen av sjukhusvård kan därför både bero på att proportionellt fler med depression vårdas på sjukhus och på att problemet blivit vanligare.

En möjlighet är att en ökad uppmärksamhet på risken för självmord vid depression bidrar till att fler vårdas på sjukhus. En sådan förändring skulle kunna förklara en ökning av sjukhusvård utan att depressioner blivit vanligare. Det är dock också möjligt att denna grupp av problem har ökat i förekomst.

Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom

En relativt heterogen grupp av problem ingår i en grupp som innefattar fobiska syndrom, tvångssyndrom, anpassningsstörningar samt somatoforma syndrom. Fobiska syndrom är en grupp störningar där patienten har intensiv, irrationell rädsla som uppträder enbart inför bestämda företeelser (t.ex. ormar) eller i bestämda situationer (t.ex. trånga rum). Tvångssyndrom domineras av tvångstankar och tvångshandlingar. Anpassningsstörningar är psykiska störningar som uppkommer till följd av negativa livshändelser eller påfrestande lev-

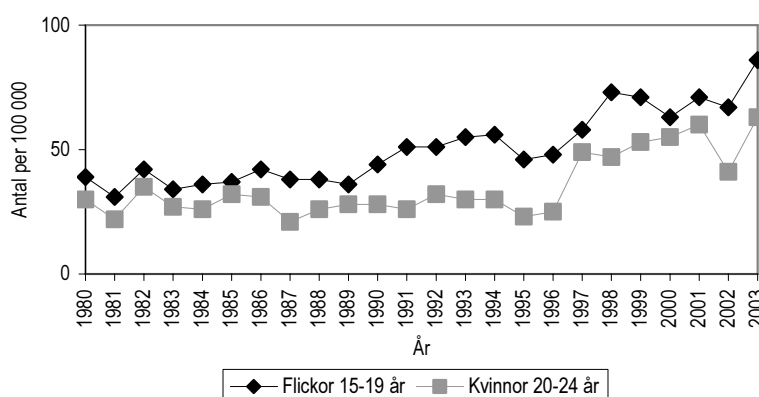
nadsförhållanden. Somatoforma syndrom liknar somatiska (kroppsliga) sjukdomar men har inte kroppsliga orsaker utan antas istället bero på känslor som tar sig uttryck i kroppsliga symptom. Hjärtklappning kan exempelvis uppträda vid ångest. Om patienten i första hand beskriver den kroppsliga effekten av ångest, exempelvis som hjärtklappning, klassificeras problemet som somatoformt.

Sjukhusvård för denna grupp av problem har under perioden blivit mindre vanlig. Tillstånden är inte livshotande och effektiv behandling i form av kognitiv beteendeterapi har i ökad omfattning blivit tillgänglig under perioden. Sådan behandling bedrivs i öppen vård. Det är därför möjligt att förekomsten av dessa problem kan ha varit oförändrad. Det går dock inte att utesluta att problemen blivit mindre vanliga.

Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer

De diagnoser i denna grupp som främst är relevanta för ungdomar gäller olika former av ätstörningar, anorexia nervosa (avsiktlig självsvält) och bulimi (hetsätning). Ätstörningar drabbar främst flickor och kvinnor. Därför behandlas utvecklingen endast för detta kön. Andelen sjukhusvårdade för denna grupp av problem ökar under perioden, se figur 3.14.

Figur 3.14 Antal flickor per 100 000 som sjukhusvårdats under ett år under perioden 1980–2003 för beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer uppdelat i åldersgrupperna 15–19 år och 20–24 år



Källa: EpC, Socialstyrelsen.

Ökningen kan både förklaras av ändrade vådrutiner och av ökad förekomst av problemen. Det går inte att avgöra vilken förklaring som gäller.

Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

I denna grupp av diagnoser ingår tillstånd med hyperaktivitet, bristande koncentrationsförmåga och svårigheter att sitta stilla. En vanlig diagnos som ingår i gruppen är ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), dvs. hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning. I gruppen ingår även diagnoser som betecknar olika former av antisocialt beteende.

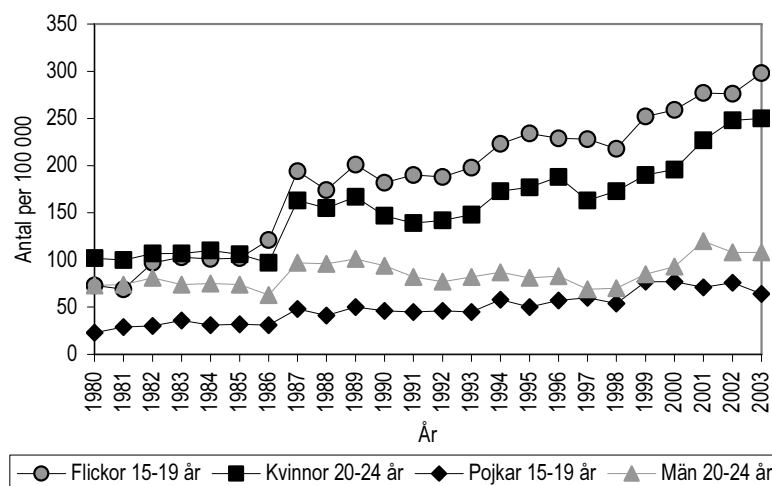
Det finns påtaliga problem med att använda slutenvårdsstatistik för att beskriva utvecklingen i befolkningen av denna grupp av problem. I befolkningen är diagnoser i denna grupp avsevärt vanligare bland pojkar än bland flickor. Trots detta är sjukhusvård för denna grupp av diagnoser flera gånger vanligare bland flickor än bland pojkar. Exempelvis var år 1990 i åldern 15–19 år, vård av flickor 10 gånger vanligare än vård av pojkar. Skälet är troligen att pojkar med denna typ av problem vanligen behandlas inom socialtjänst och kriminalvård medan flickor i högre grad behandlas inom sjukvården. Detta talar för att förekomst av dessa problem inte går att beskriva med hjälp av slutenvårdsstatistik.

Avsiktliga självdestruktiva handlingar

Denna grupp av diagnoser utgörs av avsiktliga självdestruktiva handlingar som inte leder till döden. Diagnosen kräver att läkaren gör en bedömning av patientens avsikt. Ibland är avsikten uppenbar men gränsen gentemot olycksfallsskador kan ibland vara oklar.

Under perioden ökar andelen ungdomar som sjukhusvårdats för avsiktliga självdestruktiva handlingar, se figur 3.15. Ökningen påvisas i ungefär samma takt i alla de tre åldersgrupperna och i samma takt för båda könen. Problemet är vanligast bland flickor i åldern 15–19 år.

Figur 3.15 Antal individer per 100 000 som sjukhusvårdats under ett år under perioden 1980–2003 för avsiktliga självdestruktiva handlingar uppdelat i åldersgrupperna 15–19 år och 20–24 år



Källa: EpC, Socialstyrelsen.

Skador som uppkommer med hjälp av skärande eller stickande föremål har uppmärksammats. Sådana skador behandlas dock ofta i öppen vård och utgör endast en liten del av alla som vårdas på sjukhus (86). Dessa skador kan därför inte förklara utvecklingen som helhet för avsiktliga självdestruktiva handlingar.

Förgiftning med läkemedel är däremot en dominerande metod vid självskadande beteenden. Vanligast är intag av höga doser smärtstillande och febernedsättande medel. Det är möjligt att uppgången av sjukhusvård beror på en förändring i val av preparat inom denna grupp (87). Tidigare användes framför allt salicylater (Magnecyl m.m.), men paracetamolbaserade preparat (Alvedon, Panodil m.m.) har successivt ökat i betydelse. Förgiftning med salicylater kan ofta behandlas inom den öppna vården medan det vid överdosering av paracetamol finns risk för akut leverskada, varför patienterna vårdas på sjukhus i större utsträckning. Det går dock inte säkert att utesluta att det ökade antalet vårdtillfällen beror på att problemet blivit vanligare i befolkningen.

Bedömning

Under de senaste decennierna har antalet vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård per 100 000 individer minskat något. Man kan därför förvänta att vård för olika grupper av diagnoser i allmänhet skulle vara oförändrad eller minska. Analyser av sex diagnosgrupper som är relevanta för åldersgruppen och där uppenbara metodproblem inte föreligger visar dock på ökning för fyra grupper och oförändrad eller minskad förekomst endast för två grupper av diagnoser. Ökningen för en dominerande diagnosgrupp som förstämningssyndrom (innefattande depressioner) är påtagligt med en åttafaldig ökning av vård för flickor i åldern 15–19 år. Det går inte att avgöra om ökningarna beror på förändrade vårdrutiner eller på att problemen blivit vanligare. Det samlade mönstret med fler diagnosgrupper talar dock för att en faktisk ökning av psykiska problem kan ha skett under perioden 1980–2003.

Öppen psykiatrisk vård

De flesta kontakter med psykiatri sker inom öppen vård. Det saknas visserligen ett täckande nationellt register över öppen vård men några landsting har upprättat lokala register som gör det möjligt att följa utvecklingen över tid. Så är fallet i Stockholms län. En sammanställning över utvecklingen under perioden 1998–2004 visar att andelen individer i åldern 18–24 år som under året haft kontakt med öppen landstingsdriven psykiatrisk vård nästan fördubblats under perioden med en ökning från 29 personer/1 000 till 49 personer/1 000 (88). I övriga åldersgrupper sker ingen eller endast en obetydlig ökning under perioden. Uppgifterna talar för en ökad förekomst av psykiska problem i ungdomsgruppen.

Uppgifter om ökade köer till barn- och ungdomspsykiatrisk vård har förekommit i den offentliga diskussionen. Det finns betydande problem med att tolka sådana uppgifter. Kötiden till vård kan öka om ett problem blivit vanligare i befolkningen, om efterfrågan på vård har ökat, om effektiviteten inom vården har minskat och om utbudet av vård har minskat. En stor del av alla ungdomar med givna psykiska problem söker inte vård (89). Det är därför svårt att använda kötid som indikator på förekomst av psykiska problem.

Förbrukning av psykofarmaka

Ungdomar med psykiska problem kan använda läkemedel för att minska svårigheterna. I Sverige registreras förbrukning av läkemedel. Det är därför tänkbart att använda läkemedelsförbrukning som indikator för sjukdomsförekomst. En förutsättning är dock att andelen individer med ett givet problem använder medicin i samma omfattning. Så är exempelvis fallet vid diabetes där de flesta med sjukdomen använder ett läkemedel, exempelvis insulin. Antalet individer som använder insulin kan därför användas som mått på förekomst av diabetes.

Vid psykiska problem kan dock användning av läkemedel variera. Detta är särskilt påtagligt när nya effektiva och relativt biverkningsfria läkemedel introduceras. Så har fallet varit med de s.k. SSRI-preparat som används för att behandla depression. De introducerades i början av 1990-talet. Under perioden dessförinnan, åren 1985–1993 var förbrukningen av antidepressiv medicin i åldern 0–19 år relativt oförändrad (Läkemedelsregistret, 2006). Från år 1994 till år 2005 sker däremot en 20-faldig ökning av antalet förskrivna dygnsdoser (Läkemedelsregistret, 2006). En sådan utveckling av depressioner stämmer inte med uppgifter om depressioner i andra källor. Där- emot kan den ökade läkemedelsförskrivningen förklaras av att patienter med depression sedan mitten av 1990-talet i ökad omfattning behandlas med antidepressiva läkemedel. Det är mindre sannolikt att den ökade användningen skulle avspegla ökad sjukdomsförekomst.

Liknande tolkningsproblem föreligger för andra läkemedel som används vid behandling av psykiska problem. Statistiken går därför inte att använda för analyser av utvecklingen inom detta område.

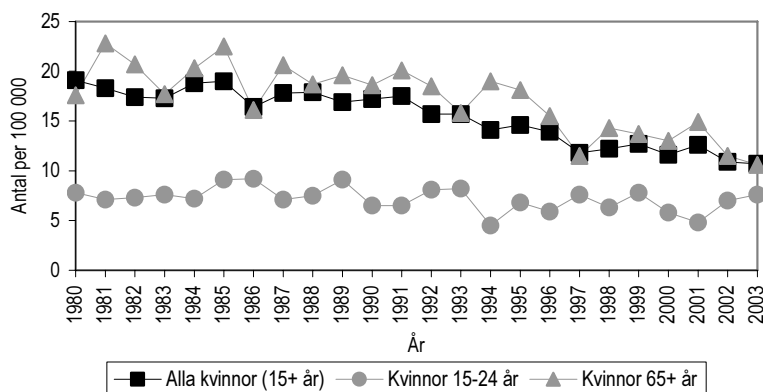
Själv mord

Det kan inte sällan vara svårt att avgöra om en person som avlider haft för avsikt att dö (87). Därför brukar två grupper av diagnoser behandlas samlat, dödsfall till följd av avsiktliga självdestruktiva handlingar och dödsfall med oklart uppsåt.

En analys av självmord bland män i åldern 20–40 år under perioden 1952 fram till mitten av 1970-talet visar på en ökning (90). Från mitten av 1970-talet fram till 1986 är förekomsten i åldern 10–29 år relativt oförändrad (91).

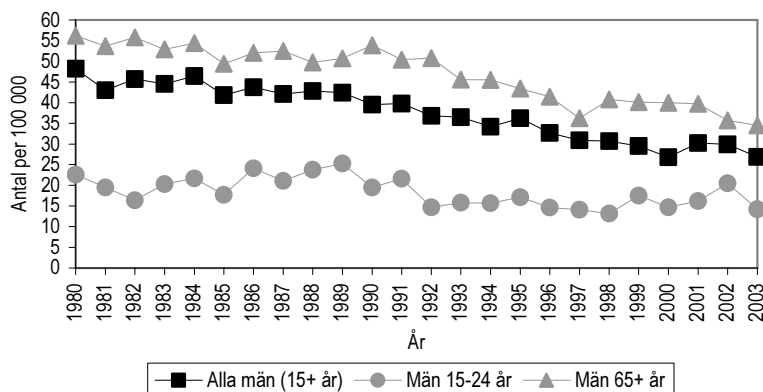
Uppgifter om självmord under perioden 1980–2004 har inhämtats från Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) (92). Förekomsten av självmord i ungdomsgruppen har i stort varit oförändrad, se figur 3.16 och 3.17.

Figur 3.16 Antal kvinnor per 100 000 och år som avlider till följd av avsiktliga självdestruktiva och handlingar med oklart uppsåt under perioden 1980–2003 i olika åldrar



Källa: NASP.

Figur 3.17 Antal män per 100 000 och år som avlider till följd av avsiktliga självdestruktiva och handlingar med oklart uppsåt under perioden 1980–2003 i olika åldrar



Källa: NASP.

Ungdomsbrottslighet

Brottsliga handlingar kan uppfattas som uttryck för psykiska störningar. I den problemgrupp som benämns utagerande beteendeproblem ingår brott. Brottstatistik kan därför användas för att analysera utvecklingen. Tolkning av denna statistik medför dock vissa problem. Vanligast är att analysera utvecklingen av andelen ungdomar som kommer till polisens kännedom som misstänkta för brott. Eftersom många brott under ungdomsåren inte kommer till polisens kännedom kan ökad aktivitet från polisens sida leda till att fler blir misstänkta för brott. Dock, om polisens genomsnittliga sätt att arbeta är relativt oförändrat över tid kan statistiken användas för att följa utvecklingen. Ett alternativ är att notera antalet lagförda ungdomar. Även antalet lagförda är dock beroende av polisens sätt att arbeta.

Statistik finns tillgänglig för perioden 1975–2004 (93). Under denna period sker vissa fluktuationer mellan åren. Brottslighet mätt som antal ungdomar som kommer till polisens kännedom misstänkta för brott är något lägre år 2004 än år 1975 både i åldersgrupperna 15–17 år och 18–20 år. I åldern 21–29 år har det skett en liten uppgång.

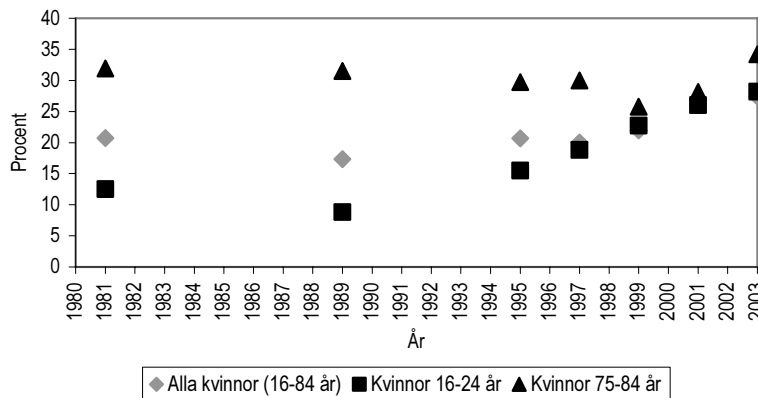
Brottsförebyggande rådet samlar även in uppgifter från elever i grundskolans årskurs 9 där eleverna får rapportera om olika begångna stöldrelaterade handlingar. Uppgifter finns för perioden 1995–2001. Andelen ungdomar som rapporterar sådana handlingar har minskat under perioden.

För åldersgruppen 13–24 år förefaller således inga väsentliga förändringar ha skett under de senaste decennierna.

Utveckling i andra åldersgrupper

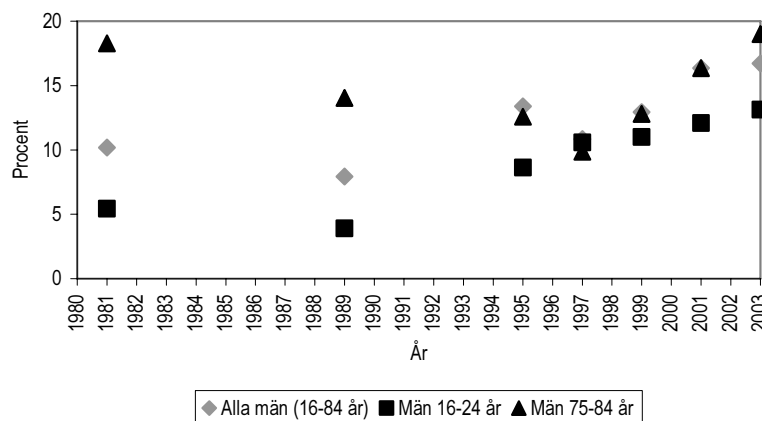
Psykiska problem har blivit vanligare även efter ungdomsåren. För att klargöra trenderna under perioden 1980–2003 i olika åldersgrupper presenteras utvecklingen av ängslan, oro eller ångest enligt ULF i olika åldersgrupper (14). Dessa besvär har ökat i befolkningen i stort men ökningen är mest uttalad i åldern 16–24 år och saknas helt för de äldsta, se figur 3.18 och 3.19.

Figur 3.18 Andel kvinnor med besvär av ängslan, oro eller ångest i olika åldrar, 1980/81-2002/03



Källa: ULF.

Figur 3.19 Andel män med besvär av ängslan, oro eller ångest i olika åldrar, 1980/81-2002/03



Källa: ULF.

Förekomsten av självmord i befolkningen i stort har sjunkit under perioden 1980–2004, se figur 3.16 och 3.17.

Internationella studier

Levnadsförhållandena har under det senaste halvsekle utvecklats på ett jämförbart sätt i många av dagens höginkomstländer. Ett flertal studier av inåtvända problem, utagerande problem, ätstörningar samt suicid identifierades vid litteratursökningar i Medline samt med hjälp av Google scholar. I det följande diskuteras först utvecklingen av inåtvända problem enligt vetenskapligt publicerade studier, enligt studien Skolbarns hälsovanor samt enligt levnadsnivåundersökningar i de nordiska länderna. Därefter presenteras utvecklingen av utagerande problem, ätstörningar, avsiktliga självdestruktiva handlingar samt suicid.

Inåtvända problem, nedstämdhet, sömnsvårigheter och värk enligt vetenskapligt publicerade studier

Vid litteratursökningar påvisades tre översiktsarbeten som beskriver utvecklingen i flera länder samt arbeten från Finland, Storbritannien och USA.

Det mest omfattande översiktsarbetet utgick från organisationen Academia Europaea som etablerade en forskargrupp som skulle besvara liknade frågor som denna utredning: har förekomsten av psykiska problem ökat och, om så är fallet, hur kan utvecklingen förklaras? Uppdraget gällde hela åldersgruppen barn och ungdom och avsåg hela perioden från andra världskrigets slut fram till 1990-talets början. Slutrapporten publicerades år 1995 i form av en bok (843 sidor) med den brittiska barnpsykiatern Michel Rutter som huvudredaktör (94). Där påvisas en ökning under hela perioden av depression och andra inåtvända problem. Bedömningen av förekomst av depression byggde dock endast på ett fåtal studier vilket delvis hänger samman med att diagnosen depression först på 1970-talet började användas på barn och ungdom.

I ett senare publicerat översiktsarbete finner Prosser och medarbetare att depressiva besvär blivit vanligare bland ungdomar men inte bland förskolebarn (95). Fombonne finner också stöd för att depressiva symptom har blivit vanligare bland ungdomar allt sedan 1950-talet (96).

Sju studier gällde finska barn och ungdomar. Sourander och medarbetare finner ökad förekomst av depressiva symptom bland barn i åldern 8–9 år under perioden 1989–1999 (89). Tynjälä och med-

arbetare finner att andelen 15-åringar som är påfallande trötta på morgonen är relativt oförändrad under perioden 1984–2002 (97). I två studier av sju år gamla barn påvisades ökning av huvudvärk både under perioden 1974–1992 (98) och 1989–1999 (99). Hakala och medarbetare finner ökad förekomst av rygg- eller nackvärk i åldern 14–18 år under perioden 1985–1997 (100). Karvonen och medarbetare finner ökad förekomst av psykosomatiska problem i åldern 14–15 år under perioden 1996–2000 (101). Anttila och medarbetare finner ökad förekomst av huvudvärk bland 7-åringar under perioden 1974–2002 (102)

Två av studierna gällde ungdomar i Storbritannien. Collishaw och medarbetare har låtit föräldrar till 15–16-åringar besvara frågeformulär vid tre tillfällen, år 1974, år 1986 och år 1999 (103). De finner att andelen med känslomässiga problem ökar under hela perioden. I Skottland har West och medarbetare analyserat förekomsten av psykosomatiska symptom i åldern 14–15 år i Skottland under perioden 1987–1999 (104). De finner ökad förekomst av psykosomatiska problem, men endast bland flickor.

Tre arbeten gällde barn och unga i USA. Lewinsohn och medarbetare har analyserat utvecklingen av depressioner i olika årsklasser (105). De finner en ökning, även efter kontroll för flera tänkbara felkällor. Kessler och medarbetare har studerat förekomsten av depression vid 20 års ålder vid olika tidpunkter (106). De finner en tiotubblad förekomst av depression i denna ålder sedan andra världskrigets slut. Uppgifterna bygger dock på information som individerna lämnat i medelåldern. Det är därför möjligt att ökningens omfattning överskattats. Det är dock osannolikt att hela ökningen skulle kunna tillskrivas fel i rapporteringen. Twenge har sammanställt flera studier från USA som gäller barn och ungdom (107). Hon finner att oro och neurotiska symptom blivit betydligt vanligare under perioden 1952 till 1993. Ett genomsnittligt amerikanskt barn under 1980-talet är mer ängsligt och oroligt än de barn som under 1950-talet behandlades på barn- och ungdomspsykiatiska kliniker.

Inåtvända problem, nedstämdhet, sömnsvärigheter och värk enligt studien Skolbarns hälsovanor

I studien Skolbarns hälsovanor finns jämförbara uppgifter om psykiska symptom. Uppgifter har inhämtats från HEMIL-sentret vid Universitetet i Bergen där resultaten från denna studie arkiveras.

Jämförbara uppgifter finns från elva europeiska länder: Sverige, Finland, Norge, Danmark, Skottland, Wales, Belgien, Österrike, Schweiz, Spanien och Ungern. Uppgifterna gäller åren 1985/86, 1993/94, 1997/98 och 2001/02, samt i några fall 1983/1984. Kompletterande uppgifter från nationella rapporter inom samma studie har inhämtats från Danmark och Österrike.

Utvecklingen av psykiska symptom i de 11 undersökta länderna presenteras i tabell 3.2. Som framgår har den ökade förekomsten av symptom under perioden varit mest uttalad i Sverige. I några länder har andelen ungdomar med symptom sjunkit. Fullständiga uppgifter liksom den metod som har använts för att beräkna ökningen presenteras i bilaga 4.

Tabell 3.2 Jämförelse mellan åren 1985/86 och 2001/02 av andel 15-åringar där ungdomarna anger att de har olika former av psykiska besvär mer än en gång i veckan. Förändringarna anges som en kvot med värdet i procent för 2001/02 dividerat med värdet för 1985/86. Uppgifterna är hämtade från de 11 länder i studien Skolbarns hälsovanor där data finns för de angivna åren. Länderna presenteras i fallande ordning, först efter antalet grupper där problemen ökar och sedan efter antalet besvär som ökar

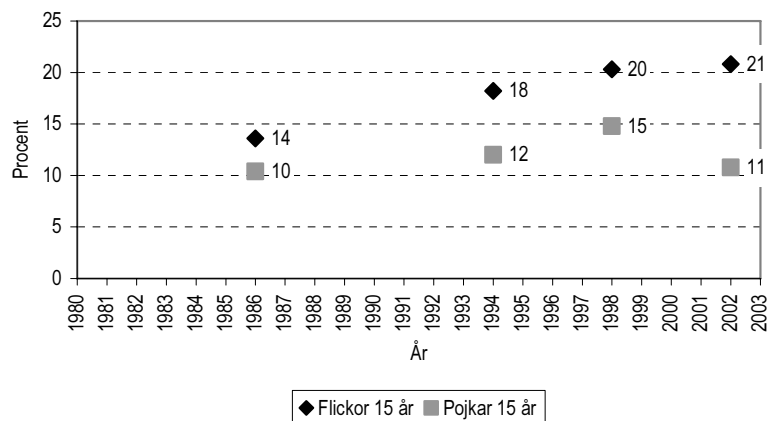
| Land | Känner sig nere | | Har svårt att somna | | Har huvudvärk | |
|-------------|-----------------|--------|---------------------|--------|---------------|--------|
| | Flickor | Pojkar | Flickor | Pojkar | Flickor | Pojkar |
| Sverige | 2,59 | 2,73 | 1,60 | 1,51 | 1,83 | 2,23 |
| Skottland | 2,18 | 1,19 | 1,56 | 1,08 | 2,04 | 2,54 |
| Wales | 3,21 | 1,81 | 1,47 | 1,46 | 3,10 | 2,54 |
| Spanien | 2,09 | 1,59 | 1,14 | 1,23 | 1,63 | 1,45 |
| Belgien (1) | 1,54 | 1,15 | 1,01 | 0,79 | 1,72 | 1,92 |
| Norge | 1,60 | 1,26 | 1,27 | 1,19 | 1,44 | 1,71 |
| Österrike | 1,29 | 1,42 | 1,04 | 1,01 | 1,78 | 2,12 |
| Schweiz | 0,91 | 0,73 | - | - | 1,09 | 1,16 |
| Danmark (2) | 1,04 | 0,76 | 1,03 | 1,17 | 0,99 | 1,26 |
| Ungern | 0,78 | 0,61 | 0,79 | 0,71 | 1,11 | 0,89 |
| Finland | 0,91 | 0,55 | 0,71 | 0,59 | 1,39 | 1,30 |

(1) Fransktalande delen. (2) Andelen med besvär ungefär en gång i veckan eller oftare.

Källa: Skolbarns hälsovanor (108–110).

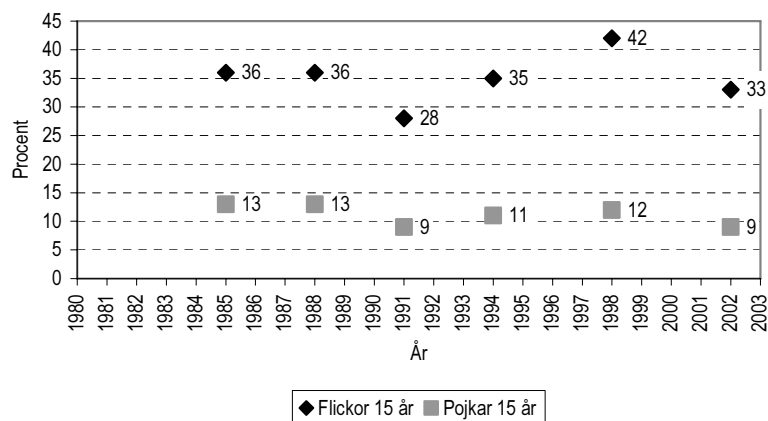
Utvecklingen av symptom i Sverige framgår av figurerna 3.5–3.8. Utvecklingen i Belgien och Danmark får illustrera andra förlopp, se figur 3.20 och 3.21.

Figur 3.20 Skolbarns hälsosvanor i den fransktalande delen av Belgien. Andel som har känt sig nere mer än en gång i veckan bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1985/86–2001/02



Källa: Skolbarns hälsosvanor.

Figur 3.21 Skolbarns hälsosvanor i Danmark. Andel som har känt sig nere ungefär en gång i veckan eller oftare bland flickor och pojkar i åldern 15 år, 1985–2002



Källa: Skolbarns hälsosvanor.

Inåtvända problem, nedstämdhet, sömnsvårigheter och värk enligt levnadsnivåundersökningar i Finland, Norge och Danmark

Levnadsnivåundersökningar motsvarande ULF genomförs bl.a. i Finland, Norge och Danmark. I studierna går det att särskilja åldersgruppen 16–24 år.

I Finland har sömnsvårigheter och huvudvärk blivit vanligare medan förekomsten av depressiva besvär varit relativt oförändrad, se tabell 3.3.

Tabell 3.3 Andel ungdomar (procent) med olika psykiska besvär i åldern 15–24 år i Finland under perioden 1979–2005

| Symptom | Kön | 1979–1983 | 1984–1988 | 1989–1993 | 1994–1997 | 1998–2001 | 2002–2005 |
|----------------------------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Nedstämdhet och depression | Kvinnor | 29 | 26 | 24 | 27 | 27 | 25 |
| | Män | 15 | 11 | 12 | 14 | 12 | 8 |
| Sömnsvårigheter | Kvinnor | 15 | 15 | 17 | 18 | 21 | 30 |
| | Män | 11 | 9 | 12 | 13 | 13 | 16 |
| Huvudvärk | Kvinnor | 59 | 59 | 62 | 65 | 73 | 73 |
| | Män | 35 | 31 | 33 | 36 | 42 | 39 |

Källa: Health Behaviour and Health among Finnish Adult Population (111).

I Norge har förekomsten av psykiska besvär varit relativt oförändrad, se tabell 3.4.

Tabell 3.4 Andel ungdomar (procent) med olika psykiska besvär i åldern 16–24 år i Norge under perioden 1983–1995

| Symptom | Kön | 1983 | 1987 | 1991 | 1995 |
|-------------------------------------|---------|------|------|------|------|
| Nedstämdhet och depression | Kvinnor | 22 | 30 | 28 | 27 |
| | Män | 16 | 16 | 16 | 15 |
| Nervositet, ångest eller rastlöshet | Kvinnor | 22 | 24 | 25 | 24 |
| | Män | 16 | 16 | 18 | 12 |
| Hjärklappning utan ansträngning | Kvinnor | 5 | 5 | 7 | 8 |
| | Män | 3 | 3 | 3 | 4 |

Källa: Levekårsundersøkelsene (112).

I Danmark har det blivit vanligare att ungdomar känner sig nedstämda, trötta, och stressade samt att de har huvudvärk, se tabell 3.5.

Tabell 3.5 Andel ungdomar (procent) med olika psykiska besvär i åldern 16–24 år i Danmark under perioden 1987–2000

| Symptom | Kön | 1987 | 1994 | 2000 |
|---|---------|------|------|------|
| Stressad i vardagen | Kvinnor | 37 | 43 | 55 |
| | Män | 31 | 35 | 43 |
| Nedstämdhet under de senaste 14 dagarna | Kvinnor | 6 | 7 | 9 |
| | Män | 2 | 3 | 4 |
| Trötthet under de senaste 14 dagarna | Kvinnor | 9 | 18 | 25 |
| | Män | 9 | 12 | 17 |
| Stark huvudvärk eller migrän | Kvinnor | 3 | 7 | 10 |
| | Män | 1 | 3 | 4 |

Källa: Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (113).

Utagerande beteendeproblem och antisocialt beteende

I den översikt som utgick från Academia Europaea påvisas ökat bruk av alkohol och av kriminalitet under perioden från andra världskrigets slut till omkring 1980 (114). Under decenniet fram till 1990-talets början sker ingen ytterligare ökning. Maughan och medarbetare har publicerat ett arbete som gäller tiden efter slutet av 1980-talet (115). De finner ingen ökning av ADHD. Däremot finns en ökad medvetenhet om problemet, både bland allmänheten och inom sjukvården.

Verhulst och medarbetare redovisar en holländsk studie av barn och ungdomar där föräldrar och lärare vid två tillfällen fått besvara frågorna i ett standardiserat formulär kallat Child Behavior Checklists (116). Med denna metod uppskattas främst förekomst av utagerande beteendeproblem. Inga väsentliga förändringar påvisas mellan åren 1983 och 1993.

I USA har Achenbach och medarbetare genomfört intervjuer av föräldrar med barn och ungdomar i åldern 7–16 år med Child Behavior Checklist, vid tre tillfällen åren 1976, 1989 och 1999 (117). Med dessa frågor kan främst utagerande beteendeproblem påvisas. Från år 1976 till år 1989 ökade förekomsten av problem för att

därefter minska något. Förekomsten av problem var dock högre år 1999 än år 1976.

Collishaw och medarbetare redovisar studier från Storbritannien där föräldrar till 15–16-åringar har fått besvara frågeformulär vid tre tillfällen, åren 1974, 1986 och 1999 (103). Andelen ungdomar som bedömdes ha beteendeproblem var år 1974 7 procent, år 1986 10 procent och år 1999 15 procent.

Ätstörningar

I den översikt som utgick från Academia Europaea påvisas ingen ökning av ätstörningar under perioden från andra världskrigets slut till omkring år 1990 (114). Fombonne har analyserat 16 studier av anorexia nervosa och nio studier av Bulimia nervosa (96). Han finner att det är oklart om något av problemen blivit vanligare sedan 1950-talet.

I två senare brittiska studier har utveckling av ätstörningar analyserats för perioden 1988–2000 (118, 119). Författarna finner att förekomsten av anorexia nervosa är oförändrad, medan förekomsten av bulimi först ökat markant fram till år 1996 för att därefter sjunka.

Avsiktliga självdestruktiva handlingar

Two studier av ungdomar vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar vid en akutmottagning Oxford har publicerats. Båda studierna visar på ökning. Den första gäller perioden 1985–1995 (120) och den andra perioden 1990–2000 (121). Den andra studien gäller ungdomar i åldern 12–18 år. Under perioden 1990–1992 behandlas 133 ungdomar per år. Under perioden 1998–2000 har antalet ökat till 171 per år.

Suicid

I den översikt som utgick från Academia Europaea påvisas en ökning av suicid under perioden från andra världskrigets slut till omkring år 1990 (114).

Gunnell och medarbetare har analyserat utvecklingen av självmord i England och Wales i åldern 15–34 år under perioden 1970–1996

(122). De finner att dödligheten för män stiger medan den sjunker för kvinnor.

Mittendorfer Rutz och medarbetare har analyserat utvecklingen av självmord i de 30 länder som ingår i WHO:s europaregion (123). Under perioden 1976–1996 sjunker dödlighet i självmord i de flesta av de länder som hör till regionen. Författarna konstaterar att kodning av självmord under tonåren är osäker varför det är svårt att uttala sig om trender i denna åldersgrupp.

Australian Institute for Suicide Research and Prevention har sammanställt uppgifter om utvecklingen av självmord bland 15–24-åringar under perioden 1980–2001 (124). De finner minskad förekomst av suicid bland unga i några länder, oförändrad förekomst i några och ökning i andra, se tabell 3.6.

Tabell 3.6 Jämförelse mellan åren 1980 och 2001 av andel ungdomar i åldern 15–24 år som begår självmord. En ökning om mer än 50 procent anges med +, en ökning med mer än 100 procent med ++. En minskning med mer än 33,3 procent anges med -. Länderna presenteras i samma ordning som i tabell 3.2

| Land | Flickor | Pojkar |
|-----------|---------|--------|
| Sverige | 0 | 0 |
| Skottland | + | ++ |
| Wales | 0 | 0 |
| Spanien | 0 | + |
| Belgien | 0 | 0 |
| Norge | 0 | 0 |
| Österrike | - | 0 |
| Schweiz | - | - |
| Danmark | - | - |
| Ungern | - | - |
| Finland | 0 | 0 |

Källa: Australian Institute for Suicide Research and Prevention (124).

Jämförelse mellan utveckling av suicid och utveckling av inåtvända psykiska problem

Uppgifterna från Australian Institute for Suicide Research and Prevention i tabell 3.6 gör det möjligt att jämföra utvecklingen av självmord med de uppgifter som föreligger om utvecklingen av inåtvända psykiska problem enligt tabell 3.2.

Det finns ett samband mellan trenderna över tid för förekomst av stressrelaterade symptom och förekomst av suicid i de 11 länderna. Sambandets styrka kan beräknas som en korrelationskoefficient. Värdet är relativt högt ($r=0,62$) vilket tyder på att sambandet sannolikt inte uppkommit av slump.

Sammanfattning av de internationella studierna

Under perioden 1950–1980 förefaller psykiska problem ha blivit allt vanligare i dagens höginkomstländer. Ökningen gäller både för inåtvända problem, inkluderande depressiva tendenser, och utagerande problem, inkluderande kriminalitet.

Efter 1980 förefaller inåtvända psykiska problem fortsätta att öka. Under tiden efter år 1980 finns flera studier av sömnsvårigheter och värk. Även dessa problem blir vanligare. I Sverige har ökningen av dessa stressrelaterade symptom bland 15-åringar varit mer uttalad än i övriga undersökta länder.

Efter 1980 är utvecklingen av utagerande problem blandad där flera studier tyder på att ökningen upphört.

Sedan 1980 har förekomsten av suicid i ungdomsgruppen minskat eller varit oförändrad i flertalet europeiska länder. När utvecklingen i olika länder jämförs förefaller det finnas ett samband mellan utveckling av suicid och utveckling av stressrelaterade symptom.

Ett könsperspektiv

Flickor och kvinnor har avsevärt mer stressrelaterade symptom jämfört med pojkar och män. Allvarliga former av psykiska problem är dock vanligare bland pojkar/män vilket är särskilt påtagligt för suicid. Skillnaderna går att uttrycka som en kvot mellan förekomst av problem bland kvinnor/flickor jämfört med män/pojkar.

Utveckling

Överrisken för psykiska symptom bland flickor jämfört med pojkar enligt studien Skolbarns hälsovanor (77) är i stort oförändrad under perioden 1985–2001, se tabell 3.7.

Tabell 3.7 Förekomst av olika former av psykiska problem mer än en gång i veckan bland 15-åriga flickor jämfört med 15-åriga pojkar under perioden 1985–2001

| Symptom | Kvot för förekomst av problem bland flickor jämfört med förekomst bland pojkar | | | |
|-----------------|--|------|------|------|
| | 1985 | 1993 | 1997 | 2001 |
| Känner sig nere | 2,8 | 2,5 | 2,2 | 2,7 |
| Svårt att somna | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,3 |
| Huvudvärk | 3,3 | 2,9 | 2,5 | 2,7 |

Källa: Skolbarns hälsovanor.

Överrisken för psykiska symptom bland kvinnor jämfört med män enligt ULF (14) är även den i stort oförändrad under perioden 1980–2003, se tabell 3.8.

Tabell 3.8 Förekomst av olika former av psykiska problem i åldern 16–24 år bland kvinnor jämfört med män under perioden 1985–2001

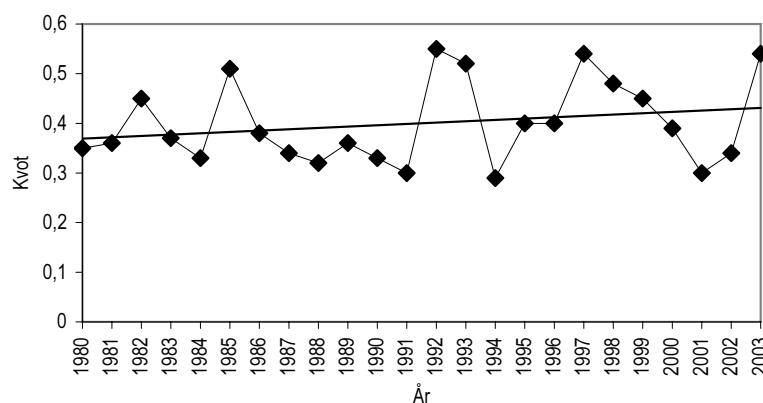
| Symptom | Kvot för förekomst av problem bland kvinnor jämfört med förekomst bland män | | | | | | | |
|---------------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1980–1981 | 1986–1987 | 1988–1989 | 1994–1995 | 1996–1997 | 1998–1999 | 2000–2001 | 2002–2003 |
| Oro, ångslan eller ångest | 2,3 | | 2,3 | 1,8 | 1,8 | 2,1 | 2,2 | 2,1 |
| Sömnbesvär | 1,5 | 1,2 | 2,0 | 1,3 | 1,1 | 1,2 | 1,4 | 1,4 |
| Huvudvärk | 3,0 | | 3,2 | | | 2,3* | | |

*Huvudvärk år 1998/1999/2000

Källa: ULF.

Underrisken för suicid bland kvinnor jämfört med män enligt uppgifter från NASP (92) framgår från figur 3.22. Under perioden efter år 1980 sker en viss utjämning mellan könen.

Figur 3.22 Förekomst av olika former av självmord per 100 000 och år bland kvinnor jämfört med män i åldern 15–24 år under perioden 1980–2003



Källa: NASP.

Sammanfattningsvis är skillnaden mellan könen i stort oförändrad under de senaste 20 åren. En svag tendens till utjämning påvisas för självmord.

Förklaringar till könsskillnader

För att tolka utvecklingen krävs förklaringar till den ökade förekomsten av symptom för det ena könet. En första förklaring kan vara att kvinnor tenderar att rapportera mer symptom. En studie av frågan tyder dock inte på att detta skulle vara fallet (125).

En andra förklaring är att kvinnor oftare uttrycker känslor tydligare än män. Detta gäller både negativa och positiva känslor och både känslornas intensitet och frekvens (126). Giltigheten för denna förklaring har dock ifrågasatts (127).

Den tredje förklaringen är att det finns en biologisk komponent. Könsskillnaderna uppträder i samband med puberteten. Samband har också påvisats mellan hormonnivåer omkring puberteten och könsskillnader för depression (128). Observationerna ger stöd för att skillnaderna delvis har en biologisk grund.

En fjärde förklaring är att könsskillnaderna hänger samman med den sociala konstruktionen av kön. En analys av könsskillnaderna

för stressrelaterade symptom i Skolbarns hälsovanor i 29 länder i Europa och Nordamerika har funnit stöd för denna hypotes (129). Uppgifterna i denna studie har jämförts med FN:s gender index. I länder där skillnaderna mellan kvinnors och mäns roller är stora är också skillnaderna i förekomst av symptom stora. Detta talar för att det finns en skillnad i socialisering och levnadsvillkor som bidrar till den ökade förekomsten av symptom bland flickor och kvinnor.

Det finns således flera tänkbara förklaringar till könsskillnaderna. Förklaringarna utesluter inte varandra.

Sammanfattande diskussion

De viktigaste fynden är följande

Under de senaste 20 åren har inåtvända problem blivit vanligare bland ungdomar både i Sverige och i andra höginkomstländer.

Ökningen bland ungdomar förefaller vara fortsättningen på en trend med början efter andra världskrigets slut. Fram till omkring 1980 ökar förekomsten av både utagerande och inåtvända problem. Ökningen av utagerande problem förefaller ha avstannat under de senaste 20 åren.

Allvarliga psykiska problem bland ungdomar har inte blivit vanligare under de senaste 20 åren.

Psykiska problem har även ökat bland vuxna. Ökningen är dock snabbare bland ungdomar än bland vuxna. Jämförbara uppgifter för barn saknas.

Inåtvända problem bland ungdomar är vanligare bland kvinnor än bland män. Ökningstakten är dock liknande för de båda könen.

Tillförlitligheten för självrapporterade uppgifter om psykiska problem

Den ökning av problem som påvisats gäller främst självrapporterade problem. Det går självfallet att ifrågasätta hur tillförlitliga sådana uppgifter är, särskilt som uppgifterna lämnats i enkätundersökningar eller vid intervjuer som omfattat en mängd andra frågor. Uppgifter om psykiska problem som oro, nedstämdhet och värk kan bara personen själv lämna. Det går därför inte att pröva säkerheten genom jämförelser med något objektiva biologiska mått som används vid samma tillfälle. Dock finns andra möjligheter.

En väg är att jämföra de uppgifter ungdomar lämnar i en enkät med det som framkommer vid en intervju med en psykiater. Mäniskor i alla åldrar rapporterar psykiska problem som en psykiater inte uppfattar vara uttryck för psykisk sjukdom. Ungdomar i åldern 20–24 år skiljer sig i detta avseende inte från andra åldersgrupper (82). Detta talar emot att den högre frekvensen självrapporterade symptom i ungdomsgruppen skulle bero på att ungdomar överrapporterar sådana problem.

Det går också att använda studier av ungdomar inom andra områden än psykisk ohälsa som vägledning. I dagens samhälle uppfattar de flesta att rökning är något man bör undvika. Särskilt gäller detta för ungdomar som röker mindre än den vuxna befolkningen. Det kan därför förväntas att ungdomsgruppen skulle underrapportera tobaksbruk i enkäter som delas ut i skolan. Det går att fastställa om någon använder tobak med hjälp av biologiska metoder. Överensstämmelsen mellan självrapporterat tobaksbruk och biologisk fastställt tobaksbruk är god (130). Det innebär att självrapporterade uppgifter om tobaksbruk är pålitliga. Detta talar för att ungdomar kan lämna tillförlitliga uppgifter om psykiska problem.

Det är möjligt att medvetenheten om känslor skulle ha ökat under perioden. Ungdomar skulle då ha blivit mer benägna att rapportera både negativa och positiva känslor. I studien Skolbarns hälsovanor finns en fråga om ungdomarna trivs med livet, dvs. en positiv känsla (77). Under perioden 1985–2001 har andelen ungdomar som ger detta svar minskat, tydligast bland flickorna. Detta talar emot att den ökade rapporterade förekomsten av problem kan förklaras av allmänt ökad medvetenhet om känslor.

En annan väg är att undersöka om ett självrapporterat problem vid ett tillfälle kan förutsäga ett objektivi fastställt utfall som självmord. Samband har påvisats mellan nedstämdhet och suicid (131, 132) och mellan depression och suicid (133, 134). Detta tyder på att upplevelse av nedstämdhet har konsekvenser. I denna framställning har samband mellan utvecklingen av suicid och förekomst av stressrelaterade symptom analyserat i 11 länder. Ett samband påvisas. Även detta fynd ger stöd för uppfattningen att ett självrapporterat problem kan förutsäga objektivi fastställda utfall.

Dessa övervägande talar för att den ökning av psykiska problem som ungdomar anger har reell innebörd.

4 Ungdomars syn på stress, orsaker och åtgärder

Sammanfattning

Knappt 700 ungdomar i grundskolan (årskurs 9), på gymnasieskolan (årskurs 2 och 3) och universitet från en liten, två mellanstora och en stor tätort i Sverige har haft möjlighet att ge sin syn på vad stress är, vad den beror på och vad man skulle kunna göra för att förhindra, alternativt minska stress bland ungdomar.

Av samtalen framgår att de allra flesta av grund- och gymnasieskoleungdomarna skiljer på stress och press. Press är något kul och nödvändigt, en "fartgivare", medan stress är ensidigt negativt. Flerparten anser att stressen är självförvållad eftersom man tenderar att göra det som är roligt, och skjuter tråkiga saker på framtiden. Den "dåliga" prioriteringen skapar tidsnöd och i förlängningen stress. Många framhåller att man lever i ett prestationssamhälle som i sig självt genererar stress, och att stress är ett naturligt inslag i livet. Något som man helt enkelt får lära sig leva med. I detta sammanhang uppger också många att den stora valfrihet som finns i dag är en källa till stress. Trots detta är det få som önskar att det skulle vara på något annat sätt. Utan man anser att det är upp till var och en att hitta ett eget förhållningssätt för att hålla stressen stången. Ungdomarna anger också media och reklam som en orsak till stress. Framför allt flickorna uppger att de har svårt att värja sig mot de dominerande tre S:en – snygg, smal och sexig.

En vanlig stressfaktor bland ungdomar med utländsk bakgrund på yrkesförberedande program är svårigheten att få ett jobb efter skolan så man kan tjäna egna pengar, medan egna högt ställda krav på att få höga betyg är en stressfaktor bland ungdomar på teoretiska gymnasieprogram. Gymnasisterna på den lilla och mellanstora orten är stressade över dåliga kommunikationer i kommunen, och vill ha körkort så fort som möjligt.

Även om ungdomarna identifierar många olika ingredienser i livet som orsak till stress överskuggar emellertid en faktor alla övriga,

nämligen skolan. Skolan är den främsta, och i många fall den enda, stressframkallande faktorn för nära nog alla ungdomar. Majoriteten anser att skolstressen beror på att man – under perioder – har så mycket läxor som skall göras efter skolan att det får till följd att man är tvungen att försaka fritidsaktiviteter och kompisar. Man anser därför att lärarna sinsemellan bör planera och samordna prov och läxor så dessa "arbetstoppar" undanröjs, och därmed även stressen. Ämnes- och betygsystemen är en annan vanlig stressfaktor. Flertalet av ungdomarna anser att lärarna inte förstår vare sig mål eller kriterier, och att de tolkar dem självsvåldligt. Man menar att detta får till följd att kunskapsnivån i ett ämne skiljer sig åt både på klass- och skolnivå. Många säger sig bli stressade av orättvisan i att X kan ha ett högre betyg än Y, trots att Y har mer kunskap i ämnet. Många ungdomar uppger också att man blir stressad av för mycket eget ansvar – att man förväntas själv ansvara för sin skolgång. Lärarna uppfattas som dåliga pedagoger, och anses framför allt brista i socialt och emotionellt stöd. Man tror att många ungdomar mår dåligt av att vara "osynliga", och att fler lärare, mindre skolor och klasser, skulle minska stressen eftersom varje elev då skulle bli "sedd".

Av samtalen framgår även att merparten av grund- och gymnasieskoleungdomarna, oberoende av ort, tror att stress bland ungdomar är betydligt vanligare i stora tätorter. Samtalen visar också att majoriteten av ungdomarna i den stora tätorten är stressade, medan majoriteten i den lilla och mellanstora orten inte är det. Vidare framgår att ju äldre ungdomarna är desto mer stress upplever de, fler gymnasister än niondeklassare är stressade. Enda undantaget är ungdomarna på yrkesförberedande program i den lilla och mellanstora orten som i princip inte är stressade alls.

Liksom grund- och gymnasieskoleungdomarna skiljer studenterna press från stress. Press är när man har mycket att göra, medan stress är synonymt med att ha mycket att göra på för lite tid. Även studenterna framhåller att samhället bygger på högt ställda prestationskrav som både skapar och upprätthåller stress. Bland studenterna är den främsta stressfaktorn ekonomin. Man uppger att man inte klarar sig på studielånet, utan är tvungna att jobba extra. Konsekvensen är att man ständigt är stressad, dels eftersom tidsbristen är konstant, dels av en ständig växelvis oro över studieresultaten och ekonomin. Allt för mycket självstudier är en annan vanlig stressfaktor. Man anser att för mycket ansvar på den enskilde studenten i kombination med allt för lite vägledning orsakar stress,

och att få föreläsning-, seminarie- och diskussionstillfällen i förlängningen kan leda till isolation och depression.

Datainsamling

För att öka förståelsen för vad i ungdomars livssituation som orsakar stress upplever som stressande samt tänkbara förklaringar till den negativa utvecklingstrenden har utredaren – i enlighet med utredningsdirektiven – låtit genomföra samtal med omkring 680 ungdomar på fyra orter i landet. Samtalen syftade till att inhämta ungdomarnas synpunkter på utredningens tre frågeställningar 1) vad ungdomarna anser att stress är, 2) vad de tror att stressen bero på och 3) vad de anser att man bör göra för att förhindra alternativt minska stress bland ungdomar.

Urval

För att få så stor geografisk spridning och befolkningsvariation som möjligt valdes skönsmässigt en grundskola på en liten ort i Götaland, en mellanstor tätort i Norrland samt en stor tätort i Svealand. Vidare valdes två gymnasieskolor ut på den sistnämnda orten och en gymnasieskola vardera på de två förstnämnda orterna. Samtliga elever i årskurs 9 på respektive skola på samtliga orter deltog i samtalen. Likaså deltog samtliga gymnasister i årskurs 2 på skolorna i den lilla och mellanstora tätorten i samtalen. Av gymnasterna från de två skolorna i den stora tätorten gick hälften vardera i årskurs 2 respektive årskurs 3.

Drygt 300 elever i årskurs 9 och omkring 380 gymnasister på såväl teoretiska (inkl det Individuella programmet) som yrkesförberedande program deltog i samtalen som genomfördes i skolan under lektionstid. Skolledningen på aktuella skolor hade i förväg delat upp klasserna i smågrupper med 6–12 elever per grupp. Samtalet – som bandades – pågick i *minst* 30 minuter med varje grupp. I många fall utsträcktes samtalet på elevernas begäran till en timme eller mer. Vissa grupper samtalade i två, tre timmar. Sammanställningen av niondeklassarnas och gymnasternas syn på stress och åtgärdsförslag bygger på totalt 55 timmars samtalstid.

Även 14 studenter har haft möjlighet att komma med synpunkter. Av dessa var hälften vardera hemmahörande på Lunds universitet

respektive Mittuniversitetet. Samtalen genomfördes på respektive universitet och pågick i tre timmar vardera. Under samtalen fördes anteckningar.

Genom Sveriges förenade studentkår (SFS) försorg har ytterligare 100 studenter kommit till tals. Under SFS:s vårkonferens 2006 anordnades en speciell workshop för att besvara utredningens tre frågeställningar. Workshopen genomfördes i tre stora grupper. Varje grupp hade att ta fram två svar på varje fråga. Sammanställningen av studenters syn på stress och åtgärdsförslag bygger på SFS anteckningar från denna workshop och på utredningens inhämtade underlag.

Vidare har utredaren fått synpunkter från åtta ungdomar som deltog i Barn- och ungdomsmötet 2006 – Ett Sverige för barn. Mötet var en del i satsningen Ett Sverige för barn, som regeringen tillsammans med Barnombudsmannen och Sveriges Kommuner och Landsting genomfört för att öka kunskapen om FN:s barnkonventions betydelse för barn i Sverige och för svensk barnpolitik. Visionen är att skapa ett Sverige som är ännu mer anpassat för barn. En viktig del i detta är att skapa större och bättre möjligheter till inflytande och delaktighet för barn och unga i beslut som rör dem. Den intresserade kan läsa mer om Ett barn för Sverige på <http://www.regeringen.se/sb/d/6365>.

Under Barn- och ungdomsmötet 2006 – Ett Sverige för barn hade 61 barn och ungdomar från hela landet samlats för att gruppvis diskutera aktuella frågor inom regeringskansliet såsom: integration; migration; regeringens ungdomssatsning; jämställdhet; hållbar konsumtion; medier; Internet och hur regeringen ska nå ut med information till barn och unga samt stress och mobbning. Målet var att ta till vara på de unga deltagarnas åsikter och förslag, och förmedla dem till beslutsfattare i regeringen och på Regeringskansliet. Deltagarna dokumenterade själva mötet i form av två fanzines som finns åtkomliga på <http://www.regeringen.se/sb/d/6255/a/65065>.

Grundskolans årskurs 9

Göta l a n d – liten ort

Grundskolan har 611 elever i årskurserna 6–9. All verksamhetsplanering utgår från att eleven är i fokus. Särskolan ingår som en integrerad del i ordinarie verksamhet.

Stress är press

De allra flesta gör åtskillnad mellan press och stress. Press är något kul och nödvändigt, en fartgivare "Jag är inte stressad. ...Jag kollade på ett tv-program som var för såna här skidor och såna här berg och då kom det en lavin ovanifrån, lite så är det. Det gäller att komma undan, det är som en utmaning". Stress däremot uppstår när tiden inte räcker till alternativt används felaktigt. "Press är att prestera och press och bråttom då är det stress, är du på. Det räcker inte bara med press för att bli stressad". "Stress är en onödig stress. Det är dåligt, typ att folk klagat på en och man får gå möten och så när du suttit på det där möte och tänkt igenom och då har du inte kommit någon vart. Då har det varit helt onödigt". Många är positiva till press för att man "kan få bra reaktion efteråt". Flertalet tror att stress beror på samhällsutvecklingen. Att kraven ökar, och man ska hinna med så många saker och vara bra på allt. Alla är numera välutbildade vilket skapar högre krav vilket leder till mer press i kombination med lite tid "det är en ond cirkel". Många tror att det kommer att vara mindre press och stress när man är vuxen och har barn och familj. Att man då har bättre "koll på vad som är viktigt". Andra tror att stressen kommer att öka eftersom ju äldre man blir desto mer krav har man på sig. Oro över framtiden är det inte många som känner. Även om "man säger att samhället försämras och så. Men man orkar inte riktigt bry sig det för det är inte aktuellt. Det är så långt borta"

Skolledningen är viktigast

Ytterst få ungdomar känner sig stressade. Man är överlag nöjda med skolan och livet i allmänhet. Lärarna är mycket bra. De känner alla eleverna och ser om någon mår dåligt och tar då kontakt och erbjuder sin hjälp. Att bli sedd och hörd är det som spelar störst roll för hur man mår. Sammanhållning i klassen är A och O. Och det är lättare om klassen är liten. Då finns förutsättningar att verkligen lära känna varandra och göra saker ihop. Man måste ta hand om varandra. I princip alla ungdomar anser att skolledningen är avgörande för ungdomars trivsel och psykiska hälsa. "Rektorn är det viktigaste i skolan. Det är ju han, typ, som är skolans representant. Det är ju han som sköter allt". Att skolan är så bra beror på den förre rektorn. Han var en f.d. officer och "grymt bra" – mycket bestämd

men snäll och omtänksam. "Han stannade och pratade och hälsade på alla och liksom var mycket noga med att ha en god relation till eleverna." Att rektorn alltid var tillgänglig var ett stort plus. "Han fanns ju där och man kände att man litade på honom. Det första han gjorde när han började var att han flyttade ut sitt kontor och så satte han sitt bord mitt i biblioteket. Så man såg honom hela tiden, det är glasväggar i biblioteket, antingen där eller i korridorerna". Den respekt man kände för rektorn berodde på att det han sa gick hand i hand med det han gjorde. Han hade "koll på vad alla gjorde och sa till på en gång och fick oss att förstå varför man inte skulle. Han var insatt i hur vi i skolan känner oss och fick oss förstå var problemen ligger".

Små skolor och klasser

De allra flesta tror att graden av stress är avhängig orten man bor på. "Här i NN är man lite bortskämd och vi tar det mycket lugnare än i andra skolor för man har ju vänner i Stockholm som man träffar och de har ju mycket mer tidspress." De som bor i en storstad är per automatik mer stressade än de som växer upp på mindre orter. I storstäder är det mer intryck och "mer gäng" och större press på att vara på ett speciellt sätt. "Stress alltså ...jag tänker på hur mycket hjärnan måste arbeta, hur mycket man måste tänka på samtidigt, om du fattar. Det är ju jobbigt att tänka på flera saker samtidigt, och så går det 5 000 elever i skolan så ska man tänka på 5 000 elever sen har de tre kilometer hem och sen är det ju alla ljud som är jobbigt och reklamen". Storstaden är också mer problemtyngd "mer sånt här, droger och alkoholister och sånt så barn och ungdomar kan ju ha det svårt om man har sånt i städerna". Skolorna i storstäderna är mycket större än ute landet. Det är varken bra för elever eller lärare med stora skolor och stora klasser. Lärarna blir maktlösa och det är "omöjligt för en lärare att lära känna alla och då uppstår situationen att eleverna kan bestämma" vilket får till följd att lektionerna blir oroliga och stökiga. I NN är klasserna mindre "och läraren har mer tid för oss. Lärarna ger oss mer tid för de behöver inte rätta massor av prov och så där". Man är eniga om att för att må bra i skolan så måste lärarna ha social kompetens och kunna tala med eleverna. Bra kontakt med eleverna motverkar stress. Lärarna måste visa att de bryr sig om den enskilde eleven.

Alla prov samtidigt ger skolstress

Även om i princip alla anser att "vi har det rätt bra här" är skolan en källa till stress för en del. Flera menar att mycket stress skapar man själv och "vill man ha bra betyg så är det ju mycket att göra". Förutom skolmaten, som många anser är under all kritik, är en del ibland stressade i skolan. Dock endast under vissa perioder, företrädesvis före loven då prov i nästan samtliga ämnen skall klaras av. Man önskar lärarna höll sig till vad som är beslutat, "man får ha tre prov i veckan och när man har det och så är det en lärare till som vill ha prov så kallar de det bara för läxförhör", och att de sinsemellan samordnade prov och läxor så arbetsbelastningen vore jämt fördelad över terminen. För om proven var utspridda "skulle kunskapen fastna", och inte som i dag då "man lär sig ju bara sakerna för stunden för man hinner inte annat och sen efter några veckor glömmer man bort allting för man har så mycket annat att plugga in".

En del tycker att man har för mycket läxor och flera menar att det inte behöver vara på det sättet. Mängden hemläxor bestäms av den undervisningsmetod som läraren har. "Vi kan jämföra med våra fysiklektioner. Vi har delade grupper och den andra gruppen har mer att sitta och lyssna och sen får de göra uppgifterna hemma, medan vi har praktiskt arbete och gör allt på lektionerna". Flera anser att lektionerna skulle vara både roligare och mer meningsfulla om de är mer praktiskt orienterade. Om ämnena och uppgifterna är tydligt kopplade till verkligheten så man förstår varför man ska lära sig dem. Några anser att man bör ha mer praktik på grundskolan. "Man lär sig mycket mer av att få se hur det är att jobba på riktigt."

Några av ungdomarna anser att hoppet från mellan- till högstadiet är för stort. "I sexan är man fortfarande liten och när man kommer upp till sjuan så förväntas man bli lite vuxen och sen när man kommer upp i åttan då ska man vara vuxen. Då ställer lärarna krav på en. Och de ska ändå fatta att man inte kan kräva så mycket, utan ta det lite lugnt. Att man inte är vuxen". Skolan borde därför "se till att successivt höja kraven från årskurs 6 så att man är mer förberedd". Man skulle till exempel kunna ha "betyg i kärnämnen från och med årskurs 6 och sedan plussar man på successivt".

Svealand – stor tätort

Grundskolan har 465 elever i årskurserna 1–9. Skolan är ingen profilskola men har kulturinriktning som innebär att drama, musik och bild är väsentliga inslag i verksamheten.

Krav och att hinna med så mycket

Majoriteten av ungdomarna anser att stress framför allt beror på krav från antingen föräldrar, lärare eller dem själva. Att ha krav på sig att prestera är i sig stressande. Det rör sig om allt från krav på att ha alla rätt på ett prov och att städa sitt rum till att ställa upp för kompiserna. Överlag uppfattas krav, oberoende vilket, som något negativt, varför även stress upplevs negativt. Stress ger psykiska obehagskänslor som nervositet och irritation samt fysiska besvär som huvud- och magvärk samt sömnproblem. Ett fåtal av ungdomarna anser att utan krav skulle människan inte utvecklas, och att stress därför kan få positiva konsekvenser i det fall man klarar av att leva upp till dem. Man menar att stress går att undvika genom att lära sig att planera sin tid och sitt liv. "Man måste lära sig att förvandla stress till press, då blir det en positiv känsla. En känsla av utmaning som ligger inom räckhåll".

Tidsbrist är ett annat skäl till varför man blir stressad. Många upplever att tiden inte räcker till att göra allt man vill. Man har svårt att få ihop de olika delar som ingår i livet, skolan och läxor, fritidsaktiviteter, träffa kompisar, vila och hjälpa till hemma. De flesta har ett fulltecknat schema efter skolan och tider att passa. Mest stressande är att hinna ta sig till och från hemmet och de olika aktiviteterna. Men "när man väl är där försvinner stressen, och sedan är det bara roligt". Eftersom stressen försvinner funderar man inte på att reducera antalet aktiviteter. Flertalet tror att den höga aktivitetsnivån på fritiden är anledningen till att dagens ungdomar är mer stressade än de egna föräldrarna när de var unga. Många, framför allt pojkarna, menar att det är stressande att behöva gå till skolan eftersom de måste gå upp tidigt på morgonen. Man är ofta trött efter en natt med för lite sömn. Stress över läxor och prov gör att man får dålig sömn, vilket i sin tur leder till mer stress. Men många gånger beror tröttheten på att man helt enkelt lägger sig sent. Liksom i fallet med stressen på fritiden försvinner stressen när man väl anlänt till skolan. En del pojkar är främst stressade på fredagar. Då gäller det

att kolla upp vad kompisar skall göra, vilka fester som är på gång och vem som fixar alkoholen etc. Ett fåtal flickor menar att ungdomstiden är stressande. Att vara tonåring är i sig stressande och "Man är varken barn eller vuxen och har hormoner som gör som de vill".

Skolan den främsta enskilda stressfaktorn

I princip alla anser att skolan är den främsta orsaken till stress. Skolstressen beror på att både föräldrar och lärare har krav på att man skall få höga poäng för att komma in på gymnasieskolan. I princip alla ungdomar anser att betygshetsen dominerar i årskurs 9, och att stressnivån är betydligt högre jämfört med årskurs 8. Lärarna är tydliga i sina krav, de "hamrar in hur viktigt det är att få höga poäng för att komma in på det gymnasium som man vill". Föräldrarnas budskap är detsamma, men inte lika direkt. Även om föräldrarna inte alltid säger något så förstår man av deras reaktion på ett mindre lyckat skolresultat att de är besvikna. Men många av ungdomarna, framför allt flickorna, stressas av sina föräldrars uttalade krav på betyget MVG. Merparten av dem anser att de är "självstressande" eftersom de har höga krav på sig själva. Också många pojkar tror att flickor är mer stressade än pojkar eftersom flickor överlag är mer ambitiösa. Ett fåtal flickor, men ingen pojke, blir stressade av relationsproblem. Om de till exempel har bråkat med en kompis, pojkvän eller förälder "då går all ens energi åt till det och man kan inte koncentrera sig på skolan och skolarbetet förrän allt är bra igen". En del anser att mobbning i skolan är en orsak till stress.

Man stressas också av att läxorna är för många och att lärarna sinsemellan inte samordnar proven. Prov i olika ämnen förläggs till samma vecka, ibland även under samma dag. Detta ger "toppar" av läxor som minimerar ledig tid och man hinner inte med fritidsaktiviteter och absolut inte att träffa kompisar. Och när man "tar sig tid" att träffa kompisar är man stressad eftersom "man hela tiden tänker på att man borde plugga i stället".

Samtliga ungdomar "vet" att för att få ett arbete måste man läsa vid universitetet, och då krävs betyg från en bra gymnasieskola. Och för att komma in på en "bra" gymnasieskola krävs höga betygspoäng från grundskolan. Alla vill gå på en gymnasieskola i innerstaden, som alla åtnjuter den högsta statusen och även högsta intagspoängen. I valet av gymnasieskola är arbetsmiljön mycket

viktig. Flertalet av ungdomarna har besökt aktuella skolor för att veta vilka som är trivsamma.

Norrland – mellanstor tätort

Grundskolan har 388 elever i årskurserna 6–9. Skolan är indelad i fyra arbetsenheter som består av fyra klasser i årskurserna 6–9. Skolan arbetar tematisk; läsåret 2005/06 är dessa teman Inskolning/friluftsliv, NN/närområde/traditioner, matematik och Liv och lust samt Festivalen.

Stressambället

Majoriteten av ungdomarna menar att stress är när man har krav och/eller förväntningar som skall infrias inom en fastställd tidsperiod. Många anser att man får skylla sig själv om man blir stressad eftersom det oftast beror på att man skjuter så mycket på framtiden. Krav och yttre press behövs eftersom man då får saker gjorda "men om man inte har den tid som behövs då blir man stressad och det är inte bra". Flertalet gör skillnad mellan vardagsstress och skolstress. Vardagsstressen genomsyrar hela samhället. Det handlar om att allt ska gå fort och att "allt och alla ska vara bäst hela tiden". En del är stressade över att föräldrarna ställer höga krav på dem, andra över lärarnas krav som man menar ger dubbla budskap. "Lärare säger plugga inte ihjäl dig men plugga jättemycket." Prestationskraven och den osäkra arbetsmarknaden leder till att människor hela tiden känner att de inte duger utan att de måste bli bättre. "Jag menar... småungar som spelar fotboll. Man spelar ju inte längre för att det är kul att spela fotboll. De får ju höra att de inte platsar att vara med när de är typ 5 år". De allra flesta känner inte av någon vardagsstress i dagsläget, men flera ungdomar förväntar sig, och fasar över, en stressig framtid. "När man flyttar hemifrån måste man göra en massa jobbiga saker. Så kommer man hem från ett jättejobbigt jobb och så ska man börja göra mat och städa och sånt. Det kommer jag aldrig att klara, betala räkningar och ge bort en massa pengar. Nä, det skulle jag aldrig klara."

Skönhetsidealet

Flertalet flickor, men också en del pojkar, anser att "det finns ett skönhetsideal i dag som upptar många människors fritid och som skapar stress". Media och reklam förmedlar ett enda kroppsideal och ett enda utseende. En del anser sig kunna värja sig från medias budskap medan andra "kan inte påverka hur mycket jag tar åt mig av reklam, jag tar åt mig vare sig jag vill eller inte". Man tycker att information om vad som farligt att äta, som t.ex. chips och fett, är bristfällig. Likaså brister informationen om hur man ska äta. Inte alla ungdomar fattar att de har ätstörningar som anorexi och bulimi. Flera flickor är övertygade om att ätstörningar är mycket vanligare än man tror. Medias budskap att man skall vara smal skapar stor press på enskilda individer, och man har erfarenhet av att "tjejer triggas varandra, man härmar och så får man tips och råd om hur man ska spy och så där". Majoriteten är övertygad om att bättre fysisk hälsa ger mindre stress.

Skolstress dominerar

Majoriteten av ungdomarna är stressade över att prov och läxor i olika ämnen förläggs till en och samma period. Då är skolarbetet så omfattande att man inte hinner med sin fritid. Både helger och kvällar går åt till läxor. "Skolan suger upp det mesta av tiden, ibland om man har tur blir det någon fredag eller lördagskväll på stan." Några sover för lite på grund av alla läxor som skall göras på kvällstid och blir stressade av det. Andra menar att de kommer runt sömnproblem under de värsta belastningsperioderna genom att prioritera ett ämne, och skolka från andra ämnen. Även om det i vissa perioder är lugnare är det flera som jämt är stressade eftersom man inte kan koppla bort skolarbetet på fritiden. "När man inte har läxor blir man stressad över det. Då blir man stressad över att man vet att man kommer att få läxor". Flertalet anser att mer av skolarbetet bör ske på skolan, inom ramen för skolschemat. Exempelvis skulle håltimmarna när man "inte gör någonting vettigt" kunna göras om till "läxgörningslektioner, så sen när man kommer hem så är man ledig". Andra tycker det är bra med hemuppgifter eftersom de behöver lugn och ro för att plugga. Flera menar att skolluncherna orsakar stress. Maten är dålig vilket leder till att man går hungrig hela dagen och får svårt att koncentrera sig. Lunchrasterna är så

korta att man måste "kasta i sig maten" vilket leder till att man får ont i magen.

Betygshets

Många av ungdomarna är skolstressade. I årskurs 9 handlar allt om att få bra betyg. Först oroar man sig över att välja gymnasieskola. "Skolan pressar och stressar. Det är svårt att veta vad man vill göra i framtiden men ändå ska man bestämma framtiden när man är 16 år genom att välja till gymnasieinriktning". Sen oroar man sig över att betygen inte kommer att räcka till för att komma in på den linje man valt. En del tror att betygshetsen är ofrånkomlig, att det nog måste vara på det här sättet och menar att det är överkomligt. Att vara stressad en kort period i ens liv är inte hela världen.

Många ungdomar tycker att många lärare är negativa. Sällan eller aldrig ger de positiva omdömen. Andra upprörs och tycker att det är "störande och stressande att lärare favoriserar vissa elever". En del menar att lärarna är partiska och att de inte följer det nuvarande betygssystemet. De betygsätter utifrån person och inte utifrån resultat. "De har förutfattade meningar. Jag menar om jag till exempel brukar få bra betyg i svenska så får jag alltid MVG även när jag inte förtjänar det. Därför att läraren vet att jag är bra. Men om till exempel NN skriver bättre än mig, och hon brukar få G, så kommer hon aldrig att få MVG eftersom läraren vet att hon är en G". En del anser att systemet bör ändras från tre till fem steg för att bättre differentiera mellan elevers prestationer. Andra anser att det bara bör finnas två steg, godkänt och icke godkänt.

För mycket eget ansvar

För flertalet är en stor källa till stress kravet att själv ansvara för sin egen skolgång. Pressen på att klara sig själv märks bland annat genom att "ju mindre du frågar lärarna om hjälp desto högre betyg får du. Man är rädd för att fråga om hjälp då man då avslöjar att man inte klarar av att ta eget ansvar". Många upplever att man tvingas leva med skolan hela tiden "eftersom man inte är säker på att man fattat så blir man osäker och så tänker man på det jämt, hela tiden när man är ledig, alltså om man gjort rätt eller inte". Och inte blir det lättare av att målen är otydliga. Ingen anser att målen eller kriterierna går

att begripa. "Alltså, man behöver ju en ordlista till kriterierna om man ska fatta vad det står." Överlag är det många som upplever att skolan "sparkar undan kryckorna när man behöver dem som bäst".

Förslag på åtgärder

Undervisningen i skolan

- Bättre samordning och planering av lärare av prov och läxor så att arbetsbelastningen fördelas jämt över terminen.
- Ämnesplanering för hela terminen delges eleverna i början av terminen.
- Minst en lärarledd läxhjälpstimme inom ramen för ordinarie schema.
- Successiv tillvänjning av läxor från och med årskurs 3.
- Obligatorisk kurs i studieteknik.
- Lika långa skoldagar hela veckan.
- Ställa högre krav på lärarna om "objektivitet" gentemot eleverna, så de inte är blinda för att elever kan förbättra sina studieresultat dvs. utgår från en elev som tidigare fått G alltid presterar G och endast G.
- Färre hemläxor – skolarbetet skall utföras på skoltid och i skolan.
- Maximalt tre läxor per vecka.
- Maximalt ett prov per vecka.
- Inga prov veckan efter lov.
- Resurstimmar inom alla ämnen, dvs. icke obligatoriska lärarledda "stödlektioner" inom ramen för skolschemat.
- Lärare på en och samma skola måste följa samma policy när det gäller ordning och trivsel samt prov och läxor.
- Inga håltimmar.

Skolpolitik

- Tydligare mål och betygskriterier.
- Ändra betygssystemet.
- Betyg i kärnämnen från och med årskurs 6 varefter betyg i övriga ämnen successivt läggs till.
- Utbilda lärarna i hur betygskriterierna skall tolkas.
- Endast behöriga lärare ska kunna få anställning.
- Fler fasta lärartjänster.

- Social kompetens och samarbetsförmåga som obligatoriskt ämne på lärarutbildningen.
- Mer praktik.

Skolan informerar om framtida val

- Information om gymnasievalet i årskurs 7 och 8.

Skolans psykosociala arbetsmiljö

- Fler lärare per antalet elever.
- Yngre lärare.
- Färre antal elever per klass.
- Färre antal elever per skola.
- Massagetimme med musik efter lunch.
- Gemensam "power-napp" i gymnastiksalen.
- Mentorn skall ha en total studiebild av varje enskild elev inför utvecklingssamtalen.
- Konkreta trivselregler i skolan gemensamt utarbetade av lärare och elever i årskurs 6.
- Stresshanteringsmetoder.
- Studie- och organiseringsteknikmetoder.

Skolans fysiska arbetsmiljö

- Bättre ljudisolering.
- Bättre ventilation.
- Vilorum.
- Ljudisolerat mysigt och bekvämt utrustat studierum.
- Bättre stolar och bord.

Skolans kost och fysiska aktiviteter

- Mer tid efter gymnastiken för att alla ska hinna duscha.
- Fler hemkunskapstimmar så att elever praktiskt får lära sig god kosthållning.
- Bättre skolmat.
- Äta så mycket som man vill på lunchen.

- Mer varierad skolmeny.
- Mer sallader.
- Mer frukt.

Övrigt

- Fler fritidsaktiviteter för ungdomar.
- Mode i tidningar, framför allt tidningar med ungdomar som målgrupp, bör alltid förevisas i alla storlekar och inte endast storlek 34–36.

Gymnasister

Götaland – liten ort

Gymnasieskolan är ett utbildningscentrum med nationell gymnasieutbildning som handels- och administrations-, industri-, naturvetenskaps- och samhällsvetenskapliga program och Entek – det nationella teknikprogrammet med ämnesöverskridande projekt med inriktning mot och i samarbete med företag i regionen, samt vidareutbildning för vuxna och skräddarsydda företagsutbildningar i samarbete med konsulter av olika slag.

Krav och de tre S:en

Flertalet av ungdomarna anser att stress är synonymt med tidsnöd, dvs. för lite tid och för mycket att göra. För många är stress något som man själv väljer. "Stressribban sätter man själv. Ju högre krav man har desto mer stress". Man kan undvika stress genom att planera, ha framförhållning och inte skjuta upp till morgondagen. Många menar att stress är en reaktion på dagens prestationssamhälle. "Att duga ligger som en hinna över hela samhället", vilket gör att människor blir uppgivna, "det känns inte som man har en chans". Man framhåller svårigheten med att "kunna lugna ned sig och nöja sig med att vara bra". Flera tror att stressen överförs från vuxna till unga. Vuxna i dag är betydligt mer stressade jämfört med för 20 år sedan "som vuxen har man en massa krav och skit, i dag måste man ha koll på en massa datorer och mobiler. Det är en massa nya grejer att hålla reda på. Och så jobba över. Det är många som jobbar över".

Media underblåser synen på att man måste prestera. "Man lägger ned sjukt mycket jobb på skolan och sen när man läser tidningen verkar det som man ska lägga ned lika mycket jobb på att äta rätt och motionera och vara smal och snygg." Man blir påverkad vare sig man vill eller inte av att "det enda som gäller är de tre S:en: snygg, smal och sexig". Eftersom fixering vid de yttre attributen mest gäller kvinnor tycker man inte att det konstigt att flickor, men inte pojkar, tar åt sig och mår dåligt. En del anser att medias betoning på sexualiteten tvingar ungdomar att bli vuxna för tidigt. "Nu gör man ju till och med reklam för BH:ar till småbarn." Många är positiva till skoluniform eftersom det skulle minska pressen på utseende och sexualitet, förutsatt att man får vara med och bestämma hur den ska se ut. Ingen vill ju ha knästrumpor. Skoluniform skulle också minska mobbning som har mycket med kläder och utseende att göra.

Dåliga kommunikationer – arbete – pengar – självständighet

Att inte klara av att ta körkortet är ett stressmoment för flera av ungdomarna. Eftersom kommunikationerna är så dåliga är det svårt att ta sig dit man vill utan bil. Körkortet är synonymt med frihet och självständighet. Det innebär att man inte längre behöver vara andra till besvär, att man inte behöver be om skjuts och hämtning. "Det är pinsamt att ringa, känns som att man utnyttjar den personen." En del som inte har extraknäck oroar sig för att inte ha råd att köpa bensin när man väl har tagit körkortet. Studiebidraget räcker inte till den utgiften, och under sommaren har man inga pengar alls. Man önskar därför att studiebidraget höjs. Men flertalet av ungdomarna arbetar på kvällen och helger och har god ekonomi. Att man har jobb är tur eftersom det inte finns mycket att göra i NN. Många saknar mer än ett fik att gå till. Men det skrala fritidsutbudet orsakar snarare tristess än stress. "Det finns inte så mycket att göra i NN så det finns inget att bli stressad över."

Prov + prov + prov + prov = stress

Majoriteten anser att skolan är det som stressar mest. Man tror inte att någon i skolan mår dåligt av något annat skäl. Skolan tar all tid. "Man är aldrig fri, har massor av saker att göra här och så kommer man hem och så har man massor att göra och tänka på." I princip

alla anser att det mest stressande är att alla prov och läxor kommer på en och samma gång – efter loven. En del menar att lärarna utgår från att loven skall användas till att plugga. “Allt på en gångprincipen” får till följd att “Man råpluggar, och lär sig inte lika mycket. Man lär sig för dagen. Man glömmer bort det man läst så fort provet är över”. Att plugga inför prov i flera ämnen samtidigt som sinsemellan inte har någon beröring innebär att man blir trött och får svårt att sova. Ett fåtal kan ibland få ont i magen av att ligga och tänka på allt som ska göras. Anhopningen av arbetet leder till skolkläftersom instudering av ett ämne många gånger sker på bekostnad av ett annat. “Skippar man något annat ämne för att hinna plugga till ett prov, och så kommer man efter i det ämnet, och så blir det en ond cirkel.” Skolkläftersom blir även konsekvensen för dem som har problem med att prioritera. “Man vet inte vad man ska välja är viktigast. Så då skiter man bara i det”. I princip alla är överens om att “skolan hör inte hemma på fritiden”, och man vill ha möjlighet att göra mer av skolarbetet i skolan. “I småskolan så lär vi oss läsa och läser ett kapitel i skolan, och så får vi gå hem och läsa och öva lite. Och så fortsätter vi nästa gång. Men nu är det mer som en inledning till ett arbete eller ett prov som vi ska få. Det mesta vi lär oss lär vi oss efter skolan”. Flertalet ställer sig frågande till varför det är så mycket självstudier, man har ju så många håltimmar. “Man sitter bara och väntar och väntar och blir slöare och slöare. Lärarna tror man blir pigg men man blir bara slö”. Några är missnöjda med att lärare inte lär ut nödvändiga förkunskaper. Om man ska klara av att arbeta självständigt så måste man veta “t.ex. hur man ska skriva en uppsats innan man skriver den. Som det är nu lär man sig hur man ska göra genom de egna misstagen som läraren kommenterat i marginalen på inlämningsuppgifterna”. Många anser att arbetsmiljön bidrar till stressen. Det är hög ljudvolym överallt i skolan, och det finns ingenstans att plugga i lugn och ro.

Ingen kunskapsrättvisa

Många är kritiska till att betygskriterierna är så “luddiga” så lärarna tolkar dem och bestämmer självsvåldigt målen. “En lärare säger att man kan hoppa över det och det kapitlet i svenska, medan en annan lärare säger att man måste läsa det.” Även kursplanerna revideras enligt den enskilde lärarens preferenser. Att enskilda lärare själva bestämmer kunskapskraven är odemokratiskt. Den allmänna upp-

fattningen är att "lärare skall utvidga elevernas kunskaper inte begränsa dem" och att "alla ska ha chansen till att lära sig grunderna i ett ämne, erbjudas lika mycket kunskap som alla andra oberoende av program".

Bättre och mer information

Flertalet är missnöjda med informationen om gymnasieutbildningar som gavs i årskurs 9. Den var knapphändig både om vilka gymnasieskolor och programinriktningar som står till buds. Man tror att det beror på att lärarna vill att man ska bo kvar i NN. Informationen om högskoleutbildningar bör man få i årskurs 1 i gymnasieskolan, och inte som i dag i årskurs 2. Informationen bör behandla utbildningsalternativen och skolor samt arbetsmarknadsläget, alltså inom vilka yrken som det finns jobb.

Yrkesförberedande program – ingen stress

Majoriteten av ungdomarna, oberoende om man går på ett teoretisk eller yrkesinriktat program, tror att de som går på teoretiska program är mer stressade än de som går på yrkesförberedande program. På både Samhällsprogrammet och på det Naturvetenskapliga programmet är konkurrensen stenhård och man måste "plugga som fan", fast av olika skäl. På den förstnämnda inriktningen måste man ha höga betyg eftersom man inte vet vilken högskoleutbildning man ska välja, och på den sistnämnda för att man vet vad man ska utbilda sig till. Flera tycker att det är fel att så många som inte är studiemotiverade, eller inte vet vad de vill göra, tvingas välja det samhällsvetenskapliga programmet. Det behövs mer praktiskt inriktade program för dem som inte vill studera vidare. Som det är nu måste man gå i gymnasieskolan även för att jobba inom service och industrin.

Ingen av ungdomarna på de yrkesförberedande programmen är stressade, "Vi är inte stressade, vi känner inte till ordet ens". Man har det väldigt lugnt i skolan och i princip inga läxor eftersom allt skolarbete sker under skoltid. Frånvaron av läxarbete i kombination med korta skoldagar gör fritiden stressfri. Man hinner med att göra det man vill. Överlag är man nöjd med skolan och livet och har inget att klaga på. Ett fåtal oroar sig "lite" över framtiden efter-

som det inte är lika lätt att få jobb i NN som för några år sedan. Men flertalet säger sig veta att "bara man har kontakter så får man jobb". En del tror att arbetsbrist är orsaken till stress bland unga i övriga delar av Sverige. Särskilt när det gäller de som går teoretiska utbildningar som också måste plugga mycket efter gymnasieskolan "som till exempel att bli statsvetare så pluggar du i tio år och så får du ändå inget jobb".

Svealand – stor tätort

Gymnasieskolan har omkring 900 elever och en estetisk profil med utbildning i dans, teater, bild och formgivning. På skolan finns också det samhällsvetenskapliga och naturvetenskapliga programmen. Dessutom finns ett specialutformat program i musik för blivande yrkesmusiker.

Prestationssamhället

De allra flesta ungdomar menar att stress är när man har för lite tid att göra det man ska. "Då har jag kanske tre förslag vad jag ska göra på en lördag. Och så vet jag att jag bara hinner göra en sak men då missar jag dom andra två och då trycker jag in dom också, och då blir det halvhjärtat, för jag vill verkligen inte missa något. Det är verkligen jättejobbigt att säga nej till något man vill men man måste ju lära sig det för sitt eget bästa liksom för då kan man ju vara där på den saken som man väljer". En del ungdomar menar att man i dag tänker alltför kortsiktigt, och att för att förändra samhället så krävs ett hållbarhetstänkande. "Vårt samhälle är ett prestationssamhälle. Jag menar, vi ska utveckla allting så mycket så möjligt utan att vi tänker på konsekvenserna. Jag gör jämförelse med hur vi utnyttjar jorden och när vi framställer saker". Andra menar att stressen beror på "att man liksom ska göra sitt eget jag. Vi blir uppfostrade till att vi kan bli vad vi vill och då blir det mycket höga krav".

Några anser att stress i samhället beror på en attityd och värderingsförskjutning. Man tolererar beteenden som förr inte var acceptabla. Ungdomar är bortskämda och tar samhällets välfärd för givet. "Det är som historien om kinesen. Kinesen frågar svensken 'Hur många semesterdagar har du?', 'Jag har 25, hur många har du?', 'Jag har 52 svarar kinesen. Alla söndagar'". En del anser att

dagens människor har större hälsoanspråk. "Det kanske är så att vi är petigare i dag. Man klagade inte förut, nu kan vi t.ex. klaga på att man har huvudvärk, men typ för 50 år då brydde man sig inte utan jobbade ändå. I dag tycker unga att det OK att stanna hemma från jobbet för att man är bakis".

Storstaden

Många framhåller att prestationssamhällets främsta utpost är stora städer. "Det är skillnad på att bo i Stockholm och på en liten ort. Här tittar man på andra människor och jämför och konkurrensen är jättehård. Jag menar... för att sticka ut så måste man göra så himla mycket. Det är så många att jämföra sig med, plus, kanske är det så att många karriärmänniskor söker sig till storstan. Det är dom man ser. Ja, jag tror inte att man får samma realistiska syn på hur det ser ut i livet". I stora städer är det också mycket mer "intryck" än på små orter "reklam och sånt där, det är cirkulation och ljud och buller. Folk överallt. Förr var det mer rofyllt så man kunde klara av att göra det man behöver göra. Man blev inte lika stressad". Stora städer har också fler människor. "Den moderna människan liksom, ja typ, förr så kände man sin by och träffade 100 personer i hela sitt liv. Nu, verkligen, jag träffar hur många som helst och tittar på tv. Jag tror att nåt händer i vårt undermedvetna. Vi tror att alla har det så bra och så lätt och är så lyckliga, och då får vi för oss att vi är dåliga bara för att vi inte lever upp till det här. Jag tror att det händer något undermedvetet".

Krav och val

En av de största samhällsförändringarna som skett under de senaste decennierna är den ökade valfriheten. Majoriteten av ungdomarna anser att det är fantastisk att man kan välja mellan så många alternativ. Det vill man inte ändra på. Utan det handlar om att hitta ett förhållningssätt så att man "kan själv välja när man vill göra val". Som det är nu så blir man stressad av att alltid vara nåbar. Men att stänga av mobilen är inte ett alternativ eftersom "då blir man stressad över att man kanske missar något". Många anser att stressen bland dagens unga framför allt beror på dessa svårigheter. "Hur man än gör blir man stressad" eftersom varje gång man väljer något så vet

man att man väljer bort något annat. "Det är inte själva friheten som är stressande utan det här att om jag väljer någonting så är det så mycket annat som jag kanske väljer bort. Man vill ju alltid välja det bästa valet när det finns så stor frihet". Några anser att man får göra för många svåra val i alltför ung ålder. "Man vill ju kunna påverka sitt liv själv, och hela den tanken är ju jättebra. Men jag tror inte att människan mår bra av det för jag gör i alla fall inte det... jag vill alltså ha lite ramar och gå efter. Jag vill inte vara helt fri". Det finns så många saker att göra och man vill göra allt, frågan är hur det ska gå till. "Det finns så mycket som man skall hinna med. Det är också en sån här stressgrej, man skall ha ett bra jobb, tjäna mycket pengar, hinna se mycket, resa jorden runt tre gånger innan man dör, och man ska hinna skaffa familj och barn och bra jobb man trivs med och sen ska man också hinna med att åka till Österrike och vara skidinstruktör några månader. Ju fler alternativ och ju mer man kan göra desto mer press känner man på sig att man ska hinna med alltihop".

Oviss framtid

För flera av ungdomarna är det stressande att inte veta vad man vill bli. Medan några blir stressade över hur "vanligt det är med arbetslösa akademiker", och att även om man skaffar sig en gedigen utbildning så är det inte säkert att man får jobb. "Man får inget jobb om man inte vet någon som kan fixa ett jobb åt en." Ytterligare en stressfaktor är studielånen. Flertalet har föräldrar som varnar för studielån. Så många känner sig tvingade att hitta ett jobb för att finansiera sina eftergymnasiala studier. Risken finns att man inget jobb får, och då kan man överhuvudtaget inte betala av dem. Den ovissa jobbutsikten får stundtals gymnasiestudierna att kännas meningslösa.

Gymnasieskolan ett måste

Flertalet av ungdomarna har valt det samhällsvetenskapliga programmet för att det öppnar mest möjligheter i framtiden. Man kan söka till vilka eftergymnasiala utbildningar som helst. Vill jobba inom den kreativa sektorn så behövs ingen formell utbildning. "Musik och dans och sånt där kräver inte utbildning, utan då blir man upptäckt för sin talang. Bästa sättet är att ha ett eget band och göra demos

och skicka in”. Inte alla, men de flesta, är överens om att föräldrarna sätter press, dels att gå ut gymnasieskolan, dels att lyckas bra i skolan. De ungdomar vars föräldrar har studerat tycker det är jätteviktigt, och de föräldrar som inte studerat tycker att det är ändå viktigare. Flertalet av ungdomarna anser emellertid att det är fel att den “obligatoriska” skoltiden numera är 12 år. “Alla ska gå i gymnasiet, det är en sån här officiell grej, alla ska gå i gymnasiet.” “Så då kanske sådana som det inte alls gått bra för, och som fått höra att de är jättedåliga i grundskolan också får höra att de är jättedåliga i alla ämnen på gymnasiet. Men de kanske är jättebra på att dreja eller nåt sånt där, och när det gått ut känner de att de inte är någonting värda, och lever på socialbidrag hela livet utan att ha fått möjligheten att dreja”. En del menar att intagningsystemet skapar elitskolor, vilket orsakar stress eftersom konkurrensen blir så hög. “Bättre med miljö där folk är blandade och där nivån är någon slags medel. så att alla kan ta sig fram och man lär sig att man är duktig. För här är ett VG ett misslyckande”. Andra tycker tvärtom att det är bra att samla studiemotiverade elever i samma skola/klass eftersom kunskapsnivån då blir högre.

“...det märks inte att skolan är en arbetsplats som vilken som helst...”

Många ungdomar anser att stress orsakas av den fysiska arbetsmiljön, och framhåller det orättvisa i att lärarna har det bättre än dem. Lärarrummet är ljudisolerat och möblerat med mjuka soffor, och gardiner hänger i fönstren och tavlor på väggarna. Klassrummen och gemensamma elevutrymmen är inte ljudisolerade, oinredda med tråkiga väggfärger och inga gardiner eller tavlor. Flertalet anser att skolan borde vara som vilken annan arbetsplats som helst. Ungdomar skulle inte vara så stressade om skolan var välkomnande, bekväm och funktionell och tyst.

Socialt och emotionellt stöd

Ett annat stressmoment i skolan är lärare som inte uppmärksammar var och en av eleverna. “De kan liksom inte umgås med oss, de är vuxna och vi är ungdomar. Man är fortfarande kvar i hierarkin, du är elev och jag lärare. Vi pratar inte med varandra liksom”. Många upplever att de är “osynliga” i skolan. Om lärarna är tillsammans

med eleverna på rasterna och under lunchen skulle de "märka om någon inte var som vanligt". Många hävdar att de har lärare/mentorerna som efter en termin inte vet vad de heter. Mentorerna är få och har för många elever – många av dem har inte heller eleverna i något ämne – och hinner aldrig lära känna dem individuellt. Om var och en hade ett personligt förhållande till sin mentor skulle "man till exempel kunna vara sjuk utan att få ångest över att läraren tror att man skolkar". Man önskar att mentorerna inför utvecklingssamtalen informerade sig om hur den enskilde eleven ligger till i de olika ämnena genom att tala med övriga lärare. En av ungdomarna berättar om sin erfarenhet från Skola 2 000. "Vad som är grejen där, den stora skillnaden är att där umgicks lärarna med oss, de åt med oss och de kunde komma och prata med en. Vi hade en SO lärare som tog några killar på en hockeymatch. Alltså man får ju väldigt bra respekt för lärarna. De här killarna skulle ju aldrig bråka med honom eftersom han var mer en mentor eller kompis för dom här killarna. Det är ju inte så konstigt att vi har problem med elever som hotar lärare eftersom man inte har någon respekt för lärare". Flertalet är övertygade om att en god, nära relation lärare och elev emellan kan förhindra både stress, depressioner, mobbning och våldsytringar bland ungdomar.

Skolarbete på skoltid

Lärarna är missnöjda och stressade och det smittar av sig. De klagar över nedskärningarna i skolan. "Man ska tycka synd om dom för att de fått så få timmar, alla tycker egentligen man skulle hinna med mer på lektionerna men eftersom vi bara har två timmar får ni göra det hemma istället." Flertalet av ungdomarna blir stressade över att så mycket av skolarbetet sker utom skoltid. "Det svåraste är att man aldrig blir klar, man känner aldrig att någonting är avslutat. Vuxna behöver inte ta med sig arbetet hem, och tänker inte på att man inte har samma villkor som de", "Det är mycket det som många vuxna har svårt att se att när de går till jobbet kan de koppla av när de kommer hem. Allt de ser är att – Du slutar två timmar tidigare än jag". Många blir stressade över att all tid utanför skolan går åt till att antingen göra läxor eller tänka på att man borde göra läxor.

Ämnes- och betygssystem stressar

En annan stor skolstressfaktor förutom lärarnas bristande pedagogik är betyg- och ämneskurssystemen. Flertalet ungdomar upplever att de alltid måste vara på "topp". Det finns inget "utrymme" för tillfälliga svackor eller sjukdomsperioder i A-, B- och C-kurssystemet. Eftersom varje kurs betygssätts separat, men summeras i utgångsbetyget, kan man inte förbättra ett betyg. Betygssystemet, G, VG och MVG anser samtliga ungdomar är under all kritik. En tregradig skala ger ingen rättvis betygsättning. Ungdomarna anser att de och lärarna har samma uppfattning i denna fråga. Detta eftersom samtliga har erfarenhet av att lärarna lägger + och - till betygen. Ett G kan vara nästan ett VG eller knappt ett G. Man tror att lärarna gör detta av välvilja, även om flertalet anser att tilläggen av + och - endast skapar osäkerhet. Man vet inte vilket av betygen som kommer att gälla i slutändan, dvs. slutbetyget. Samma negativa uppfattning har man till lärare som separat betygsätter olika moment i ett prov. "Alltså jag blir stressad när ...vi har såna här matteprov och då fyller läraren i olika kriterier på varje uppgift. Alltså jag HATAR det här systemet ...när man känner sig osäker på var man ligger, på vad man har presterat egentligen. T.ex. man får ett VG på tolka men inte redovisning ...vad har man då fått? ...man vet inte betyget ...om man inte får veta slutresultat fattar man ingenting, de måste summera betygen till ett så man vet hur man ligger". Majoriteten anser att lärarna tolkar betygskriterierna som de vill eftersom de inte förstår dem. Konsekvensen blir att kunskapsnivån skiljer sig åt mellan skolorna. En del "fick rena chocken" när de började på gymnasieskolan. "Det är jättestor skillnad på vad man kan, t.ex. i matte. En del som börjar på gymnasiet kan ju knappt multiplikationstabellen medan andra i princip läste matte A i nian". En del är stressade över att deras kunskaper inte räcker till för gymnasiestudierna, trots ett högt betyg från grundskolan. Och de oroar sig över att de kanske kommer att uppleva samma sak på universitetet. Trots att de går ut med högsta betyg.

Svealand – stor tätort

Gymnasieskolan har 1 112 elever varav 70 procent med utländsk bakgrund. Programmen omfattar barn och fritid, estetiskt program, hantverk, hotell och restaurang samt omvårdnadsprogram. Skolan

gör en stor satsning på språk och har klasser i franska, italienska, spanska och tyska.

Samhället

Människor blir stressade över olika saker, och ju fler saker desto mer stress upplever man. Press är något positivt, och något som behövs för att man ska få saker gjorda. Stress däremot är något negativt som man upplever när tiden inte räcker till att göra det man måste eller vill göra.

Flera av ungdomarna anser att ökad otrygghet i samhället är orsaken till att man är mer stressad i dag än för 30–40 år sedan. Eftersom föräldrarna anser att kriminalitet och våld har ökat så är de mer oroliga än förr, och deras oro smittar av sig på barnen. Andra stressfaktorer är ljud, trafik, trängsel som tilltagit eftersom städerna har blivit större. "Många har långa resvägar och går upp klockan fem för att hinna till skolan klockan åtta. Min buss går tjugosex över sex och det är mycket stress på tunnelbana och bussar. Alla skall pressa sig ut samtidigt och då blir man lätt irriterad. Man blir påverkad av andra som är stressade och springer och skall springa iväg och hinna med bussar och så där ...man är väldigt lättpåverkad på det sättet och då blir man stressad om man ser en stressad människa". En del tror att stressen egentligen inte har ökat utan att det handlar om ändrade attityder. "Förr handlade det om att uthärda och man fick fixa det själv. I dag så ser man att någon mår och då ska man göra något åt det på en gång". Andra menar att man "i dag så tar man relativt lätt på ordet stress. Man förstorar upp det, och andra tar efter och till slut så säger man att man är stressad över allt".

Några anser att de yttre kraven är för högt ställda. "Man har huvudvärk varje dag av stress ...man skall ha bra betyg, hinna jobba, gå i skolan 8 timmar om dagen och göra läxor på kvällar och hinna ta hand om sig själv och bry sig om andra och hinna sova. Kraven är för höga, man hinner inte med allt".

En del anser att stress beror på ensamhet och att depressioner orsakas av att man har för lite att göra, eller för få vänner och problem med föräldrarna och syskon. "Många som mår dåligt gör det för att få uppmärksamhet. De försöker få det att låta som att det mår sämre än de gör för att få uppmärksamhet. Föräldrar och kompisar bryr sig inte och då gör de det ännu värre för att folk verkligen

ska reagera”. Många flickor anser att medias framställning av kvinnor är en stor stressfaktor. Flertalet har andra länder att jämföra med och tycker att utseendet är betydligt viktigare i Sverige. Några har kompisar som har försökt att ta livet av sig beroende på utseendefixeringen. “I Sverige måste man passa in i mallen.” Många på IV-programmet anser att det är vanligare med depressioner än stress bland ungdomar.

Den privata sfären

Många ungdomar anser att orsaken till stress finns i hemmiljön. Efter skolan är det mycket som skall göras. Framför allt flickor hjälper till hemma genom att passa och ta hand om syskon, tvätta, diska och laga mat. Flertalet av ungdomarna i IV-programmet tror att “stress kan bero på att man har det jobbigt hemma. Alla i klassen har någon slags svårighet hemma. “Alltid bråk. Med pappa eller mamma eller syskon. Någonting man gör som de inte gillar eller de gör något som man inte gillar att de gör. Och då går man och tänker på det. Och det stoppar plugget. Då blir det två saker som man stressar över. Vissa har ju extrabonus också. Kärlek. Man kan vara olyckligt kär och då går man och tänker på det också. Ungdomar går ju runt och tänker på sånt”.

Inget jobb och inga pengar

“All stress handlar om pengar eftersom allting handlar om pengar.” Många av ungdomarna är stressade över bristen på egna pengar och autonomi. “Man kan ju inte tigga sina föräldrar om pengar hela tiden, det blir ju kränkande till slut.” Man vill ha ett arbete, för utan arbete inga pengar. “Stressigt att tänka på framtiden. Det finns inga jobb och inga bostäder. Man tror inte att man kommer att klara sig. Man orkar inte ens söka jobb eftersom alla säger att det inte finns några. Man oroar sig jämt”. Framför allt ungdomarna som går på IV-programmet vill ha jobb och pengar. “Jag tror att om alla ungdomar som vill ha jobb och arbeta skulle ha jobb, så tror jag att det här med depression skulle förminska jättemycket, för att då har de mer att tänka på, mer i livet, man får extrapengar och man är glad och man tänker Gud vad ska jag göra för pengarna allt det där. Men har man inga pengar, så har man inga pengar, så blir man deppig”.

För flera ter sig arbetsmarknadssituationen som hopplös. "Arbetsgivarna kräver yrkeserfarenhet, och utan jobb får man ingen erfarenhet. Jag menar hallå, vad tänker de på! Man har ju inte en chans". Enda möjligheten att få jobb är via kontakter. Flertalet av de som arbetar har fått jobbet genom sina familjer.

Tristess

Det är tråkigt i Sverige menar en del. Där de kommer ifrån har ungdomar samlingsplatser på kvällen och helger. Att det inte finns något ställe att gå till, eller något att göra, anser en del är orsaken till stressade ungdomar. Aktiviteterna för ungdomar under 18 år är få, framför allt för tjejer. På fritidsgårdarna "är det bara killar och man har slösat alla pengar på att killarna ska ha kul, det finns ingenting för tjejerna". Man önskar att gårdarna skulle ha separata tjej- och killaktiviteter eftersom tjejerna i blandade aktiviteter trängs undan. "Som när man spelade fotboll med killarna i grundskolan ...tror du man fick bollen!". Understimulans leder också till vandalisering som man menar är ett uttryck för rastlöshet, vilket nästan är detsamma som stress.

Skolan stressar mest

Majoriteten anser att skolan är den främsta stressfaktorn. Man hinner inte med och kommer efter i skolarbetet. "Man måste förstå allt ...om man missat någon sak så riskerar man att inte förstå något eftersom allt hänger ihop. Så det innebär att man måste plugga jättemycket. Det är inte speciellt många sidor, utan det är innehållet. Det kräver mycket plugg eftersom det är bara är viktiga saker. Man måste förstå grunden, om man inte gör det förstår man inte det som kommer efter. Man läser om blodet och alla ben och sådär. Man måste lära sig allt i grunden". När man kommer efter har man inte någon chans att komma i kapp, och när man kommit för mycket efter "lägger man ned. Man slutar att försöka och börjar skolka". Skoldagarna är för långa. Vissa dagar går man till kl. 18.00, sen är det läxor. "Man kan sitta och plugga hela dagen och ändå till kl. 01.00. Sen är man så trött på morgonen att man inte orkar gå till skolan". Många tycker att skoldagen skall kortas ned och att mer arbete ska ske under lektionstid. Man anser också att lärarna bättre

skulle samordna proven i de olika ämnena. "Som skolan nu är funtad pluggar man bara inför proven, inte för att lära sig för livet." Proven tenderar att samlas före eller efter loven vilket får till följd att "skolan tar all tid, finns inte tid att träffa kompisar, man blir isolerad".

Flera för fram att skolan måste säkerställa att eleverna får/inskafter den kunskap som krävs genom att anställa behöriga lärare. Det gäller även vikarier. "Om jag inte liksom haft 500 lärare, som inte haft någon utbildning, som liksom inte kan ingenting, så skulle jag inte ha det så stressigt nu." En del av ungdomarna som har svenska som andraspråk har under höstterminen haft flera olika vikarier. Under vårterminen har de ingen vikarie alls utan har fått information om att de får plugga svenska själva på fritiden.

Dålig pedagogik ger stress

Flertalet ungdomar anser att lektionerna går åt utan att något blir gjort. Det beror främst på att lärarna pratar för mycket på lektionerna. "OK, läraren ska prata, men inte i två timmar. Man fattar inte. Man lyssnar och lyssnar, man ska somna snart". Istället för att läraren går igenom vad som sedan kommer att bli en hemläxa borde man få möjlighet att göra uppgiften på lektionen. Många menar också att de yrkesförberedande programmen bör vara mer slimmade, och endast läsa ämnen som är relaterad till aktuellt yrke. "Man lär sig mycket onödigt, t.ex. hur träd andas. Vad har man för nytta av det när man utbildar sig till plattsättare?". Flera anser att lärarna borde säga ifrån mer så att lektionerna blir lugna. "Det är ju deras jobb." Andra är av motsatt åsikt, och tycker att de redan bestämmer för mycket.

En del ungdomar menar att många lärare inte ger tillräckligt med stöd. Lärarna påpekar fel och brister istället för att ta fasta på det positiva. Att alltid få höra att "Du måste klara det här för att få det och det betyget", sporrar och muntrar inte upp, utan får snarare motsatt effekt. "Lärarnas attityd mot vissa elever är åt skogen alltså, när jag gick i grundskolan ...alla lärare sa till mig att om du inte sköter dig nu kommer det att gå åt skogen för mig. Alltså, jag gick ut med världens sämsta betyg men nu ligger jag väldigt bra till. Skulle det vara kört för att man inte fixar grundskolan, det är inte sant. Det stressar många ungdomar". En annan bidragande orsak till stress för många är skolans målstyrning. "Det är inte många lärare som kan rätta efter kriterierna, i vissa fall får man inte ens kri-

terierna.” Många förordar personliga omdömen för att hela individen skall komma till tals. “Det är bättre med omdömen. Inte betyg. Personliga omdömen. Man får vet så mycket mer om en person än om hon har MVG i svenska, engelska, naturvetenskap bla bla. Man har ingen aning om hur en person arbetar, hur en person är osv. osv. En person kan ju vara hur bright som helt uppe i huvudet angående skolan, men vara lika dum i huvudet som en psykopat”.

Lättare få bra betyg i förorterna

De allra flesta anser att det är lättare att få bra betyg i förortsskolor eftersom lärarna lättare ger godkänt. Exempelen är många på hur lätt det är. “Samma sak för mig när jag gick i Skärholmen. Då hade jag haft IG i fysik och kemi i alla mina tre år i högstadiet och så sista terminen så gjorde jag ett litet arbete med min kompis. Det var det enda jag hade gjort. Jag förtjänade inte att få godkänt med det vara bara bra för jag fick mer poäng”. Några anser att det beror på att lärare vill vara “snälla”, att de tycker synd om invandrare som inte talar bra svenska och har svårt att hänga med. Andra tror att det beror på att lärarna lever under en hotbild. De ger godkänt för att de är rädda att bli utsatta för våld. Flera anser att man lättare får höga betyg i förorterna därför att det är vanligare med utbildade lärare i dessa skolor jämfört med innerstadsskolorna. “Mestadels beror det på pengar. Hur mycket skolan har att röra sig på. Har man mycket pengar kan man anställa fler folk som gör att eleverna får det bättre och det blir det svårare att få betyg. Det blir strängare restriktioner. Har man mindre pengar anställer man mindre lärare och då blir det en sån här lallskola”. Flertalet anser att skolorna skall disponera lika mycket pengar oberoende av geografisk placering. “Otroligt dumt, vi lever i en demokrati, det skall vara jämställdhet. Det skall inte finnas sådana här klasskillnader. Alla skolor borde få lika mycket. Och de som har lite problem borde ju få mer pengar för att arbete mot problemen”.

De allra flesta är överens om att få godkänt utan att ha klarat målen inte gagnar någon. Det är att likna vid en björntjänst eftersom man inte har de nödvändiga kunskaperna för att klara gymnasieskolan. Det kan också vara en förklaring till varför man hoppar av skolan. Ingen orkar “läsa dubbelt, man måste ju då läsa in grundskolan samtidig som man läser på gymnasiet”.

För mycket eget ansvar

Många anser att hoppet från grundskolan till gymnasieskolans pedagogik blir för stort. En del mognar senare och klarar inte av gymnasieskolan där det förväntas att man ska ha eget ansvar för skolgången. "Stress handlar om eget ansvar, man ska själv ta reda på vad man missat. Det är inte som i 7–9:an. Då lärarna kom och hjälpte till med allt. Nu ska man vara vuxen och fixa allt själv". Många behöver fortsatt stöd i skolan. Inte alla klarar av att ta reda på vad man missat om man varit sjuk en vecka. "Lärarna borde kunna hjälpa till med det. Istället för att bara ringa och klaga eller meddela frånvaron borde de kunna ringa och informera om att man har bestämt att man ska ett prov veckan därpå". Majoriteten av ungdomarna framhåller att praktikperioderna gör skolan roligare. Det är spännande att få se hur det går till i det verkliga livet och lära sig arbeta. Man är också överens om att praktiken bidrar till att minska stressen. "Det är bra med praktiken, då får man lite variation, göra något att annat. När man går i skolan ser man ju bara dagsljus när man går ut och röker. Man är ju inomhus hela tiden. Men på praktiken kommer man ut i naturen och så där och får röra på sig och det minskar ju stressen".

Arbetsmiljön

De allra flesta på IV-programmet, och även många på de övriga programmen, anser att arbetsmiljön påverkar förekomsten av stress. I dag har skolan för hög bullernivå och dålig ventilation och är allmänt tråkig i färgerna. Om man hade ett lugnt och mysigt uppehållsrum där man kunde "slappa" på raster och håltimmar skulle man inte vara så stressad. Man saknar också studierum där det är tyst så man kan göra läxor. Som det är i dag går det inte att plugga i grupprummen då ljudnivån är alltför hög på grund av avsaknad av riktiga väggar.

Norrland – mellanstor ort

Gymnasieskolan utbildar omkring 1 400 elever per år inom tio nationella program, ett special utformat program och det individuella programmet samt gymnasiesärskolan utgör en del av helheten. Skolan bedriver ett mycket utvecklat IT-arbete.

Livet är överlag gott

Majoriteten av ungdomarna likställer stress med "många saker att göra på för lite tid". En del som bor utanför NN blir stressade av all tid som äts upp på grund av att kommunens bussförbindelser har stora brister. Det är för få bussar och många byten. Vissa gör en tvåtimmars bussfärd för att komma till skolan. Dåliga kommunikationer är också skälet till att körkortet är väldigt viktig för en del. "Det jag skulle kunna känna mig stressad över är det att jag nu har fyllt 18 år. Då måste jag fixa körkort och sådant där. Jag hinner inte ta körkortet nu med skolan och allt sånt, men jag känner att jag borde göra tid för det". Om man oroar sig för framtiden så handlar det framför allt om hur man bär sig åt att fixa en bostad på annan studieort, om man överhuvudtaget kommer att få en lägenhet. Överlag är emellertid de allra flesta tillfreds med livet, och känner inte av någon stress, förutom skolstress. Ungdomarna säger "framtiden, den är imorgon, ingen idé att oroa sig i dag".

Närheten till naturen ger balans i tillvaron

Ungdomarna menar att närheten till naturen gör att man inte upplever den stress som finns i storstaden. Man är övertygad om att naturen i sig själv har en hälsofrämjande effekt. "En forskare har visat att man blir fortare friskare om man ligger på ett sjukhus och kan titta ut på ett grönområde än om man ligger och stirrar rakt in i en husvägg." "Vi har ju tillbringat avsevärd längre tid i naturen än i staden, så det kanske är naturligt för människan att vara i naturen. Att vi behöver det för att klara oss i staden". När man har fjällen runt hörnet är det lätt att vara stressfri. Återhämtningsmöjligheterna är många. "Att kunna vara ute i naturen och, ja, alltså åka skidor och skoter, fiska och vandra och så där, är enormt avkopplande. Man laddar batterierna".

Stress – självförvållat

Många anser att de själva skapar tidsnöden. Att stressen är självförvållad eftersom "man skjuter upp tråkiga saker och gör det som är roligt". Stress är priset man betalar då man inte prioriterar rätt. "Man är ineffektiv, gör en massa sidogrejer. MSN är ett samhällsproblem. Man ska göra läxor men börjar med att leta efter bra musik,

och så sen hittar man en massa andra sidor som man måste kolla på, och så har det gått en timme utan att man gjort någon läxa”. Det handlar även om “tempot i samhället” som manar människor till att “man ska springa som en råtta hit och dit och passa tider, och alltid vara busy busy.” . Men även denna typ av stress kan den enskilde råda bot på bara genom att själv bestämma vad som är viktig. Exempelvis är punktlighet tidskrävande för många utan att så behöver vara fallet. “Man behöver faktiskt inte alltid stressa för att passa tider. Man behöver inte vara hos mormor prick klockan fyra utan att det räcker om man kommer därikring”. Flera ungdomar anser att om skolorna lärde ut studietekniker skulle man råda bot på mycket av stressen bland ungdomar. Man bör få hjälp med att förstå hur man lägger upp arbetet rationellt, eftersom det “är bättre i längden, att det ger mer tid för sånt som är roligt”.

Ändrad innebörd

Flera anser att begreppet stress har ändrat innebörd. Att man i dag lägger in betydelser som man tidigare använde andra ord för. “Nu säger man ju stress om allt, man stressar till bussen och man är stressad för att man inte får som man vill, eller man är stressad för att någon har varit taskig.” Andra för fram att dagens unga är betydligt latare och bekvämare än vad man var för några decennier sedan, och att man därför klagar mer än förr. Det som tidigare uppfattades som normalt är i dag sjukt. “Ungdomar känner efter mer än förr. Jag menar förr så om man hade ont i huvudet så var det väl inget mer med det. Men i dag så är det ju onormalt att ha huvudvärk”. Att 12-åringar uppvisar psykosomatiska symptom som ryggont tror man inte beror på stress, utan snarare på för lite motion, dåliga kostvanor och för lite sömn.

Skolan är stress

Nära nog alla ungdomar anser att om inte skolan fanns så skulle de inte vara stressade. Skälet till att skolan skapar stress är att “man får aldrig andas ut. Det finns alltid tio saker till att göra när man är klar med en grej”. Det är för många ämnen, för många prov och läxor. Ibland upplever man att skolan är hela ens liv. För många förefaller det som om skolan bygger på att studierna skall bedrivas utom skol-

tid. "Många lärare tycker att det är så det ska vara. De tar ingen hänsyn till att vi har många ämnen. De borde prata med varandra och samordna undervisningen så man inte har tre stora prov på en och samma vecka". Det mesta av skolarbetet borde kunna göras inom ramen för skolschemat. "Som det är nu verkar man inte anse att helger och lov är till för att ta igen sig utan läraren anser att de är till för att plugga." Att skolan betraktas som en arbetsplats för lärare men inte för elever upplever många som märkligt. "Man ska hinna med att göra alla läxor, träffa kompisar, kanske jobba för att kunna göra något roligt på sommaren och träna och se på tv och läsa. Det är annat om man jobbar. Om man jobbar så är man ledig när man kommer hem". Det uppfattas som orättvist. "En lärare som sa att - 'Jag har väl annat att göra än att rätta era uppgifter på kvällarna'. Hon kunde alltså inte tänka sig att ta våra uppgifter och rätta dem hemma, men samtidigt så kräver de att vi ska ta hem uppgifter hela tiden och på helger".

För lite resurser

Många ungdomar anser att inte alla får den hjälp man behöver. Det beror emellertid inte på den enskilde läraren, utan på att klasserna är så stora att en lärare omöjligen kan mäkta med. Att inte få den hjälp man vill ha, framför allt om ett prov står inför dörren, är för många en källa till stress. Flera menar att stora klasser och för få lärare är den främsta källan till att ungdomar är stressade. "Man får inte den hjälp man behöver, det blir oeffektivt eftersom man ägnar så mycket tid åt att sitta och vänta. All väntan gör folk rastlösa och det är en av förklaringarna till att det är för högljutt, och då kan man inte koncentrera sig och så går det runt runt". Väntan leder till stress eftersom "den som har det lätt för sig behöver inte stressa, det är därför viktigt att de som inte har det lätt för sig får den hjälp de behöver och det på en gång. Man ska inte behöva sitta och räcka upp handen i tio minuter. En stor del av lektionerna går bara åt till att vänta. På matten t.ex. kan man inte göra andra tal om man inte begriper ett, då måste man sitta och vänta. Sen får man göra allt hemma på kvällen". Ett fåtal tycker att det är fördelaktigt att arbeta hemma eftersom man då har tillgång till dator och stavningskontroll. Men, å andra sidan, "då lär man sig inte att stava... så kanske det inte är så bra ändå".

Effektivare lektioner

Majoriteten anser att stressen skulle minska om man såg till att komma igång fortare under lektionerna. "Oftast är det 10–15 minuter i början som går bort, folk kommer för sent, och läraren ger mycket onödigt information, som friluftsdagar, som vi ska rösta om vad vi ska göra på och så går en 10–20 minuter till, alltså mycket tid går åt till att besluta onödiga saker." Om lektionerna var effektivare tror de flesta att man skulle kunna göra det som nu blir till läxor under lektionstid. Tydligare och enhetliga instruktioner om hur man ska göra för att nå mål och uppgifter skulle också minska stressen. Likaså anser många att håltimmarna inte borde förekomma. Studierummen är få, om de överhuvudtaget finns, och det är för stökigt och bullrigt i korridorerna för att kunna göra skolarbetet. Ytterligare en orsak till stress är lärare som inte tar sitt jobb på allvar. "En del lärare kommer undan från planering och överför det egna ansvaret på eleverna genom att fråga dem vad de vill göra." De flesta menar att lärare måste ställa krav på eleverna. Att det är bättre med auktoritär lärestil än "låt gå mentalitet", men att kraven måste vara rimliga. Det är jätteviktigt att lärarna ger stöd och motivation, annars är risken stor att man stannar hemma.

Att ha roligt är bra för hälsan. "Alla vet väl att det är nyttigt att skratta." Men det är också bra för kunskapsinläringen. Både roligare och lättare är det att lära sig saker om de relateras till "det verkliga livet". Många önskar att "Skolan måste bli roligare, lite mer praktisk, och mer problemlösning i stället för uppgifter i böcker. Då tror jag det är bättre att få en uppgift att lösa istället som är relaterad till verkliga livet. Som man kan ha nytta av, och som man förstår på vilket sätt. Inte bara sitta och titta på sinusformade kurvor, för det vet jag inte när man ska ha nytta av". Att lära sig oväsentligheter är varken ändamålsenligt eller kul. "Man lär sig mycket onyttigt, som t.ex. i svenskan, det är inte viktigt med litteraturhistoria. Vi sitter bara och snackar, om epoker och sånt men det är väl inte så många som ska bli filosofer så det är väl bättre att läsa sånt på högskolan. I stället bör man få reda på hur man skriver ett PM och sånt där viktigt som man måste veta. Jag menar hur ofta sitter man och talar om Homeros".

Kunskapsprintning

Flertalet av ungdomarna menar att skolans upplägg gör att kunskapsinläringen blir lidande. Det är inte bra att läsa många vitt skilda ämnen samtidigt. Eftersom flera ämnen läses simultant får man också prov i olika ämnen under en och samma vecka. Det får till följd att den kunskap man inhämtar endast stannar i närminnet. "Man printar in inför proven, och några dagar senare har man glömt allt." Istället borde man läsa "ett fåtal kurser under terminen och att läsa dem klart innan man påbörjar nästa kurs". Några önskar en jämn fördelning av kurserna över alla tre åren. Som det är nu läser man merparten av kurserna i årskurs 2 och har nästan inga lektioner i årskurs 3. Den nuvarande studiebördan är för tung och påverkar betygen negativt. Många föreslår att för att "få kunskapen att fastna i långtidsminnet" bör läraren någon vecka efter ett prov gå igenom och repetera de kunskaper som provet omfattade.

Elevinflytande

Flertalet framhåller att elevinflytandet är viktigt för den psykiska hälsan. Lärarna samarbetar inte i tillräckligt hög utsträckning med eleverna när det gäller planering av skolarbetet. "Som det är nu så tar man inte tillräckligt med hänsyn till individerna utan man arbetar statistiskt efter en mall."

Vem vet vad man ska bli när man är stor?

Att tvingas välja inriktningar på gymnasieskolan redan i grundskolan är en stressfaktor. Många tror att de är få som i den åldern vet vad man ska bli när man är stor. Därför bör det beslutet göras i gymnasieskolan. "När är man lite äldre och hunnit tänka ett varv till, till exempel så skulle man läsa A-kurserna tillsammans för att sedan välja inriktning i årskurs 2. Åtminstone på de teoretiska programmen". Och har man inte bestämt sig då så är det lätt att ta ett sabbatsår för att tänka efter ordentligt "för att slippa oroa sig över att man valt fel". Många tycker också att man skall få information om utbildningar och studieval i årskurs 1, och inte som fallet är i dag i årskurs 2. För att informationstillfällena skall bli så rika och omfattande som möjligt bör de "byggas ut" och gästas av föreläsare från olika företag och universitet.

Förslag på åtgärder

Undervisningen i skolan

- Färre hemläxor, merparten av skolarbetet skall göras inom ramen för skolschemat.
- Bättre samordning och planering av lärare av prov och läxor så att arbetsbelastningen är jämt fördelad över terminen.
- "Belastningsmöten" under vilket lärare och två elevrepresentanter från varje klass tillsammans samordnar läxor, inlämningsuppgifter och prov. Beslut skall undertecknas av såväl elever som lärare.
- Databas för lärares samordning av prov och inlämningsuppgifter samt läxor.
- Lärare skall ha enhetliga instruktioner till elever i samband med läxor, redovisningar och prov.
- Schemalagda prov vid terminens början.
- Veckobrev med information om prov och läxor.
- Minst en veckas framförhållning när det gäller prov.
- Endast ett prov per dag.
- Inga prov veckan före och efter lov.
- Aldrig prov oftare än varannan vecka.
- Längre skoldagar.
- Kortare skoldagar.
- Inga håltimmar.
- En fastställd "restskrivningsdag" i veckan.
- Mer blockstudier och koncentrerad ämnesundervisning om 2–3 veckor.

Skolpolitik

- Tydliggör mål och kriterier.
- Ta bort kurssystemet.
- Ta bort betygssystemet och inför antingen IG och G eller betygsskala 1–5 eller 1–6.
- Säkerställ att grundskolekunskapsnivån är oberoende av skola.
- Jämn fördelning av antalet kurspoäng under alla tre studieåren.
- Fastställ längd på återhämningsperiod mellan prov.
- Nationella prov bör spridas jämnt över skolåret.
- Fler lärlingsutbildningar.
- Inför närhetsprincipen på gymnasieskolan.

- Fler praktiska utbildningar på gymnasieskolan.
- Höj lärares status genom högre löner.
- Socioemotionellt bemötande som obligatoriskt ämne på lärarhögskolan.

Skolan informerar om framtida val

- Utförlig information om gymnasieutbildningar i åk 9.
- Information i årskurs 1 i gymnasieskolan om högskolor och deras utbildningsalternativ samt i vilka yrken man kan få jobb.

Skolans psykosociala och emotionella arbetsmiljö

- Fler skolassistenter vars uppgift är att hålla ordning på lektioner.
- Fler elevassistenter relativt jämnåriga med eleverna vars uppgift är att stödja och hjälpa dem socialt och emotionellt.
- Skoluniform i grundskolan för att motverka mobbning.
- Fler mentorer.
- Maximalt 10 elever per mentor.
- Mentorer måste ha "sina" elever i något av de egna ämnena.
- Varje klass har "sitt egna" fasta klassrum.
- Fler lärare per antalet elever.
- Färre antal elever per klass.
- Färre antal elever per skola.
- Fika på eftermiddagarna.
- Meditationstekniker på skolschemat.
- Information om stress på skolschemat.
- Stresshanteringsmetoder på skolschemat.
- Tillgång till massagestol.
- Legitimerad massör kopplad till skolan.
- Schemalagda återhämtningsspass.
- Lärare och eleverna sitter tillsammans och äter under lunchen.
- Bättre skolskjuts.

Skolans fysiska arbetsmiljö

- Mysigt samlings- och uppehållsrum med sköna möbler för lugn och tyst samvaro.
- Väggar i varma färger och gardiner i fönstren.

- Konst på väggarna som eleverna själva antingen skapat eller själva tagit med hemifrån.
- Studierum – trivsamt och tyst funktionellt rum för att kunna göra läxor under skoldagen.
- Ett vilorum för återhämtning och avslappning.
- Lugna studierum med datorer.
- Fler klassrum.
- Större och ljudisolerad matsal.
- Bättre ventilation.
- Bättre ljudisolation.
- Bättre luftkonditionering.
- Bättre städning.
- Trevligare cafeteria.

Skolans kost och fysiska aktiviteter

- Utöka lunchen till en timme.
- Bättre skolmat.
- Mer råvaror i skolmaten.
- Alternativa lunchmaträtter.
- Fika på eftermiddagarna.
- Fler gymnastiklektioner på skolschemat.
- Fler friluftsdagar på skolschemat för ungdomar i städer.

Ekonomi under gymnasietiden

- Höj studiebidraget till 1 500:-.
- Höj studiebidraget till 2 000:-.
- Total inkomstskattebefrielse vid studier på gymnasie- och högskolenivå.
- Ungdomsbidrag istället för studiebidrag, det vill säga bidrag under årets alla månader.
- Bidragsdelen på studiemedelslånet bör utgå från och med 18 år ålder.

Övrigt

- Bättre allmänna kommunikationer.
- Kontinuerlig information i förskola, grundskola och på ungdomsgårdar om antimobbningmetoder.
- Mer pedagoger och psykologer och utbildad personal till förskolan.
- Föräldrastöd.
- Terapi för hela familjer.
- Fler fritidsaktiviteter för ungdomar.
- Ungdomsgård för unga mellan 16–18 år, med specifika tjejakvitteter som baka, makeup och mode.
- Kommunalt arrangerade fester för 16+-are.

Studenter

Götaland

Några av studenterna likställer stress med tidsbrist eller att ha bråttom. Det är så många saker man ska hinna med, och så många krav att leva upp till. Alla anser att samhället genomsyras av höga krav, att man alltid måste vara bäst. "Om jag inte fyller min kvot av braighet, om jag inte känner mig bra på ett tag, då känner jag att då kanske jag inte är så bra så då måste jag göra något bra." Stressad blir man endast om man börja tänka på hur mycket man har att göra, för om man låter bli, och bara gör det man ska göra, blir man inte stressad. Stress är därför i mångt och mycket ett självförvällat tillstånd. "Man vill ha något som inte alla andra vill ha, man vill utmärka sig så att man är bäst så man har några extragrejor att skriva i CV:n." Men allt för ofta leder de myckna åtagandena till ett cirkeltänkande som i förlängningen kan leda till handlingsförlamning. "Ofta kan jag känna att när man inte gör någonting sitter man liksom bara och tänker på, oj vad mycket jag borde ha gjort, och då gör man ingenting utan tänker bara på allt man borde göra."

För några av studenterna handlar stress endast om emotioner. Den allt överskuggande känslan är oro, oro över i princip livets alla ingående ingredienser; tentor, ekonomi, relationer och att inte ha kontroll över framtiden. Men många gånger handlar även stressen om brist på kontroll i nuet. "Man vet inte exakt vad man ska göra man vet bara *att* man ska göra så jävla mycket och vara så jävla bra."

Samhället som präglas av globaliseringen och teknikens framfart skapar och upprätthåller stress. "Man kan nå varandra direkt. Det är liksom en sådan snabbhet att det fordrar att man svarar på en gång. Har du inte svarat på ett mail samma dag så det liksom ...varför har du inte svarat för". Alla anser att närbarhetskravet och det inre tvånget att alltid vara "på" i rädsla att missa något är stressande. Och det är svårt att göra motstånd. Privata företag liksom den offentliga sektorn främjar teknikutvecklingen genom att datorisera tjänster. "Nu får det inte ta någon tid. Det är hårdare tider nu. Förr tog saker och ting sin tid, allting går mycket snabbare. Jag kan inte riktigt sätta fingret på, men allting går snabbare. Det går att göra annat samtidigt. Och så är man alltid nåbar. Det går att sitta och prata i telefon samtidigt som man sitter framför datorn och pratar med en tredje person samtidigt som man har läxböckerna framför sig och tittar på tv".

Norrland

Stress är när man har *för* mycket att göra. Att ha mycket att göra är pressande och mestadels bara roligt. Det ger en känsla av välbehag att vara aktiv och få saker och ting gjorda. "Man känner sig nöjd över att vara effektiv." Det är först när "när pressen går överstyr" som man blir stressad.

Alla studenterna anser att ekonomin är den främsta källan till stress. "Hade man tillräckligt med pengar skulle man inte oroa sig." Studielånet räcker inte till hyra, mat och räkningar och man tvingas till att arbeta vid sidan om studierna. Det finns ingen tid till återhämtning. Man har inget jullov eller andra lov då man kan vila upp sig. "Enda gången man är egentligen är ledig är under sommaren men då är man inte ledig heller för man måste jobba, så det blir ingen återhämtning då heller." En annan stressfaktor är oron över att studieskulden växer och växer och man förstår inte hur man ska kunna betala tillbaka lånen. Man undrar om "det verkligen är värt det" och om man har valt rätt utbildning/kurs. Vidare anser man att fribeloppsgränsen bör höjas för att minska förekomsten av svartjobb. "Studenter har inte råd att jobba vitt."

Flera av studenterna är stressade över att inte säkert veta vad utbildningen egentligen ger, dvs. om de kunskaper som lärs ut är relevanta och adekvata. Om kunskap motsvarar vad som krävs för att klara ett "riktigt" jobb. Man tror att det kan ta några månader att

hitta ett jobb man vill ha och anser därför att CSN:s återbetalningsregler utgör ett stressmoment.

Hälften av studenterna anser att sättet som högskolestudierna bedrivs på är ett stressmoment. "Skolsystemet har tagit död på delaktigheten. Det finns ingen uppmuntran till diskussion och ingen vägvisare som förklarar och motiverar och entusiasmerar". Föreläsningarna liksom antalet lärarledda lektioner är för få. "Lärrollen verkar ha försvunnit" vilket man upplever som konstigt eftersom "läsa innantill kan vi, det är inte därför man går på universitetet. Utan man går här för att bli undervisad. Men man får ingen vägledning utan ska klara sig själv". Som läget är i dag så krävs det för mycket eget ansvar av studenterna, ibland har man inga lärarledda sammankomster på en hel vecka. "Alltså, som det är nu behöver man inte gå på universitetet. Man skulle kunna läsa på distans över Internet lika gärna". Regelbundna föreläsningar och/eller lektioner anser man vara viktigt för den psykosociala hälsan. Om föreläsningarna var vägvisande och roliga skulle studenterna känna sig glada och entusiastiska samt motiverade att studera och varken vara stressade eller deppiga. Om man inte har föreläsning/lektioner varje dag tappar man kontakten med klasskamrater och blir isolerad. Och social isolering tror man är en av orsakerna till varför så många studenter är deprimerade. De allra flesta som börjar på universitet känner ju ingen av de andra studenterna eftersom man kommer från annan ort. Oftast känner man inte heller någon utanför universitetet. Ett naturligt fora att lära känna andra är ju på föreläsningar och lektioner, men om de är få och utspridda försvårar det möjligheter till att upprätta ett socialt nätverk. Inte underlättar det heller att universiteten ensidigt fokusera på hur man presterar på tentorna. Eftersom vaken sociabilitet eller deltagande, att man är "aktiv och med" på föreläsningar räknas finns inte något incitament att närvara för de som har mycket kompisar. "Tentafokus" är också stressande på ett annat sätt. Man anser att tentorna är för svåra och att universitetet har högre krav än vad som är giltigt. "Enligt reglementet skall varje poäng motsvara 1 veckas studier, men vi får tentor som är på 5 poäng, men kursen pågick bara i 4 veckor." Det vore bättre om man spred kurspoängen, t.ex. grupparbete 1 poäng, inlämningsuppgift 1 poäng och tenta 3 poäng.

Kåraktiva

Majoriteten av studenterna anser att den mest stressande faktorn är ekonomisk otrygghet, i dag och i framtiden. Oron inför framtid beror främst på alla rapporter om akademikerarbetslöshet, och att man skall starta sitt "nya" liv med lån. Många känner sig stressad över att man redan under studierna måste skaffa sig arbetslivserfarenhet för att öka sannolikheten att ta sig in på arbetsmarknaden. Många är stressade över att man inte är säker på att man valt rätt, och menar att det maximala antalet poäng (240) som berättigar till stöd från CSN, kanske inte är tillräckligt för alla. Det förutsätter att man redan från början måste veta vad man vill, och det rimmar illa med tanken om det "livslånga lärandet".

Oron i dag har främst med studiemedelnivån att göra, och osäkerhet över vad som händer med ekonomin om man blir sjuk, att man inte har tillgång till trygghetssystemen samt att pengarna "försvinner" på sommaren. Man anser att studielånet och bidragsdelen är för snålt tilltagna, att återbetalningsreglerna är oklara samt att systemet är oflexibelt i sina dispensregler. En dålig ekonomi får negativa konsekvenser för studierna. Många har svårt att koncentrera sig på studierna och man är ständigt stressad över att få ihop poäng för fortsatt CSN-stöd. Man oroar sig över att bli sjuk eftersom man inte har någon buffert för oförutsedda utgifter. Pengarna räcker inte till någonting känns det som, hyrorna är skyhöga i förhållande till inkomsten. Ett extrajobb är ett måste och man måste vara frisk och kry jämt för att få ekonomin att gå ihop. Man är aldrig ledig för man måste jobba. När man jobbar tänker man på att man egentligen borde vara hemma och plugga för att klara tentan, och när man pluggar tänker man på att man egentligen borde jobba för få ihop pengar till räkningarna.

Prestationsångest är en annan faktor som tas upp i sammanhanget. Påtryckningar hemifrån om att alltid prestera det högsta resultatet i kombination med egna "måsten" kan vara en orsak till stress. Tidsbrist är en annan orsak till stress. Det är svårt att få tiden att räcka till att göra allt man borde och vill. Förutom studierna ska man hinna med kåren och det sociala livet samt sportaktiviteter etc. Har man dessutom ett extraknäck blir tillvaron väldigt stressig. Stressen kan också bero på höga och ospecificerade krav och lite kontroll. Miljön är ny liksom kraven samtidigt som informationen är bristfällig. Att flytta hemifrån och det miljöombyte som det innebär kan vara svårt. Det tar tid och engagemang att finna nya

vänner, att "greppa" och anpassa sig till en ny kontext. Om man dessutom är tvungen att arbeta vid sidan om studierna är det än svårare. Flera tror att stress och psykisk ohälsa bland studenter i många fall är förknippat med social isolering. Många studenter är ensamma och blir deprimerade. Ytterligare en orsak till stress är lärarnas bristande förståelse och dålig kunskap om den enskilda studentens hela livssituation.

Flera studenter anser alltså att otydligheten i informationen på lärosätena är en bidragande orsak till stress. Man har svårt att planera sitt liv eftersom man inte har någon klar bild vart utbildningen tar vägen. Strukturerna kring examen är alldeles för svåra att förstå. Som det är i dag stämmer inte lärarens förväntningar med kursinnehållet. Lärosätena lägger inte ned tillräckligt med resurser och tid på tentamen och scheman. Studenterna anser att kraven måste bli tydligare och förutsägbarheten i utbildningen förbättras.

Man menar också att många faktorer inte i sig är särskilt stressande, men alla tillsammans ger en stressad situation. I detta sammanhang för man bland annat fram behov, krav och förväntningar som att hela tiden vara nåbar, att lyckas inom alla områden både privat och studiemässigt, usla lärare och/eller överambitiösa lärare, högst studietempo, lärare som skönmässigt sätter betyg, omställningsproblem och svårigheter att hinna med både det "gamla" och det "nya" livet samt oro över att inte lyckas leva upp till förväntningar och krav hemifrån.

Förslag på åtgärder

Undervisningen i högskolan

- Fler föreläsare.
- Fler seminarier.
- Fler diskussionsgrupper.
- Parallella kurser över terminerna.
- Tydlig och utförlig information om inlämningsuppgifter, seminarier och tentamen i början av terminen.
- Rättssäker examination.
- Rättssäker kursplan.
- Fler alternativa examinationsformer.
- Inga tentor innan helg.
- Tydligare lokala och centrala regler för handledning.

- Introduktionskurs för alla studenter med studieteknik, gruppdynamik, vetenskapsfilosofi, genusteori etc. (en "verktygslåda").

Skolpolitik

- Bättre kontakt mellan universitet och arbetsliv.
- Mer praktik.
- Mer reellt inflytande.
- Större möjlighet till delaktighet.
- Mer pengar åt humaniora och samhällsvetenskap.
- Öka värderingen av pedagogisk meritering och utbildning vid anställning av lektorer.

Högskolans information inför framtida val

- Tydligare/bättre yrkesvägledning.
- Tydligare/bättre studievägledning.
- Högskolans psykosociala och emotionella arbetsmiljö
- Mer psykologer till studenthälsan.
- Stöd och satsning på studenthälsorna.
- Mer handledning och psykosocialt stöd.
- Mer vägledning och struktur.
- Bättre mottagning av studenterna.
- Mentorer eller mentorsprogram till *alla* studenter inklusive de på fristående kurser.
- Faddrar till och uppföljning av enskilda studenter.
- Äldre studenter ger studie- och yrkesvägledning till yngre studenter.
- Avslappningspass under tentamensperioderna.
- Informera studenter om stressproblemet.
- Metoder i stresshantering.
- Samtal om existentiella frågor och stress.

Ekonomi

- Höj studielånet.
- Höj studiebidraget.
- Ta bort fribeloppsregeln.
- Avskrivning av viss del av studielånet efter examen.

- Förändra Centrala studiestödsnämndens återbetalningsregler, fler betalningsfria månader än de i dag gällande 6 månaderna.
- Mer studentrabatter.
- Förändra Centrala studiestödsnämndens dispensregler, det i dag gällande antalet poäng är för högt.
- Tillgång till sociala trygghetssystemet som försäkringar och sänkt tandläkarkostnad.

Övrigt

- Mer studentbostäder.
- Samordna kommun, stat och lärosäte.

5 Faktorer främst knutna till det offentliga: betydelse för psykisk ohälsa: utveckling över tid och möjliga åtgärder

Sammanfattning

Generellt har ungdomars levnadsvillkor varit oförändrade eller förbättrats under de senaste 20 åren. Det finns dock ett stort och betydelsefullt undantag. Möjligheterna att få förvärvsarbete har drastiskt försämrats. I samband med 1990-talskrisen försvann omkring 300 000 arbetstillfällen som sedan inte har kommit tillbaka. Förlusten av arbetstillfällen har nästan enbart drabbat ungdomar medan andra åldersgrupper påverkats endast i begränsad omfattning.

En jämförelse mellan 11 europiska länder visar att ökningen av psykiska symptom bland ungdomar går parallellt med utvecklingen av arbetsmarknaden för ungdomar. Utvecklingen under perioden 1986–2002 har varit som sämst för ungdomarna i Sverige i båda dessa avseenden.

De minskade möjligheterna till förvärvsinkomster har påverkat ungdomarnas ekonomi. Andelen fattiga bland ungdomar i åldern 16–24 år, som ej bor kvar i föräldrahemmet, har nästan fördubblats under perioden 1982–2003. Hela ökningen inträffar efter år 1990–1991. Fyrtio procent av alla personer som lever på bistånd (socialbidrag) är i åldern 18–29 år. Den försämrade ekonomin medför att ungdomar bor kvar längre hos föräldrarna.

I stället för att arbeta studerar ungdomar i ökad omfattning. Praktiskt taget alla går i gymnasieskolan och 41 procent har påbörjat en högskoleutbildning. Skolan har därför fått ökad betydelse. Det finns dock tecken på att skolan inte kunnat motsvara de nya kraven. Av alla 20-åringar saknar 28 procent slutbetyg från gymnasieskolan, trots att de varit inskrivna i denna skolförhållande. Det kan delvis vara en följd av problem i grundskolan där andelen som slutar årskurs 9 utan godkända betyg har ökat sedan starten av nuvarande betygssystem år 1997 och nu är uppe i omkring 10 procent.

Det är svårt att isolera effekten av dessa olika aspekter från varandra. Grunden till problemen förefaller vara de ökade svårig-

heterna att få förvärvsarbete och brister i skolans anpassning till den situation som har uppstått.

I den allmänna debatten har framförts andra tänkbara förklaringar till den försämrade psykiska hälsan som är knutna till det offentliga. Personaltätheten inom förskolan har minskat i början av 1990-talet och lärartätheten i grundskolan har fluktuerat under de senaste 20 åren. Ingentida kan förklara den ökade psykiska ohälsan bland unga.

Det har också funnits förmodanden om en negativ utveckling av andra aspekter, exempelvis att mobbning skulle ha blivit vanligare i skolan, att antalet tidsbegränsade anställningar skulle ha ökat, att ungdomar skulle vara mer trångbodda och att risken för fysiskt våld och hot om våld skulle ha ökat. Stöd för dessa antaganden har inte kunnat påvisas.

Inledning

Föregående kapitel beskriver ungdomars syn på stress och dess orsaker. Ungdomarnas beskrivningar går att använda i lokala diskussioner om ungdomars villkor på skolor, i fritidsverksamhet och inom arbetslivet. Det är dock i allmänhet svårt att använda denna information för att besvara utredningens huvudfrågor. Det främsta skälet är att ungdomarna ger en beskrivning av läget vid ett enda tillfälle, år 2005/06, medan utredningen ska klargöra förklaringar till en utveckling som pågått under lång tid.

Det finns också problem med att tolka innebörden av de svårigheter ungdomarna beskriver. Frågan om objektiva och upplevda problem behandlas i kapitel 2. Om en ung människa upplever att en fråga utgör ett problem, exempelvis omfattningen av läxorna, bestäms denna uppfattning både av den faktiska mängden läxor och av förväntningarna på hur mycket läxor skolan ska kräva. Det går inte enkelt att avgöra om det är den faktiska mängden läxor eller om det är förväntningarna som är avgörande för upplevelsen av stress. Det är därför svårt att använda ungdomarnas beskrivningar som grund för att analysera förklaringar till utvecklingen.

Analysen i detta och följande kapitel utgår därför i stället från objektiva förhållanden. I detta kapitel diskuteras levnadsförhållanden knutna till det offentliga. En diskussion av levnadsförhållanden kräver en struktur. Svensk offentlig statistik utgår från en tradition där välfärdsresurser beskrivs i 12 dimensioner: Arbetsmiljö, Boende,

Ekonomi, Fritid, Hälsa, Materiella tillgångar, Medborgerliga aktiviteter, Sociala relationer, Sysselsättning, Transporter, Trygghet samt Utbildning (14). Denna indelning har varit utgångspunkt för dispositionen.

I detta kapitel behandlas välfärdskomponenter som främst rör det offentliga inkluderande arbetsmarknaden medan kapitel 6 främst behandlar komponenter knutna till familjen och den enskilde. Det har dock inte varit möjligt att göra en strikt logisk indelning eftersom olika komponenter påverkar varandra.

I presentationen av varje enskild komponent behandlas först belägg för att komponenten har betydelse för psykisk ohälsa, direkt eller indirekt. Denna del bygger på internationell forskning. I de redovisade studierna har författarna vanligen tagit hänsyn till andra faktorer som kan påverka resultatet, exempelvis kön, ålder, familjebakgrund, utbildning, medborgarskap etc.

Diskussionen fortsätter sedan med en beskrivning av utvecklingen i Sverige under de senaste decennierna. Därefter följer en bedömning av sannolikheten att den kan förklara den ökade förekomsten av psykiska problem. Avsnitten avslutas med en presentation av åtgärder som kan påverka komponenten. När det uppfattas befogat lämnas också konkreta förslag till åtgärder. Förslag till åtgärder behandlas samlat i kapitel 11.

Förskola

Betydelse för psykisk hälsa

Tiden i förskolan ligger minst 7 år före ungdomstiden. Trots detta behandlas förskolan i denna utredning. Skälet är att förskolan har stor betydelse för den psykiska hälsan, även under ungdomsåren. I Sverige går de flesta barn i förskola. År 2003 var 45 procent av ettåringarna inskrivna och 87 procent av två-åringarna (135). Förskola är således normen i Sverige.

En systematisk översikt av studier med hög kvalitet visar på positiva effekter av förskola i form av bättre skolprestationer, social anpassning och lägre förekomst av utagerande beteendeproblem (136). Positiva effekter påvisas även senare i vuxen ålder. De redovisade undersökningarna är dock genomförda i USA i socialt mindre gynnade grupper. Resultaten går därför inte självklart att överföra till Sverige.

En översikt av tre studier av barn från familjer med genomsnittlig social bakgrund har redovisats (137). Studierna har medelhög kvalitet och gäller barn i USA, Australien och Israel. De visar att effekterna av förskola vanligen är positiva men att en förutsättning är en personaltäthet om minst 10 anställda per 100 barn. Detta är genomgående fallet i Sverige där personaltätheten i genomsnitt är 18 anställda per 100 barn (135). En senare engelsk studie har publicerats som också visar på tydliga positiva effekter av förskola (138).

Tre svenska studier med medelhög kvalitet visar på positiva effekter av förskola, efter kontroll för föräldrarnas sociala bakgrund (139–141). Andersson finner att den gynnsamma effekten av förskola är mest uttalad om barnet börjar i förskoleverksamhet vid 0–12 månaders ålder (139). Bohlin finner däremot att förskolestart före 15 månaders ålder är mindre gynnsam (141). Fynden för de minsta barnen är således motsägelsefulla.

Utveckling

Andelen ungdomar som under sin uppväxt haft tillgång till förskola har gradvis ökat under de senaste decennierna. År 1975 var omkring 60 000 barn inskrivna i förskola, år 1980 det dubbla omkring 130 000 barn och år 1990 omkring 260 000 (142).

Effekten av förskolan varierar med personalens utbildning, personaltäthet, gruppstorlek samt utformningen av förskolans pedagogik (143). Därför är det befogat att diskutera utvecklingen av dessa aspekter.

Personalens utbildning

En hög andel förskolelärare i personalgruppen leder till bättre språklig utveckling bland barnen (143). Andelen förskolelärare i Sverige utgör ungefär hälften av de anställda och har varit relativt oförändrad under de senaste fem åren. Vi har inte haft tillgång till nationellt representativa uppgifter om perioden dessförinnan.

Personaltäthet

Hög personaltäthet kan reducera utagerande problem och barns ängslan. De genomsnittliga effekterna är dock påtagligt små om antalet vuxna per 100 barn är mer än 12–14 (143). Personaltätheten

sjönk under första halvan av 1990-talet men har varit relativt konstant både dessförinnan och därefter. År 1980 fanns 24 årsarbetare per 100 barn, år 1985 23, år 1990 24, år 1995 18 och år 2004 19 årsarbetare per 100 barn. Uppgifterna har inhämtats från SCB samt Skolverket (135).

Gruppstorlek

Små gruppstorlekar kan reducera förekomst av beteendeproblem och förbättra skolprestationer men sambanden är osäkra och svaga (143). Gruppstorlek och personaltäthet är kopplade till varandra. Med samma personaltäthet går det dock att organisera verksamheten i grupper med olika storlek.

År 2004 var det genomsnittliga antalet barn per barngrupp 17,2 (135). Det är drygt tre barn mer per barngrupp jämfört med början av 1990-talet då det i genomsnitt fanns 14 barn per grupp. Under 1980-talet var gruppstorleken mindre. Utvecklingen av gruppstorlekar under 1980-talet är dock inte känd.

Utformningen av förskolans pedagogik

En barncentrerad pedagogik, i motsats till lärarcentrerad pedagogik, reducerar i betydande omfattning förekomst av beteendeproblem och förbättrar barnens skolprestationer (143). Vid barncentrerad pedagogik lämnar läraren stort utrymme åt barnens egna initiativ. Det innebär att barnens inlärning anpassas till barnets mognad. Barncentrerad pedagogik dominerar inom svensk förskola. Barncentrerad pedagogik har använts i svensk förskola alltsedan den utbyggnad som påbörjades under 1970-talet.

Bedömning

Enligt de studier som redovisas i kapitel 3 ökar förekomsten av psykiska besvär främst under 1990-talet. En person som var 18 år gammal år 1990 slutade förskolan 1978 medan en person som var 18 år gammal år 2000 slutade förskolan 10 år senare år 1988. Således är det främst förändringar av förskolan under 1980-talet som kan ha påverkat ungdomars psykiska hälsa i dag. Förändringar under 1990-talet har ännu inte hunnit ge effekt.

Andelen barn som gått i förskola har ökat under 1980-talet. Detta bör ha motverkat psykiska problem. Personaltätheten var relativt oförändrad under 1980-talet och låg under hela decenniet på 23–24 årsarbeten per 100 barn. Det är långt över den nivå för personaltäthet om 12–14 årsarbeten per 100 barn där negativa effekter har påvisats. Detta talar för att utvecklingen av förskolans verksamhet bör ha motverkat tendenser till psykisk ohälsa.

Effekten av förskola före 15 månaders ålder är oklar. I denna ålder vårdar dock vanligen föräldrarna barnen. Därför kan inte heller en eventuell negativ effekt av förskola i denna ålder förklara den ökade psykiska ohälsan.

Åtgärder

Åtgärder i förskolan som främjar utveckling av barns kompetenser minskar risken för psykiska problem. Sådana åtgärder presenteras i kapitel 7. Ett exempel på en sådan åtgärd är metoder som utvecklar barnens emotionella förmåga.

Skola

Skolans betydelse för psykisk hälsa

Ungdomars kompetenser har avgörande betydelse för deras psykiska hälsa, se kapitel 7. Skolan bidrar till utveckling av barns och ungdomars kompetenser. I skollagen anges som mål utveckling av kunskaper och färdigheter samt fostran till ansvarskännande människor och samhällsmedlemmar. Skolans huvuduppdrag, att främja ungdomars kompetenser, kan således bidra till att minska risken för psykisk ohälsa.

Skolan kan också ha negativa effekter som hänger samman med att skolan inte är frivillig. Mobbning är avsevärt vanligare i skolan än i andra miljöer vilket kan hänga samman med att barn och ungdomar, som inte annars skulle ha valt att vara tillsammans, befinner sig i skolan tillsammans. Eleverna kan uppleva krav som de inte uppfattar som legitima. Elever kan också uppleva upprepade misslyckanden som startar onda cirklar. Ett stort antal av de elever som intervjuats anser att skolan är den främsta orsaken till stress, se kapitel 4.

Skolans effekt på psykisk hälsa är således sammansatt. Det går inte att genomföra experiment där ungdomar slumpas till att gå i skolan och inte göra det. Det går därför inte att ge ett klart svar på skolans effekt på psykisk hälsa. Däremot går det att analysera effekter och utveckling av avgränsade aspekter.

Utveckling av kompetenser

Studier från ett flertal länder visar att barns intellektuella förmåga gradvis har förbättrats under andra halvan av 1900-talet (144). Det är sannolikt delvis en följd av längre skolundervisning (145). Fram till år 1990 har denna positiva trend också påvisats i Sverige (146).

I den nationella utvärderingen av grundskolan som publicerats 2004 jämförs prestationer år 1992 med prestationer år 2003. Där redovisas försämringar i matematik och i läsförmåga och oförändrade eller försämrade resultat i engelska och naturorienterade ämnen (147). Sverige deltar i två studier som organiseras av OECD, PISA och TIMMS. Under perioden 1995–2003 visar studierna på försämring av elevernas färdigheter i matematik och naturorienterade ämnen (148, 149). Läsfärdigheterna är oförändrade. I flera andra länder har det dock skett en förbättring av läsförmågan vilket gör att Sveriges relativa position har försämrats. Skillnaderna olika skolor emellan i Sverige har också ökat, framförallt sedan år 1997 (150).

Ett annat mått utgörs också av andelen elever som slutar grundskolan utan godkända betyg. Andelen, omkring 10 procent, har ökat sedan starten av nuvarande betygssystem år 1997. En liknande trend finns inom gymnasieskolan där andelen utan slutbetyg också har ökat (151). Enligt Skolverkets senaste rapport saknade 28 procent av landets 20-åringar slutbetyg från gymnasieskolan (151).

Utformning av skolans pedagogik – framgångsrika skolor

Flera av de ungdomar som har intervjuats framhåller att otydliga mål och otydliga instruktioner är en källa till stress, se kapitel 4. Många anser att lärarna själva är osäkra över hur målen för skolans olika ämnen ska tolkas och vilka betygskriterier som ska tillämpas.

Undervisning som ger eleverna tydliga mål, ställer höga krav och där läraren ofta ger återkoppling till eleverna på deras prestationer går ofta under beteckningen ”framgångsrika skolor” (effective schools).

Framgångsrika skolor förbättrar elevernas skolprestationer (152, 153), reducerar förekomsten av utagerande beteendeproblem och reducerar elevernas bruk av alkohol och droger (154). Effekter på stressrelaterade symptom har vanligen inte redovisats i dessa studier. På skolnivå finns dock tydliga samband mellan utagerande beteendeproblem och inåtvända psykiska symptom (155). På individnivå finns också relativt starka samband mellan utagerade och inåtvända psykiska problem (156). Detta talar för att framgångsrika skolor även reducerar den typ av problem som ligger i fokus för denna utredning.

Begreppet ”framgångsrika skolor” utgår från studier av skolor, där barnen har goda prestationer, trots att de kommer från socialt mindre gynnade familjer (153). En tidig undersökning genomfördes i Londons East End under 1970-talet (157). Författarna fann att eleverna klarade sig bättre, både när det gällde skolprestationer och social anpassning, om skolorna hade ett tydligt pedagogiskt ledarskap, höga förväntningar på eleverna, betoning på basfärdigheter och ofta återkommande bedömningar av eleverna. Ett stort antal senare studier har bekräftat dessa fynd. Grosin har påvisat liknande förhållanden i Sverige (158). I den svenska utredningen om skolans ledningsstruktur som lades fram i november 2004 identifieras likaledes dessa karaktäristika i framgångsrika skolor (159).

Två sammanställningar av den tillgängliga internationella litteraturen tyder på att ca 10 procent av elevernas skolprestationer kan förklaras av de karaktäristika som ingår i begreppet ”framgångsrika skolor” (152, 153). I dessa studier har man tagit hänsyn till elevernas sociala bakgrund. Denna effekt motsvarar 0,7 SD (160) vilket motsvarar resultat i framgångsrika försök med avgränsade pedagogiska metoder.

De studier som genomförts av framgångsrika skolor har i första hand gällt elever från socialt mindre gynnade miljöer. Ungdomar från studieinriktade hem klarar ofta skolan bättre, mer oberoende av hur pedagogiken utformas. Ett skäl kan vara att de hemifrån känner till vad som egentligen räknas i skolan. Tydlighet gynnar därför särskilt ungdomar som har föräldrar utan lång utbildning (161, 162).

Det saknas nationellt representativa uppgifter om förekomst av framgångsrika skolor.

Lärarnas utbildning

I en översikt påvisas samband mellan lärarnas erfarenhet och elevernas prestationer (163). Det är troligt att lärarnas utbildning också har betydelse men studier av frågan har inte påvisats. Flera av de ungdomar som har intervjuats framhåller värdet av att skolan anställer lärarna som är behöriga, se kapitel 4. Andelen lärare i grundskolan med pedagogisk högskoleutbildning har sjunkit från 90 procent år 1982/83 till 82 procent år 2004/05 (SCB).

Lärartäthet

Flera av de ungdomar som har intervjuats framhåller att alla elever inte får den hjälp de behöver vilket beror på att klasserna är så stora att läraren inte hinner med, se kapitel 4.

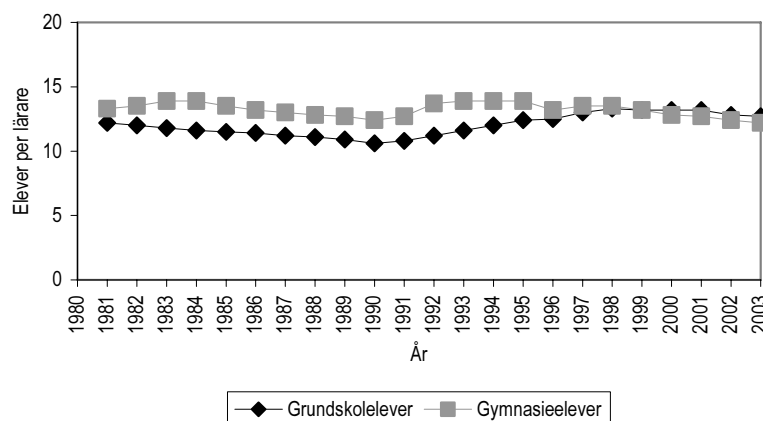
I ett stort antal arbeten har man undersökt sambandet mellan klassernas storlek, alternativt lärartätheten, och elevernas prestationer. I studierna presenteras endast effekter på inlärningsförmåga. Inlärningssvårigheter medför ökad risk för andra psykiska problem. Därför kan effekter också förväntas på såväl utagerande (164) som inåtvända problem (165).

Fyra kontrollerade experiment av publicerats, alla med slumpvis fördelning av eleverna (166–169). Sådana undersökningar ger god säkerhet. I samtliga studier påvisades bättre skolprestationer bland elever som gått i små klasser. I en av de bäst genomförda studierna (STAR) minskades storleken på klasserna under skolår 1–3 (167). Antalet barn per klass reducerades från det normala, 22–25 barn, till 13–17 barn. Om en lärare ansvarade för varje klass innebar det att lärartätheten ökade med ca 55 procent. Barnen följdes med årliga mätningar till årskurs 8. Den effekt som uppnåddes under de första åren visade sig vara bestående (169). Effekten i de redovisade försöken var dock i genomsnitt endast 0,16 SD. Enligt de konventioner för tolkning av effektstorlekar som redovisas i kapitel 2 har en sådan effekt ett mycket begränsat praktiskt värde såvida kostnaden inte är obetydlig. Kostnaden är dock ansenlig.

Svenska experimentella studier av lärartäthetens effekter saknas. Däremot har observationsstudier presenterats. Andersson och medarbetare har analyserat effekter av personalförstärkningar i grundskolan (170). De finner endast marginella effekter.

Lärartätheten i grundskolan har varierat under de senaste 25 åren, delvis beroende på elevkullarnas storlek. Under perioden 1980–2004 varierar antalet elever per lärare inom intervallet 10,5–13,5 (142), se figur 5.0.

Figur 5.0 Elever per lärare, exklusive annan pedagogisk personal i kommunala och fristående skolor läsåren 1980/81–2002/03



Källa: SKL.

Det är osannolikt att variationen i lärartäthet kan förklara den ökade psykiska ohälsan. Bedömningen grundas 1) på den begränsade effekten på elevernas psykiska hälsa av variationer i lärartäthet och 2) på en jämförelse mellan uppgifter om stressrelaterade besvär bland 15-åringar och utvecklingen av lärartäthet enligt figur 5.0. Enligt studien Skolbarns hälsovanor ökar förekomsten av besvär gradvis under perioden 1985–2001, se figurerna 3.5–3.8. En liknande gradvis ökning framträder också under perioden 1988–2002 i studien Ung i Värmland, se figur 3.9–3.12. Förändringarna av lärartäthet motsvarar inte denna utveckling.

Relationerna mellan lärare och elever

Lärarnas relationer till eleverna är sannolikt av vikt för elevernas psykiska hälsa. Flera av de ungdomar som har intervjuats framhåller att en god, nära relation mellan lärare och elever kan förhindra både stress, depressioner, mobbning och våldsyttningar bland ungdomar,

se kapitel 4. Uppgifter finns om brister i dessa relationer. År 2002–2003 angav 13 procent av alla barn och ungdomar i åldern 10–17 år att lärare behandlar dem illa eller orättvist (171).

Enligt studier från Skolverket har inga väsentliga förändringar skett i relationen mellan elever och lärare sedan 1997 (172). Det saknas jämförbara uppgifter från tiden före år 1997.

Lärarnas krav

En tanke som förts fram är att ökade krav i skolan skulle ha medfört ökad risk för psykiska besvär (173). Höga krav i kombination med lågt inflytande har på vuxna påvisats ha ogynnsamma effekter på hälsa (174).

Frågor om upplevda krav har ställts i studien Skolbarns hälsorvånor (77). I enkäten 2001/02 anger 14 procent av 11-åringarna, 23 procent av 13-åringarna och 33 procent av 15-åringarna att skolarbetet är svårt. Jämförbara uppgifter från 1980- och 1990-talet saknas.

Elevinflytande

FN:s barnkonvention om barnets rättigheter anger att barn har rätt till inflytande i frågor som rör dem själva. Barns och ungas inflytande kan dock komma i konflikt med deras välfärd eftersom de kan ha svårt att överblicka konsekvenserna av en del beslut. Det är därför inte givet att ökat inflytande skulle gynna deras hälsa. En systematisk forskningsöversikt omfattande tio kvantitativa studier visar dock att det finns god evidens för att ökat inflytande främjar elevernas hälsa (175). Studierna gällde barn i åldern 4–12 år. Det inflytande som studerades var dock begränsat. Eleverna fick exempelvis välja i vilken ordning tre moment i SO-ämnet skulle behandlas. De fick också välja en av tre givna metoder.

Enligt Skolverkets undersökningar anser 57 procent av eleverna år 7–9 i grundskolan och i gymnasieskolan att de kan påverka arbetssättet i skolan (172). Under perioden 1993–2003 har denna andel ökat. Vid 2003 års undersökning ansåg 53 procent av eleverna att elevernas inflytande i skolan bör öka. Flera av de ungdomar som har intervjuats framhåller att lärarna inte i tillräckligt hög utsträckning samarbetar med eleverna när det gäller planering av skolarbetet, se kapitel 4.

Ansvar

Flera av de ungdomar som har intervjuats anser att de blir stressade över att själva behöva ta ansvar för skolgången, se kapitel 4. Detta gäller både för elever som går i grundskolan och de som går i gymnasiet. ”Nu ska man vara vuxen och fixa allt själv.” Även ungdomar på högskolenivå gör liknande uttalanden. ”Det krävs det för mycket eget ansvar av studenterna.”

Det är oklart hur dessa uttalanden ska tolkas. Uppgifterna om att ungdomar får ta för mycket ansvar förefaller motsägas av att 53 procent av eleverna anser att elever bör få ökat inflytande i skolan (172). En tolkning kan vara att eleverna inte i tillräcklig omfattning förberetts på att få ökat inflytande. En annan tolkning är att skolan ger motstridiga signaler. Å ena sidan uppmanas eleverna ta eget ansvar för lärandet. Å andra sidan är formen för lärande bunden eftersom närvaro är obligatorisk både i grundskola och i gymnasium.

Relationerna mellan eleverna – mobbning

Goda relationer eleverna emellan främjar psykisk hälsa (176). Effekten av motsatsen, dåliga relationer, har studerats främst i form av mobbning. Mobbning innebär att en angripare utsätter ett offer, som är svagare än angriparen, för upprepade aggressiva handlingar (177). Mobbning förekommer i första hand i miljöer som den mobbade inte kan undvika, som skolor och arbetsplatser. Risken för psykisk ohälsa ökar om en elev utsätts för mobbning (177). En särskild form av mobbning som uppmärksammas under de senaste åren är sexuella trakasserier (178).

År 2002–03 angav 6 procent av alla barn och ungdomar i åldern 10–17 år att de blivit oskyldigt anklagade av andra elever nästan varje dag eller minst en gång i veckan och 2 procent att de blivit slagna av andra elever lika ofta (171). Enligt motsvarande studier från Skolverket har inga väsentliga förändringar skett i relationen eleverna emellan sedan år 1993 (172). Enligt studien Skolbarns hälsovanor har förekomsten av mobbning inte förändrats under perioden 1993/94–1997/98 (179). Däremot tyder Skolverkets undersökningar på att elevernas tolerans för mobbning har minskat. Andelen elever som anser att mobbning är ett stort problem på skolan har ökat från 8 till 13 procent (172).

Grundat på regeringens proposition 2005/06:38 (180) har riksdagen år 2005 antagit en ny lag om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever som trätt i kraft den 1 april 2006.

Mobbning på en skola kan ses som tecken på att skolan som helhet fungerar dåligt (181). Att enbart rikta insatser mot eleverna kan därför inte förväntas ge effekt. Det finns starkt vetenskapligt stöd i form av tre kontrollerade studier för att det mobbningsförebyggande program som utvecklats av Olweus i Norge och som konsekvent riktar sig till elever, lärare, skolledning och föräldrar reducerar mobbning (177, 181, 182). Några kontrollerade studier av andra mobbningsförebyggande program har inte påvisats. Olweus metod har mycket begränsad användning i Sverige. Detta talar för att spridning av Olweus metod kan bidra till att minska förekomsten av psykiska problem.

Arbetsro i skolan

Ungdomar som upplever arbetsro i klassrummet anger oftare god hälsa (183). Det är vanligt att ungdomar saknar sådan arbetsro. Drygt hälften av eleverna i mellanstadiet anser att det inte brukar vara lugnt i klassrummet på lektionerna. I högstadiet är det hela sex av tio och i gymnasiet något lägre, fyra av tio som har denna uppfattning (184). Många av de ungdomar som har intervjuats anser att stressen skulle minska om läraren såg till att komma igång fortare under lektionerna, se kapitel 4.

En internationell jämförelse talar för att bristerna i elevernas arbetsmiljö är större i Sverige än i Finland och inom genomsnittet för OECD (185), se tabell 5.1. Tidsserier saknas.

Tabell 5.1 Procentandel elever i Sverige, Finland och OECD som anger olika missförhållanden under alla eller de flesta lektioner

| Missförhållande | Sverige | Finland | OECD genomsnitt |
|---|---------|---------|--------------------|
| Eleverna arbetar dåligt | 23 | 15 | 19 |
| Eleverna börjar arbeta först långt efter det att lektionen börjat | 31 | 21 | 25 |
| Det är oljud och oordning | 38 | 42 | 29 |

Sätt att organisera arbetet i skolan

I intervjuerna framhåller många ungdomar att eleverna har för mycket läxor och flera anser att det inte behöver vara på det sättet, se kapitel 4. "Skolan hör inte hemma på fritiden." En del betonar att mängden hemläxor bestäms av den undervisningsmetod som läraren använder. Många anger att de är stressade över att prov och läxor i olika ämnen förläggs till en och samma period. Tidsserier som beskriver utvecklingen av dessa frågor saknas dock.

Skolmiljö

Vid intervjuerna framkommer att ungdomar anser att stress orsakas av arbetsmiljön i skolan, och framhåller det orättvisa i att lärarna har en bättre arbetsmiljö än eleverna har, se kapitel 4. Eleverna framhåller att lärarrummet är ljudisolerat och möblerat med mjuka soffor, och gardiner hänger i fönstren och tavlor på väggarna. Klassrummen och gemensamma elevutrymmen är inte ljudisolerade, oinredda med tråkiga väggfärger och har inga gardiner eller tavlor.

Föräldrars inflytande i skolan

Om föräldrar och lärare i skolan har liknande uppfattning om skolans uppgift underlättar det för eleverna att ta aktiv del av skolans verksamhet (186). Samverkan mellan skola och hem främjas av att föräldrar får ökat inflytande i skolan. Det är dock tänkbart att det främst är välutbildade föräldrar som tar tillvara en sådan möjlighet. Detta skulle medföra en konflikt med skolans mål att ge alla barn och ungdomar likvärdig utbildning.

Resultat från nio studier med hög vetenskaplig kvalitet har sammanställts (187). Föräldrarnas inflytande bedömdes då eleverna var i åldern 4–12 år och resultatet noterades då de var 5–20 år gamla. Samtliga studier var genomförda i USA. Effekten av två typer av föräldrainsflytande analyserades, föräldrars medverkan i samråd inför beslutsfattande i skolan och föräldrars direkta medverkan i skolans aktiviteter. I samtliga analyser har författarna tagit hänsyn till föräldrarnas sociala bakgrund. En vanlig form för samråd är att föräldrar deltar vid möten i en förening som organiserar föräldrar. Svenska motsvarigheter är exempelvis Hem och Skola föreningar, Föräldraalliansen och lokala skolstyrelser med föräldramajoritet.

Analysen visar att när föräldrar deltar vid möten i sådana föreningar barnens skolprestationer blir bättre.

Föräldrar kan även medverka i skolans aktiviteter genom att samla in pengar till en klassresa, hjälpa läraren i klassrummet (vilket förekommer i USA men är ovanligt i Sverige) och genom att medverka vid sociala aktiviteter som skolan arrangerar. När föräldrar ger skolan sådant stöd tenderar barnens beteende i skolan att förbättras, men resultatet är osäkert.

Under 1990-talet påbörjades försök med lokala skolstyrelser med föräldramajoritet. Under samma period tillkommer friskolor vilket har ökat föräldrars möjlighet att indirekt påverka skolan genom aktivt val av skola. Dessa förändringar har inneburit ökade möjligheter till inflytande för föräldrar.

Tillgång till elevvård

Frågan behandlas i kapitel 8.

Samlad bedömning

Skolan kan ha både positiva och negativa effekter på ungdomars psykiska hälsa. En bedömning måste grundas på utvecklingen av enskilda aspekter som påverkar psykisk hälsa. Det finns anmärkningsvärt få uppgifter som är jämförbara över tid. Särskilt anmärkningsvärd är bristen på jämförbara tester av elevernas skolresultat och andra kompetenser där utvecklingen går att följa mer än 10 år. Inte heller ett uppmärksammat fenomen som mobbning går att följa mer än 10 år tillbaka i tiden. Detta är otillfredsställande eftersom det ofta krävs minst 20 års observationer för att klargöra om en förändring av betydelse har inträffat, se val av tidsperspektiv i kapitel 1.

De fragmentariska uppgifter som föreligger ger en oklar bild av vilken betydelse skolan kan ha haft för den ökade psykiska ohälsan. Det finns inte belägg för att någon enskild aspekt har haft någon väsentlig inverkan.

Genomgången visar dock att det finns ett flertal faktorer som främjar god psykisk hälsa och som skolan kan utveckla. Ett exempel på detta är att tillämpa de principer som ingår i begreppet "fram-

gångsrika skola”. Ett annat exempel är att brett sprida effektiva mobbningspreventiva program.

Högskola

Ungdomars kompetenser har effekt på psykisk hälsa, oberoende av ungdomarnas uppväxtfamilj och oberoende av deras sociala villkor som vuxna, se kapitel 7. Högskolan utvecklar ungdomars kompetenser och kan därför förväntas motverka psykisk ohälsa under levnadsloppet. Studierna kan dock vara ansträngande och kan därför riskera att utlösa psykiska problem. I ett läge då det är svårt för ungdomar att få arbete kan ungdomar också välja att studera enbart därför att bättre alternativ saknas. Sådana studier kan ha negativa effekter på den psykiska hälsan. Det är således svårt att bedöma de kortsiktiga effekterna av högskolestudier på psykisk hälsa.

Andelen 25-åringar med påbörjad högskoleutbildning i Sverige har fördubblats under de senaste 15 åren, från 22 procent år 1990 till 41 procent år 2004 (188). Eftersom en omedelbar effekt på psykisk ohälsa är svår att bedöma går det inte att avgöra om utvecklingen bidragit till eller motverkat utvecklingen mot ökad psykisk ohälsa. Det som talar emot att högskolan haft en väsentlig betydelse är att ökningen av psykiska problem påvisas redan vid 15 års ålder dvs. flera år före högskolans början.

Förvärvsarbete

Betydelse för psykisk ohälsa

Arbetsmarknaden påverkar ungdomars psykiska ohälsa på flera olika sätt. Sambandet mellan arbetslöshet och psykisk ohälsa är väl belagt (189). Ungdomar som blir arbetslösa har också större risk att bli arbetslösa i vuxen ålder (190). Vidare finns en grupp ungdomar som vare sig arbetar, är arbetssökande eller studerar. Denna grupp har en påfrestande situation (191). Slutligen kan ungdomar som studerar oroas över möjligheterna att få arbete efter studierna. Ungdomar kan också studera mot sin vilja om det inte är möjligt att förvärvsarbeta. Därför är det motiverat att analysera utvecklingen av såväl andelen förvärvsarbetande, arbetssökande som andelen som vare sig förvärvsarbetar eller är arbetssökande.

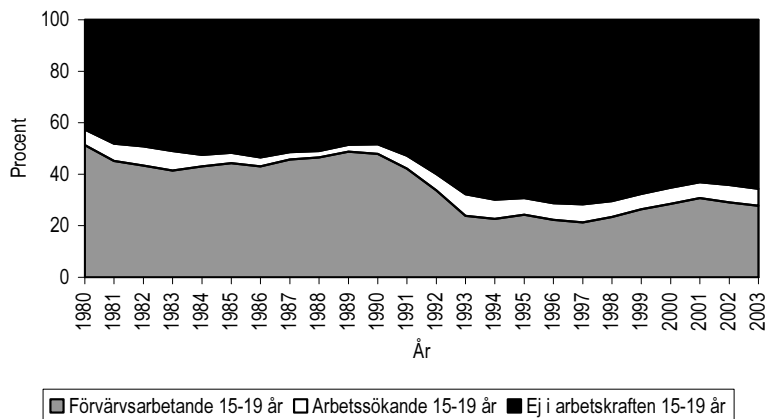
Flera av de ungdomar som har intervjuats lyfter fram problem med att få arbete, framförallt elever med utländsk bakgrund på gymnasiets yrkesförberedande program, se kapitel 4.

Det är stressigt att tänka på framtiden. Det finns inga jobb och inga bostäder. Man tror inte att man kommer att klara sig. Man orkar inte ens söka jobb eftersom alla säger att det inte finns några. Man oroar sig jämt.

Utveckling över tid

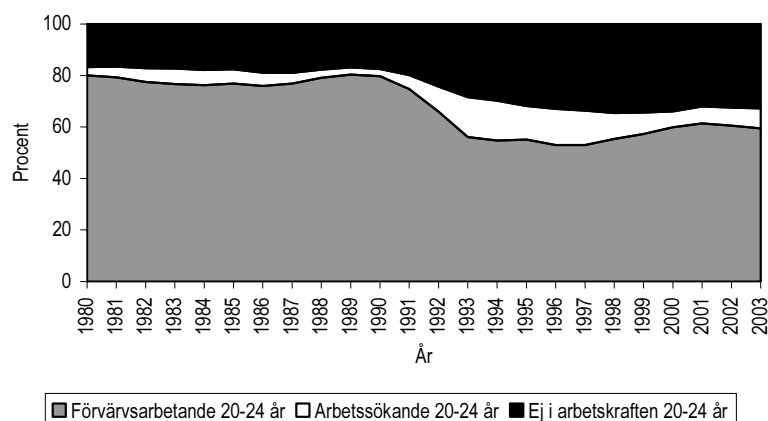
Efter valutaavregleringen år 1989 minskade ungdomars tillgång till förvärvsarbete, både bland 15–19-åringar, se figur 5.1, och 20–24-åringar, se figur 5.2. Utvecklingen påverkade kvinnor och män likvärdigt. Därför redovisas de båda könen tillsammans.

Figur 5.1 Utveckling i Sverige i ålder 15–19 år av andel förvärvsarbetande, andel arbetssökande och andel ej i arbetskraften under perioden 1980–2003



Källa: OECD.

Figur 5.2 Utveckling i Sverige i ålder 20–24 år av andel förvärvsarbetande, andel arbetssökande och andel ej i arbetskraften under perioden 1980–2003



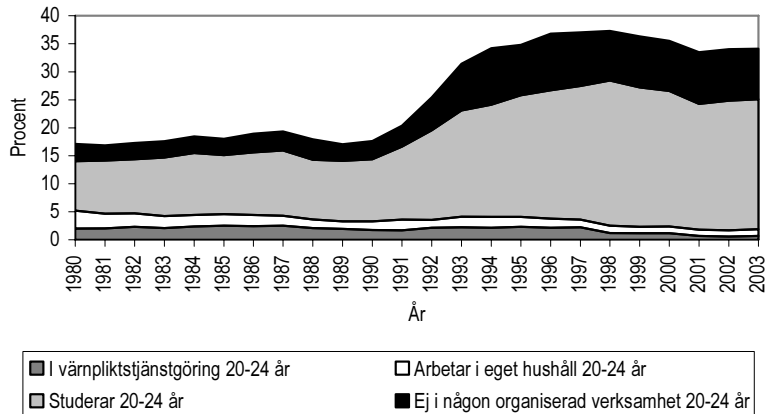
Källa: OECD.

Förlusten av förvärvsarbeten under 1990-talets ekonomiska kris har inte återhämtats. Antalet förvärvsarbetande i hela åldersgruppen 15–24 år var 716 000 år 1989 (192). Fyra år senare, år 1993, var 428 000 förvärvsarbetande och 13 år senare, år 2002, var antalet stort oförändrat, 433 000. Antalet förvärvsarbetande har således minskat med närmare 300 000. Det innebär att andelen 15–24-åringar i förvärvsarbete mellan åren 1989 och 2002 minskade från 67 till 47 procent.

Förändringarna av arbetsmarknaden har påverkat ungdomarna avsevärt mer än andra åldersgrupper. Antalet förvärvsarbetande i åldern 25–64 år var 3 726 000 år 1989 (192). Fyra år senare, år 1993, var 3 537 000 förvärvsarbetande och 13 år senare, år 2002, hade antalet återgått till nivån före krisen 3 814 000. På grund av att befolkningen ökat har andelen i förvärvsarbete dock sjunkit något också i denna åldersgrupp, från 87 procent år 1989 till 81 procent år 2002.

En ökad andel av ungdomarna står således utanför arbetskraften. Gruppen utgörs av ungdomar som studerar, är värnpliktiga, arbetar i eget hushåll eller inte deltar i någon organiserad verksamhet. I åldersgruppen 20–24 år har under perioden 1989 till 2002 andelen studerande fördubblats, se figur 5.3. Andelen som inte deltog i någon organiserad verksamhet har tredubblats med en ökning från 3 procent år 1989, till 9 procent år 2002.

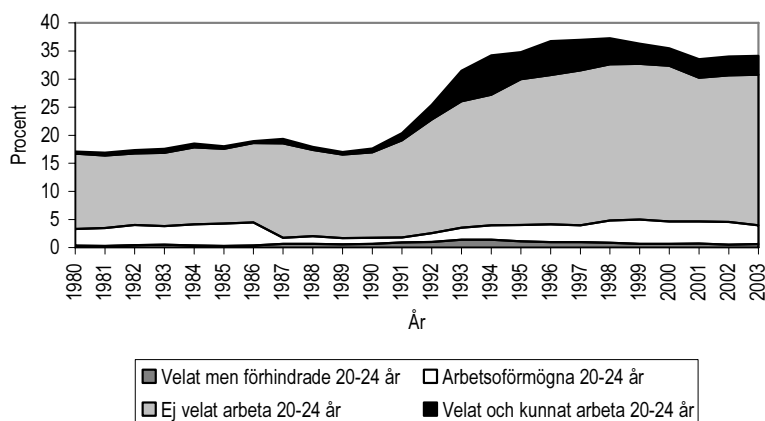
Figur 5.3 Utveckling i Sverige i ålder 20–24 år av andel i värnpliktstjänstgöring, andel som arbetar i eget hushåll, andel som studerar och andel som inte deltar i någon organiserad verksamhet under perioden 1980–2003



Källa: SCB.

En grupp ungdomar vill förvärvsarbeta men har inte fått tag på ett arbete. I åldersgruppen 20–24 år har andelen ökat från 0 procent år 1989 till 3 procent år 2002, se figur 5.4. Förändringarna är ännu tydligare för ungdomar i åldern 16–19 år. Mellan år 1989 och år 2002 ökar denna grupp från 4 procent till 12 procent.

Figur 5.4 Utveckling i Sverige i ålder 20–24 år av andel som velat förvärvsarbeta men som varit förhindrade, andel som är arbetsförmögna, andel som ej velat och andel som både velat och kunnat förvärvsarbeta under perioden 1980–2003



Källa: SCB.

Internationella jämförelser

Förändringarna av ungdomarnas arbetsmarknadssituation har varit påtagliga i Sverige. Dessa förändringar är därför en tänkbar förklaring till den ökade psykiska ohälsan. För att pröva en hypotes om att den ökade förekomsten av psykiska symptom kan förklaras av förändringar på arbetsmarknaden har utvecklingen i några länder jämförts. En sådan analys kräver jämförbara uppgifter om arbetsmarknad och om ungdomars psykiska hälsa under en följd av år. Uppgifter om arbetsmarknad föreligger i OECD:s sammanställningar (192) och i nationella källor. Uppgifter om stressrelaterade symptom föreligger i studien Skolbarns hälsovanor.

I studien Skolbarns hälsovanor finns uppgifter om psykiska symptom bland 15-åringar i 11 länder under perioden 1984/85–2001/02. Uppgifterna presenteras i tabell 3.2. Dessa uppgifter har relaterats till arbetsmarknadsstatistiken. Femtonåringarna går i skolan. De har därför inte någon omedelbar koppling till arbetsmarknaden. Däremot är det troligt att förekomsten av stressrelaterade symptom påverkas av deras framtidsutsikter. Före år 1990 kunde en femtonåring i Sverige efter årskurs 9 i skolan välja mellan att ta en anställning med lön eller att fortsätta i gymnasiet. I dag är förvärvsarbete direkt efter grundskolan inget alternativ. Ungdomar vet också att vare sig gymnasiestudier eller senare högskolestudier ger någon garanti för arbete.

Utvecklingen av arbetsmarknaden i de 11 länderna presenteras för åldern 15–19 år i tabell 5.3 och för åldern 20–24 år i tabell 5.4. Som framgår har andelen förvärvsarbetande i båda åldersgrupperna sjunkit snabbare i Sverige än i något annat av de undersökta länderna. Motsvarande ökning av gruppen utanför arbetskraften har också varit mer uttalad i Sverige än i de andra länderna. Det finns däremot inget tydligt mönster för andelen arbetslösa. I några länder med påfallande hög arbetslöshet i början av perioden, exempelvis Skottland, har gruppen öppet arbetslösa sjunkit påtagligt.

Tabell 5.3 Förändring i åldersgruppen 15–19 år av andel förvärvsarbetande, andel arbetssökande samt andel ej i arbetskraften. Länderna är ordnade i samma följd som i tabell 3.1, dvs. i fallande ordning efter utveckling av besvär. Uppgifter från några länder saknas

| Land | Förvärvsarbetande (%) | | | Arbetssökande (%) | | | Ej i arbetskraften (%) | | |
|-----------|-----------------------|------|------------|-------------------|------|------------|------------------------|------|------------|
| | 1985 | 2000 | Förändring | 1985 | 2002 | Förändring | 1985 | 2002 | Förändring |
| Sverige | 44 | 29 | -15 | 4 | 7 | +3 | 52 | 64 | +13 |
| Skottland | | | | | | | | | |
| Wales | | | | | | | | | |
| Spanien | 20 | 18 | -2 | 21 | 7 | -14 | 59 | 75 | +15 |
| Belgien | 10 | 8 | -2 | 5 | 2 | -3 | 85 | 90 | +5 |
| Norge | 41 | 43 | +2 | 4 | 9 | +5 | 55 | 48 | -7 |
| Österrike | | | | | | | | | |
| Schweiz | | | | | | | | | |
| Danmark | 59 | 56 | -3 | 7 | 4 | -3 | 34 | 40 | +7 |
| Finland | 31 | 22 | -9 | 5 | 10 | +5 | 64 | 68 | +4 |
| Ungern | | | | | | | | | |

Källa: OECD (192)

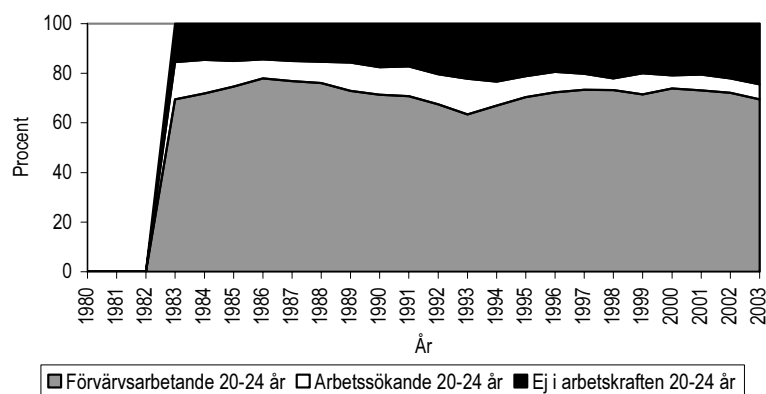
Tabell 5.4 Förändring i åldersgruppen 20–24 år av andel förvärvsarbetande, andel arbetssökande samt andel ej i arbetskraften. Länderna är ordnade i samma följd som i tabell 3.1. Uppgifter från några länder saknas

| Land | Förvärvsarbetande (%) | | | Arbetssökande (%) | | | Ej i arbetskraften (%) | | |
|-----------|-----------------------|------|------------|-------------------|------|------------|------------------------|------|------------|
| | 1985 | 2002 | Förändring | 1985 | 2002 | Förändring | 1985 | 2002 | Förändring |
| Sverige | 77 | 61 | -16 | 6 | 7 | +1 | 18 | 32 | +15 |
| Skottland | 63 | 66 | +3 | 17 | 5 | -12 | 20 | 29 | +9 |
| Wales | | | | 18 | 5 | -13 | | | |
| Spanien | 40 | 49 | +8 | 27 | 12 | -14 | 33 | 39 | +6 |
| Belgien | 53 | 48 | -5 | 14 | 8 | -6 | 32 | 44 | +11 |
| Norge | 70 | 68 | -3 | 4 | 6 | +2 | 26 | 26 | 0 |
| Österrike | | | | | | | 26 | 30 | +4 |
| Schweiz | 79 | 77 | -2 | 2 | 4 | +3 | 19 | 19 | 0 |
| Danmark | 75 | 72 | -3 | 10 | 6 | -4 | 15 | 22 | +7 |
| Finland | 67 | 67 | -10 | 6 | 10 | +5 | 28 | 33 | +5 |
| Ungern | | | | | | | | | |

Källor: OECD (192, 193) samt Scottish Executive (194) Welsh Assembly Government (195) (196) och Swiss Federal Statistical Office (197).

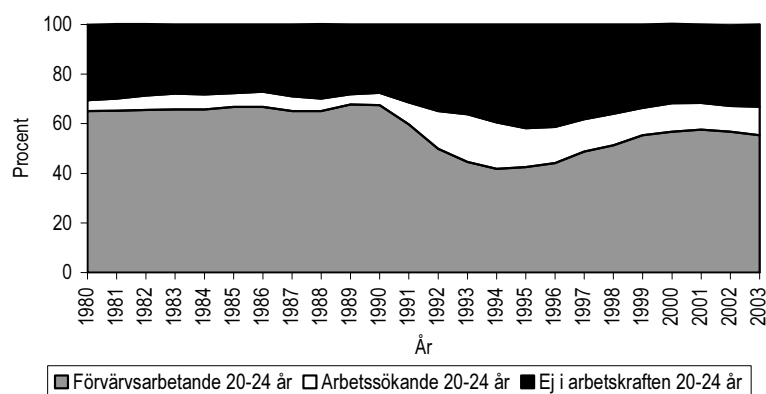
Det som utmärker den svenska utvecklingen är ett markant brott i samband med 1990-talskrisen. Utvecklingen i de andra länderna har vanligen varit mer jämn, exempelvis i Danmark, se figur 5.5. Förändringarna har även varit mer påtagliga i Sverige jämfört med Finland, trots att den ekonomiska krisen i Finland var djupare än i Sverige, se figur 5.6. Ett viktigt skäl var att ungdomar i Finland redan före krisen studerade i högre omfattning.

Figur 5.5 Utveckling i Danmark i ålder 20–24 år av andel förvärsarbetande, andel arbetsökande och andel ej i arbetskraften under perioden 1983–2003



Källa: OECD.

Figur 5.6 Utveckling i Finland i ålder 20–24 år av andel förvärsarbetande, andel arbetsökande och andel ej i arbetskraften under perioden 1980–2003



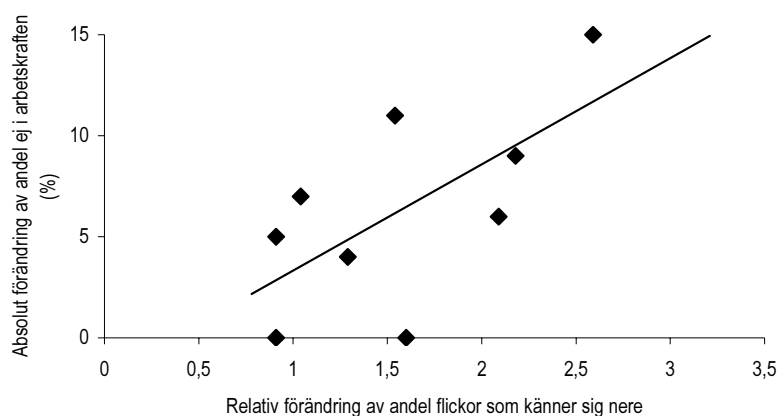
Källa: OECD.

En jämförelse mellan utvecklingen av ökning av stressrelaterade symptom enligt tabell 3.2 och minskning av andelen som ej förvärvsarbetar och ej är arbetssökande (studerar m.m.) i åldern 20–24 år enligt tabell 5.4 redovisas i tabell 5.5. Som framgår finns ett tydligt samband, uttryckt som korrelationskoefficient. Sambanden är tydligast bland flickor och särskilt för förekomst av att känna sig nere. De flesta samband är statistiskt säkerställda minst på nivån $p=0,05$ (en korrelationskoefficient=0,29 motsvarar en statistisk säkerhet om 5 procent). Det är således osannolikt att sambanden uppstått av slump. Sambandet mellan ökning av att känna sig nere och minskning av förvärvsarbetande flickor illustreras också av figur 5.7.

Tabell 5.5 Korrelation mellan ökning av tre psykiska symptom i åldern 15 år mellan åren 1985/86 och år 2001/02 och ökning av andelen ungdomar i åldern 20–24 år som ej är i arbetskraften enligt tabell 5.4 i 11 länder i Europa inkluderande Sverige

| Symptom | Korrelationskoefficient | |
|---------------------|-------------------------|--------|
| | Flickor | Pojkar |
| Känner sig nere | 0,65 | 0,61 |
| Har svårt att somna | 0,44 | 0,28 |
| Huvudvärk | 0,55 | 0,55 |

Figur 5.7 Samband mellan relativ ökning av andelen flickor som känner sig nere mer än en gång veckan i åldern 15 år mellan åren 1985/86 och år 2001/02 enligt tabell 3.2 och absolut ökning av andelen ungdomar ej i arbetskraften i åldern 20–24 år enligt tabell 5.4 i nio länder i Europa inklusive Sverige



Källa: se tabell 3.2 och 5.4.

Bedömning

Den internationella jämförelsen av tidsförlopp visar på samband mellan utvecklingen av ungdomars möjligheter att förvärvsarbeta och utvecklingen av stressrelaterade symptom. I länder med markant minskade möjligheter till förvärvsarbete har förekomsten av psykiska symptom ökat som snabbast. Av de 11 länder som ingår i jämförelsen är Sverige ledande i båda dessa avseende.

Det är inte sannolikt att utsikterna på arbetsmarknaden direkt påverkar de 15 åringar som ingår i studien eftersom de inte räknar med att söka arbete inom den närmaste framtiden. Däremot är det troligt att de kan uppleva det som påfrestande att inte se något alternativ till att gå i gymnasiet. Därtill kommer att gymnasiestudierna inte förefaller fungera som avsett eftersom stora grupper (28 procent) saknar slutbetyg från gymnasieskolan, trots att de varit inskrivna i denna skolform (151).

Ökningen av stressrelaterade symptom i gymnasieåldern och där efter ligger i samma storleksordning som för 15-åringarna. I dessa åldrar finns en direkt koppling till arbetsmarknaden. Svårigheter att få arbete leder till att fler studerar vilket medför att etableringen som vuxen förskjuts uppåt i ålder (198). Detta innebär exempelvis att ekonomin är sämre än om den unge hade inkomst från förvärvsarbete vilket gör det svårare att få egen bostad. Sådana förändringar medför sannolikt påfrestande. Det saknas dock direkta belägg för en sådan uppfattning.

Det är en relativt liten grupp ungdomar som är arbetslösa. Förklaringen till den ökade psykiska ohälsan knyts därför inte till denna grupp. Förändringarna av arbetsmarknaden kan ha medfört att fler anställda ungdomar har arbeten de är överkvalificerade för. Detta kan innebära en påfrestande som leder till mer ångslan och oro. Något stöd för denna hypotes har dock inte påvisats i ULF-materialet (199).

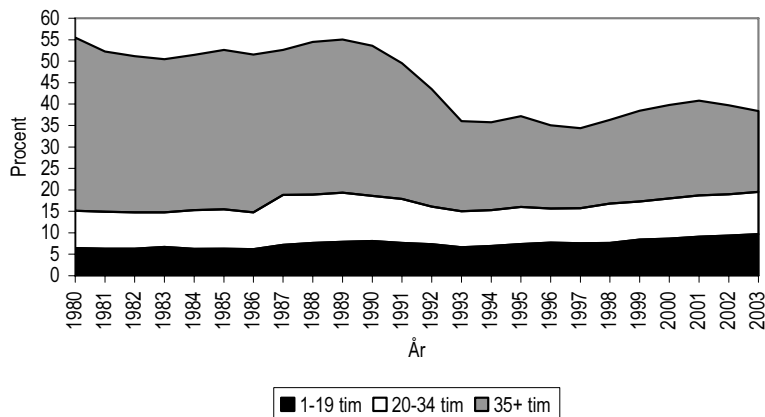
En avgörande fråga är om det påvisade sambandet mellan de allmänna utsikterna på arbetsmarknaden och stressrelaterade symptom också är ett orsakssamband. Den främsta metoden för att påvisa orsakssamband är att genomföra experiment, se kapitel 2. Det går uppenbart inte att göra i analyser av samhällsfaktorer. Den typ av studie som närmast har högst bevisvärde är s.k. longitudinella studier där samma individ följs över tid. Sådana undersökningar går inte heller att genomföra eftersom frågan gäller möjligheten att få arbete under den korta period av livet då det är tänkbart att börja arbeta

men den unge ännu inte övergått till arbetslivet. Därför måste analysen bygga på jämförelser olika årskullar emellan. Om förändringar över tid påvisas, vilket är fallet, är en möjlig förklaring att årskullarna efterhand skulle ha blivit allt mer benägna att utveckla psykiska problem. Det är troligt att så är fallet. Frågan diskuteras i kapitel 9. Däremot är det mindre sannolikt att en sådan tendens skulle förklara det starka samband som påvisats mellan utvecklingen av arbetsmarknad och utveckling av symptom i de 11 länder som ingår i den internationella analysen.

Arbetsvillkor och arbetsmiljö

Från arbetskraftundersökningarna framgår utvecklingen av förvärvsarbete av olika omfattning, se figur 5.8. Andelen ungdomar som haft någon form av deltidsarbete har varit relativt oförändrad under hela perioden 1979–2005. Minskningen efter år 1990 gäller enbart heltidsarbete.

Figur 5.8 Utveckling i Sverige i ålder 16–24 år av andel i arbete som vanligen arbetar 1–19 timmar i veckan, 20–34 timmar i veckan och 35 timmar i veckan eller mer under perioden 1980–2003

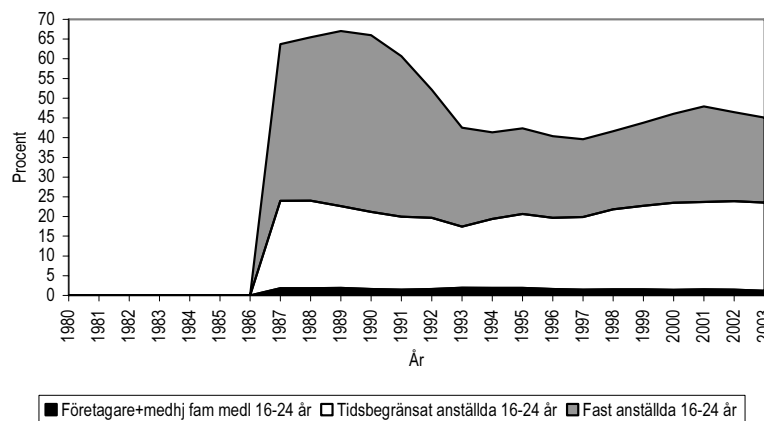


Källa: SCB.

Samma bild framträder för utvecklingen av fast respektive tidsbegränsad anställning, se figur 5.9. De tidsbegränsade anställningarna

är relativt oförändrade medan minskningen efter år 1990 gäller de fasta anställningarna.

Figur 5.9 Utveckling i Sverige i ålder 16–24 år av andel fast anställda, tidsbegränsat anställda, och företagare eller medhjälpande familjemedlemmar under perioden 1987–2003



Källa: SCB.

I ULF-undersökningarna finns flera frågor om arbetsmiljö för åldersgruppen 16–24 år (14). Några frågor gäller fysisk arbetsmiljö. Under perioden 1980–81 till 2003 noteras oförändrade förhållanden eller förbättringar. Det främsta undantaget är en ökning av arbete på annan tid än dagtid som ökar från 20 till 35 procent.

Studien innehåller också frågor om den psykiska arbetsmiljön. Under perioden 1986–87 till år 2003 ökar andelen ungdomar som anger psykiskt ansträngande arbete från 23 till 30 procent. Andelen som anger jäktigt och enformigt arbete ökar från 16 till 29 procent. Arbetsmiljöverkets arbetsmiljöundersökningar innehåller fler frågor av liknade karaktär men täcker endast perioden 1997–2003.

Frågor om psykisk arbetsmiljö har relevans för detta uppdrag. Det är dock svårt att tolka uppgifterna i ULF om psykiskt ansträngande arbete eftersom de beskriver upplevelse av miljön och inte faktiska förhållanden. Om den psykiska hälsan har försämrats är det troligt att fler upplever arbetet som psykiskt ansträngande, även om de faktiska villkoren är oförändrade. Det är därför svårt att klargöra orsak och verkan.

I kapitel 9 diskuteras modernitet och senmodernitet. Ett väsentligt drag i senmoderniteten är en minskad förutsägbarhet (200). Denna tendens är tydlig inom arbetslivet (201). Ett av många uttryck för denna trend är de allt mer frekventa omorganiseringarna. Enligt ULF-undersökningarna har andelen ungdomar i åldern 16–24 år som anger att arbetsplatsen har omorganiserats under de senaste 12 månaderna ökat från 21 procent år 1994–95 till 32 procent år 2003 (14). Omorganisationer utgör en tydlig påfrestning för de anställda (202).

Den ökade oförutsägbarheten inom arbetslivet kan bidra till ökad psykisk ohälsa. Det är dock svårt att isolera de aspekter arbetslivet står för från den allmänna trend till oförutsägbarhet som diskuteras i kapitel 9.

Ekonomi och materiella tillgångar

Betydelse för psykisk ohälsa

Det finns ett flertal internationella studier som påvisar samband mellan ekonomiska svårigheter bland unga och förekomst av psykiska problem (203). Svenska studier av barn och unga tyder dock på att sambanden mellan ekonomi och hälsa är oklara (204–206). Enligt en internationell systematisk översikt förefaller inte heller ekonomiska faktorer ha haft någon väsentlig betydelse för den försämrade psykiska hälsan (107). Det finns dock en svensk studie av barn som tyder på att barn i familjer med dålig ekonomi har mer stressrelaterade symptom (207). Uppgifterna om ekonomi i denna studie grundar sig dock inte på inkomstuppgifter utan i stället på att föräldrarna angivit att de har bristande kontantmarginaler. En sådan brist kan både förklaras av att familjen har små ekonomiska resurser och av familjens sätt att hantera befintliga resurser. Studien klagör inte vilken tolkning som är den rätta.

De ungdomar som går på högskola, och som har intervjuats, framhåller dock att ekonomin är den främsta källan till stress, se kapitel 4.

Utveckling över tid

Andelen fattiga bland ungdomar i åldern 16–24 år som ej bor kvar i föräldrahemmet har nästan fördubblats under perioden från 19,1 procent år 1982 till 35,6 procent år 2003 (14). Hela ökningen inträffar

efter år 1990–1991. Detta är sannolikt en underskattning av förändringen eftersom ungdomar som bor kvar i föräldrahemmet inte ingår i denna statistik och denna grupp sannolikt har ökat sedan 1990.

Många unga tvingas uppbära långvarigt ekonomiskt bistånd (socialbidrag). Fyrtio procent av alla biståndstagare är mellan 18 och 29 år. I åldern 18–24 år lever nästan var tionde person på bistånd (208).

Den ogynnsamma utvecklingen i ungdomsgruppen kan sannolikt helt tillskrivas minskad förvärvsverksamhet i åldersgruppen. Antalet förvärvsarbetande i hela åldersgruppen 15–24 år var 716 000 år 1989 (192). År 2002, 13 år senare, har antalet förvärvsarbetande minskat med närmare 300 000 till 433 000.

ULF undersökningarna redovisar även utvecklingen av materiella tillgångar för ungdomar i åldern 16–24 år (14). Under perioden år 1980–1981 till 2004 har tillgång till bil minskat något från 79 till 74 procent medan tillgång till båt i stort varit oförändrad och tillgång till husvagn och fritidshus har ökat.

Inte bara de genomsnittliga inkomsterna utan även spridningen av inkomster i befolkningen har betydelse. Om samma ekonomiska resurser fördelas mer ojämnt kan detta bidra till ökad ohälsa. Det mått på fördelning av inkomster som brukar användas är den s.k. ginkoefficienten. Separata uppgifter för ungdomsgruppen saknas. Däremot finns uppgifter för befolkningen som helhet. Ett lågt värde visar på en jämn fördelning av inkomster i befolkningen. Ginkoefficienten var som lägst 1982, steg fram till år 2000 för att därefter börja sjunka (209). Förändringarna i fördelningen har främst rört den tiondel av befolkningen som har de högsta inkomsterna. Förändringarna inom övriga grupper har varit relativt små.

Bedömning

Under de senaste 20 åren har ungdomars ekonomi försämrats. Den försämrade ekonomin är sannolikt till stor del orsakad av ungdomars minskade möjligheter till förvärvsarbete. Det är svårt att särskilja ekonomins specifika betydelse i ett land som Sverige där samband mellan ekonomi och hälsa är relativt svaga på grund av de väl utvecklade sociala skyddsnetten.

Boende

Betydelse för psykisk hälsa

Tillgång till bostad är avgörande för individens välfärd. Den som inte har en bostad med drägliga boendeförhållanden har svårt att klara övriga delar av livet, t.ex. utbildning och arbete. Bostaden är också allmänt relaterad till det mentala välbefinnandet. Vidare är en egen bostad en viktig del av etableringen i vuxenvärlden. Det är dock svårt att isolera betydelsen av boende från individernas ekonomi.

Historiskt har låg bostadsstandard haft stor betydelse både för fysisk och mental hälsa. Evidens saknas dock för att de skillnader i boendestandard som finns i Sverige i dag har någon väsentlig betydelse för hälsan (210).

Utveckling över tiden

I SCB:s levnadsnivåundersökningar redovisas bostadsstandard efter två mått på trångboddhet, fler än två boende, alternativt fler än en boende per rum, kök och vardagsrum oräknade (14). Enligt båda dessa mått har andelen trångbodda ungdomar i åldern 16–24 år i stort varit oförändrad mellan åren 1980 och 2004.

Ungdomar bor dock kvar hos föräldrarna i betydligt större omfattning än tidigare. Andelen ungdomar i åldern 21–25 år som etablerat sig på bostadsmarknaden sjönk kraftigt mellan åren 1990 och 2000. I början på 1990-talet hade omkring hälften av 21–25-åringarna etablerat sig på bostadsmarknaden i landets tillväxtregioner. År 2000 hade andelen i Stockholmsregionen nästan halverats – från 48 procent till 26 procent. Nedgången i etableringstakten har varit lika snabb i Göteborgsregionen och andra regioner med höga och medelhöga bostadspriser (211).

Dessa förändringar har både samband med ungdomarnas försämrade ekonomi och med det minskade utbudet av bostäder lämpade för ungdomar. Under de senaste 25 åren har bostadsbyggandet varit mycket lågt, och nybyggnationen har skett i allt mindre utsträckning som hyresrätter. Hyresrätterna har också minskat på grund av att de omvandlades till bostadsrätter. Även saneringen av det äldre bostadsbeståndet har minskat andelen små hyresrätter som tidigare kunde fungera som första bostad för ensamstående ungdomar (198).

Bedömning

Det är oklart om förändringen av ungdomars boende har påverkat utvecklingen av deras psykiska hälsa. Ungdomar bor kvar längre hos föräldrarna än tidigare. Det är möjligt att ungdomarna upplever detta som en påfrestning. Vi har dock inte funnit undersökningar av representativa urval av ungdomar som visar att ungdomar i allmänhet upplever det som negativt att bo kvar hos föräldrarna.

Bostadsort

I intervjuerna framför många ungdomar uppfattningen att stress är vanligare i större städer, se kapitel 4. I ULF-undersökningarna går det att jämföra sex typer av boendeort. I hela den vuxna befolkningen var besvär av ångslan, oro eller ångest år 1980 1,6 gånger vanligare i Stockholm jämfört med norra glesbygden. År 2005 var sådana besvär endast 1,2 gånger vanligare i Stockholm. Liknande utveckling gäller för sömnsvårigheter. År 1980 var sömnsvårigheter 1,4 gånger vanligare i Stockholm jämfört med norra glesbygden. Skillnaderna var i stort eliminerade år 2005.

Bostadssegregation

Socialt mindre gynnade individer har ofta sämre hälsa. De bor också ofta i bostadsområden där även grannarna är mindre gynnade. Ett flertal analyser har publicerats där man försökt särskilja bostadsområdets betydelse. De flesta studier tyder på att risken för psykiska problem är högre för boende i socialt utsatta områden (212–215). Två arbeten har dock nyligen publicerats där bilden kompliceras. I en brittisk studie av tonåringar fann man inget samband mellan stressrelaterade psykiska problem och bostadsområdets socioekonomiska karaktär (216). I en holländsk studie fann författarna positiva effekter av segregation på ungdomars livskvalitet (217). Det innebär att de ungdomar som bodde i områden där andra hade lägre eller högre socialt status än de själva, upplevde sämre livskvalitet, jämfört med ungdomar som bodde i mer homogena områden. Resultaten från de olika studierna förefaller således delvis att motsäga varandra.

Bostadssegregationens grundläggande mönster förefaller i Sverige vara grundlagt redan på 1970- och 80-talen (218). Därefter har en

fördjupning av segregationen skett så att befolkningen i låginkomst-dominerade bostadsområden har blivit fattigare och i höginkomst-områden rikare.

Mellan åren 1990 och 1995, dvs. under den ekonomiska krisen, ökar andelen låginkomsttagare i områden präglade av mycket låga inkomster (218). Integrationsverket har följt utvecklingen i de tre storstäderna och i sex medelstora svenska kommuner under perioden därefter, åren 1997–2003 (219). Inga entydiga förändringar sker. I storstadskommunen Malmö har segregationen minskat medan situationen i Stockholm och Göteborg och i de sex mellanstora kommuner stort sett varit oförändrad.

Säkerhet och diskriminering

Betydelse för psykisk ohälsa

Våld och hot om våld ökar risken för psykisk ohälsa (220). Diskriminering utgör också en påfrestning som ökar risken för psykisk ohälsa (25).

Utveckling över tid

Enligt SCB:s ULF-undersökning har andelen ungdomar i åldern 16–24 år av båda könen, som anger att de utsatts för något våld med kroppsskada, inte väsentligt förändrats under perioden 1980/1981–2004 (14). Andelen ungdomar av båda könen, som varit utsatta för gatuvåld eller hot, har inte heller väsentligt förändrats. Likaledes har andelen i denna åldersgrupp, som anger att de utsatt någon annan för våld i stort varit oförändrad under perioden (14).

Rädslan för våld har däremot ökat. Andelen ungdomar i åldern 16–24 år som anger att de avstått från att gå ut på kvällen av rädsla för att bli utsatta för våld har mer än fördubblats under perioden 1980–1981 till år 2004 (14).

Utvecklingen över tid av diskriminering har inte analyserats i Sverige. Förekomsten av mobbning i skolan är det fenomen som närmast knyter an till diskriminering. Mobbning har inte ökat under det senaste decenniet.

Bedömning

Det framkommer inte stöd för att sämre säkerhet, alternativt ökad diskriminering, skulle förklara varför den psykiska hälsan har försämrats. Polis, skolpersonal, socialtjänst, kvinnojourer, mansjourer och brottsofferorganisationer anger dock att våld eller hot om våld blivit allt vanligare. De ser våld som en förklaring till de psykiska problemen. Deras iakttagelser avspeglar sannolikt den ökade rädslan för våld. Däremot är orsakssambanden oklara. En ökad rädsla kan vara en följd av de ökade psykiska problemen, snarare än dess orsak.

En ökad rädsla för våld kan också förklaras av mindre tolerans för våld. Sett i ett tidsperspektiv som sträcker sig hundra år tillbaka har fysiskt våld blivit allt ovanligare (221). Utvecklingen kan förklaras av att bättre levnadsvillkor medför minskad tolerans för våld. Det innebär att samma våldshandlingar utlöser allt starkare reaktioner, exempelvis i form av rädsla.

Rädsla för våld är självfallet i sig en påfrestning, oavsett om våld faktiskt förekommer. Det är dock svårt att försöka förhindra rädsla genom att förebygga våldshandlingar eftersom sambandet mellan faktiskt våld och rädsla för våld inte är tydligt.

Transporter och kommunikationer

Under det senaste halvsekle har vårt sätt att förflytta oss förändrats väsentligt. Vid andra världskrigets slut gick man, cyklade, eller åkte buss, spårvagn eller tåg. I dag sker en stor del av alla transporter med bil. Det har blivit allt vanligare att flyga.

Människor tenderar att använda ungefär lika lång tid åt transporter oavsett färdmedel (222). Den som färdas med bil kommer självfallet längre än en person som använder allmänna transportmedel kombinerat med att gå. Tiden blir dock densamma eftersom vårt sätt att bygga samhällen utgår från de transportmedel som finns. Det ökade inslaget av transport med bil kan bidra till minskad fysisk aktivitet. Låg fysisk aktivitet medför ökad risk för psykiska problem, se kapitel 6.

En amerikansk studie på vuxna visar också att resor med bil till och från arbetet är en av de dagliga aktiviteter som är förknippade med mest negativa känslor (223). I Sverige förflyttar sig fler ungdomar till fots eller med cykel jämfört med USA. En trend mot ökade transporter med bil har dock funnits även i Sverige under de senaste 50 åren.

Medborgerligt inflytande

Det finns sannolikt ett allmänt samband mellan individers och grupperns inflytande i samhället och deras hälsa. Det kan dock vara svårt att särskilja inflytandets specifika betydelse eftersom det finns tydliga samband mellan inflytande och andra resurser. Experimentella studier gör det möjligt att klargöra inflytandets betydelse. Sådana studier har gjorts på barn i skolan. De visar att ökat inflytande i skolan leder till bättre hälsa bland eleverna (175).

En indikator på medborgerligt inflytande för de yngsta ungdomarna är andel elever i grundskolan som anger att de kan vara med om att bestämma arbetssätt på lektionerna. Jämförbara uppgifter föreligger endast för perioden 1997–2003. Under denna period sker inga förändringar (172).

För ungdomar åldern 16–24 år finns flera indikatorer som täcker perioden 1980–2005. De ingår i SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) (14). Andelen ungdomar som anger att de oftast delar i politiska diskussioner har ökat något från 39 till 44 procent. Däremot har andelen sjunkit som är medlem i en facklig organisation och andelen som är fackligt aktiv. En tänkbart bidragande förklaring kan vara att färre ungdomar är förvärvsarbetande. Dock har även andelen som är medlem i ett politiskt parti sjunkit med en minskning från 9 till 3 procent. Andelen som är aktiv i ett politiskt parti och andelen som varit på ett möte med ett politiskt parti har också sjunkit. Vidare har valdeltagandet under perioden 1982–2002 sjunkit från 89 till 71 procent.

Det finns således en trend som tyder på minskat medborgerligt inflytande via de politiska partierna och deltagande i val. Det finns ett möjligt samband mellan denna utveckling och den individualisering som diskuteras i kapitel 9 (224). Individualiseringen innebär att individen i allt mindre omfattning definierar sig själv efter tillhörighet till en etablerad grupp, exempelvis en socialklass eller ett politiskt parti. Ungdomars engagemang i samhällsfrågor kanaliseras därför i mindre omfattningen via de etablerade kanalerna. ULF undersökning tyder dock på att det politiska intresset snarast är tilltagande.

Hur samhällets demokratiska system som möta denna förändring är en viktig fråga. Den lyfts fram i regeringens ungdomspolitiska proposition (225). Utredaren har dock uppfattat att en närmare analys ligger utanför ramen för denna utredning.

Internationella analyser

Ett översiktsarbete publicerat 1995

Ett översiktsarbete med den brittiska barnpsykiatern Michel Rutter som huvudredaktör publicerades 1995 (94). Där diskuteras tio tänkbara förklaringar till den ökade förekomsten av psykiska problem under andra hälften av 1900-talet fram till omkring år 1990 (94). Författarna finner inget eller obetydligt stöd för åtta av de potentiella förklaringarna, försämrade levnadsvillkor, ökad materiell välfärd, ökad arbetslöshet bland unga, försämrad fysisk hälsa, ökat antal skilsmässor, förlängning av perioden mellan skolans slut och inträde i yrkeslivet, inverkan från massmedier exempelvis i form av våld på film och i tv samt förändrade värderingar exempelvis i form av högre acceptans av antisocialt beteende. Två tänkbara förklaringar kvarstår. En är att det materiella välståndet har medfört ökade förväntningar. Ungdomars förmåga att hantera dessa förväntningar har dock inte ökat lika snabbt som det materiella välståndet. Det har därför uppstått ett gap mellan förväntningar och faktiska förhållanden. Den andra förklaringen är att den ökade tillgången till alkohol och droger har ökat risken för missbruk vilket i sin tur ökar risken för psykiska problem.

Andra analyser

Karvonen och medarbetare har analyserat tänkbara förklaringar till ökad förekomst av psykosomatiska symptom i åldern 14–15 år i Finland under perioden 1996–2000 (101). De finner inte att förändrade förhållanden i familj eller skola kan förklara utvecklingen.

West och medarbetare har analyserat tänkbara förklaringar till ökad förekomst av psykosomatiska symptom bland flickor i åldern 14–15 år i Skottland under perioden 1987–1999 (104). De finner att en möjlig förklaring kan vara ökade upplevda krav i skolan eftersom oro för skolprestationer ökat under perioden.

6 Faktorer främst knutna till det privata och till fritiden: betydelse för psykisk ohälsa, utveckling över tid och möjliga åtgärder

Sammanfattning

Flertalet faktorer knutna till det privata och till fritiden har varit oförändrad eller har utvecklats i gynnsam riktning. Familjen är viktig under uppväxten. Ett mått på familjestrukturen är antalet skilsmässor. Sedan mitten av 1970-talet har antalet skilsmässor per år varit relativt oförändrat. Relationen mellan föräldrar och barn har sannolikt förbättrats.

Ungdomars umgänge med vänner har ökat och allt färre är ensamma. Den grupp som anger att de inte har något nära vän har sjunkit från 14 till 6 procent. Nya lättillgängliga sätt att hålla kontakt med varandra har tillkommit i form av mobiltelefoner, sms, e-post och chatt. Ungdomar möter vuxna och varandra inom föreningslivet, exempelvis inom idrottsrörelsen och annan organiserad fritidsverksamhet. Det offentliga stödet till idrottsrörelsen och till fritidsgårdar har ökat under det senaste decenniet.

Socialt kapital är ett begrepp som använts för att beskriva människors relationer till varandra i ett samhälle. I ett samhälle med stort socialt kapital litar människor på varandra och risken för psykisk ohälsa är mindre. Sverige hör till en liten grupp länder där tilliten är som mest utvecklad. Tilliten har i stort varit oförändrad under det senaste decenniet.

En del av fritiden ägnas åt att lyssna på musik. Det är troligt att ungdomar ägnar mer tid åt musik i dag jämfört med början av 1980-talet eftersom det har blivit enklare tack vare kassettbandspelare, cd-skivor och mp3-spelare. Lyssnandet har dock troligen delvis ersatt eget musicerande. Det är troligt att ungdomar ser minst lika mycket på film i dag som för 20 år sedan. De går visserligen mindre ofta på bio men ser i stället film på video eller dvd. Tv-spel, datorspel och internet har tillkommit under de senaste 20 åren. De studier som gjorts tyder på att sådana aktiviteter snarast kan främja psykisk hälsa genom att den förbättra kognitiva förmågan.

Det finns också negativa tendenser. Alkoholkonsumtionen bland unga har ökat betydligt snabbare än konsumtionen bland vuxna. Under perioden 1982–2000 har den självrapporterade genomsnittliga årskonsumtionen bland ungdomar ökat i en takt motsvarande en fördubbling vart 20:e år. Bruket av illegala droger har ökat i samma takt. Hög alkoholkonsumtion och drogbruk ökar markant risken för psykiska problem. Tv-tittande är en av de vanligaste fritidsaktiviteterna. Flera studier visar på negativa effekter av tv-tittande på psykisk hälsa. Därför är det tänkvärt att tv-tittandet har ökat.

Utbudet av aktiviteter nattetid har ökat, exempelvis i form av tv och internet. I debatten framförs ibland uppfattningen att sådana aktiviteter bidrar till att ungdomar sover kortare tid och därför mår psykiskt dåligt. Det har dock inte varit möjligt att finna stöd för denna hypotes.

Inledning

I detta kapitel behandlas välfärdskomponenter som främst är knutna till fritid och det privata livet i övrigt. Strukturen är densamma som i kapitel 5. Först behandlas belägg för att komponenten har betydelse för förekomst av psykisk ohälsa, direkt eller indirekt. I de redovisade studierna har författarna vanligen tagit hänsyn till andra faktorer som kan påverka resultatet, exempelvis kön, ålder, familjebakgrund, utbildning, medborgarskap etc. Därefter beskrivs utvecklingen i Sverige under de senaste decennierna. Därpå följer en bedömning av sannolikheten för att utvecklingen kan förklara den ökade förekomsten av psykiska problem. Avsnitten avslutas med presentationer av möjliga åtgärder. Förslagen till åtgärder behandlas samlat i kapitel 11.

Organiserad fritidsverksamhet för barn och unga

Det finns endast ett fåtal studier med hög vetenskaplig kvalitet där effekten av organiserad fritidsverksamhet har studerats (226, 227). I de publicerade studierna påvisas i allmänhet gynnsamma hälsoeffekter men effekterna är påfallande små.

Effekterna av ostrukturerad öppen fritidsverksamhet, av den typ som bedrivs vid en del fritidsgårdar förefaller öka risken för beteendestörningar (228). Mekanismer som kan förklara detta för-

hållande har analyserats i en svensk studie av tonårsflickor (229). Det är önskvärt att andra forskargrupper studerar frågan för att klargöra om fynden kan reproduceras.

Det finns tre huvudformer av organiserad fritidsverksamhet; fritidshem, fritidsgårdar och verksamhet organiserad av frivilligorganisationer. Under 1980-talet erbjöds fritidshem för barn i åldern 7–12 år. Under 1990-talet har sådan verksamhet för barn i åldern 10–12 år till stor del avvecklats. År 2004 var 74 procent av barn i åldern 6–9 år inskrivna på fritidshem (135). Samma år var endast 10 procent i åldern 10–12 inskriven i sådan verksamhet. Däremot erbjuder ofta kommunen annan verksamhet i dessa åldrar. Statistik för sådan verksamhet saknas dock.

Svenska kommunförbundet, numera Sveriges Kommuner och Landsting, redovisar utvecklingen av nettokostnader för fritidsgårdar i fasta priser under perioden 1995–2002 (230). Under perioden har kostnaderna stigit med 16 procent.

För ungdomsgruppen är fritidsverksamhet organiserad av idrottsrörelsen och andra frivilligorganisationer den i ekonomiska termer mest omfattande organiserade fritidsverksamheten (231). Ekonomiskt sett är dessa aktiviteter mer omfattande än hälso- och sjukvårdens insatser för samma åldersgrupp. Det saknas dock statistik som beskriver utvecklingen av den samlade volymen av dessa insatser. Utvecklingen av det offentliga stödet till idrottsrörelsen kan dock ge vägledning. Detta stöd har under de senaste 10 åren ökat något (230).

Relationen mellan föräldrarna

Konflikter mellan föräldrarna ökar risken för fysisk (46) och psykisk ohälsa (94). Det saknas tidsserier som beskriver förekomst av konflikter i familjer i Sverige. Förekomst av skilsmässor kan dock användas som indikator.

Från 1900-talets början fram till mitten av 1970-talet ökade antalet skilsmässor. Därefter stabiliserades nivån till omkring 20 000 skilsmässor per år (232). Efter sju år hade 18 procent av alla äktenskap ingångna år 1980 upplösts. Motsvarande siffror för äktenskap ingångna 1985 och 1990 var 18 respektive 20 procent. Andelen 17-åringar som bodde med båda sina biologiska föräldrar var år 1980 70 procent och år 1997 66 procent (232).

För att förebygga familjekonflikter är en möjlighet att erbjuda föräldrar ett strukturerat parprogram, Preventive Relationship Enhancement Program (PREP), som i fyra kontrollerade försök visat sig förbättra föräldrarnas relation till varandra (233). I Norge använder många programmet. Det har under de senaste åren också börjat prövas i Sverige. Evidens för effekt av andra insatser har inte påvisats.

Relationen till föräldrarna

En god relation till föräldrarna är avgörande för den psykiska hälsan (53). Det finns allt bättre förutsättningar för goda relationer mellan barn och föräldrar eftersom föräldrarna i dag mer medvetet än tidigare går in för sitt föräldraskap. Möjligen finns risken för ett allt för stort beroende av föräldrarna (234, 235). De flesta barn upplever att relationen till föräldrarna är god (171).

En del av de ungdomar som har intervjuats framhåller dock att stress kan bero på att man har det jobbigt hemma, se kapitel 4. Eleverna vid en gymnasieskola anger att alla i klassen har någon slags svårighet hemma. ”Det är alltid bråk. Med pappa eller mamma eller syskon”.

Det saknas uppgifter som beskriver utvecklingen av relationen mellan föräldrar och barn över tid. Ett uttryck för en dålig relation är då föräldrar agar eller misshandlar sina barn. Under det senaste halvsekle har detta blivit allt mindre vanligt (236). Detta talar för förbättrade relationer mellan barn och föräldrar. Det är därför osannolikt att utvecklingen av relationen mellan barn och föräldrar skulle förklara utvecklingen av psykisk ohälsa.

Statens folkhälsoinstitut har i en översikt visat att det finns ett flertal pedagogiska metoder för föräldrar som kan minska risken för psykisk ohälsa under uppväxtåren (237). Metoderna har starkt vetenskapligt stöd.

Ett exempel utgörs av samspelesprogram som används i strukturerade föräldragrupper. De syftar till att stärka samspelet mellan barn och föräldrar genom att utveckla positiv uppmärksamhet, klar kommunikation och genomtänkt gränssättning. Föräldrarna diskuterar vardagliga situationer och övar sedan praktiska lösningar, vanligen med hjälp av rollspel.

Relationer till personer utanför familjen

Betydelse för psykisk hälsa

Alla människor behöver kontakt med andra personer för att tillgoda grundläggande behov. Intuitivt kan det verka självklart att sådana kontakter motverkar psykisk ohälsa. Kunskapsläget är dock oklart, sannolikt därför att våra begrepp inte förmår fånga det väsentliga.

Inom sociologi och socialpsykologi har betydelsen av människors kontakter med varandra varit föremål för omfattande studier. Inom folkhälsområdet fick begreppet sitt genombrott i slutet av 1970-talet då en avgörande studie publicerades. Den visade att kontakter med andra människor föreföll vara avgörande både för människors överlevnad och för hälsan i allmänhet (238). Denna undersökning blev upptakten till omfattande forskning där man försökte klargöra hur kontakter människor emellan kan påverka hälsa och välbefinnande.

De studier av det sociala stödets effekter som följde visade sig dock ofta ge motsägelsefulla resultat (239, 240). Vissa studier bekräftade effekter av sociala kontakter medan andra visade på motsatsen. Ett viktigt skäl var troligen att människor med goda kontakter med andra ofta också har goda tillgångar till andra resurser. Det visade sig därför vara svårt att särskilja betydelsen av mänskliga kontakter från betydelsen av andra tillgångar.

Vid en litteratursökning som gällde vänskapsrelationernas betydelse för utveckling av depression bland ungdomar påvisades fem studier. I en studie föreföll sådana relationer skydda mot depression (241), i en annan studie påvisades effekt för pojkar men inte för flickor (242) medan samband helt saknades i de tre återstående studierna (243–245).

Vid en litteratursökning som gällde vänskapsrelationernas betydelse för psykisk hälsa bland vuxna påvisades tre studier publicerade år 2000 eller senare. Ett översiktsarbete visade att sociala kontakter i allmänhet skyddar mot psykiska problem (246). Författarna fann dock några studier som visade att sociala kontakter även kan öka risken för sådana problem. Detta gällde främst för kvinnor som levde under socialt utsatta förhållanden. Skälet kan vara att många andra kvinnor i deras omgivning hade problem. Det innebär att nära kontakter utgjorde en belastning. I det andra arbetet påvisades skyddande effekter men endast för kvinnor (247) och i det tredje

arbetet positiva effekter för båda könen men effekterna var små (248).

Genomgången tyder således på att det inte finns några enkla samband mellan tillgång till andra människor och psykisk hälsa. Interaktionen människor emellan är troligen alltför komplex för att kunna beskrivas med ett så allmänt begrepp som stöd. Det är därför befogat att försöka särskilja olika former av utbytet människor emellan i en social relation. Fem aspekter beskrivs i litteraturen: att få tillgång till information, att få praktisk hjälp, att få känslomässigt stöd, att få stöd i att värdera en situation för att kunna fatta beslut (appraisal) samt att få tillgång till gemenskap (249–251).

Innebörden av att få *känslomässigt stöd* förefaller vara sammansatt. Å ena sidan kan ett akut problem ge en så stor anspänning att individen har svårt att finna konstruktiva lösningar. Genom att få berätta om problemet, och få bekräftelse från andra på den egna upplevelsen, kan anspänningen minska. Å andra sidan kan denna tillfälliga hjälp leda till att individen inte tar itu med det problem som gör att hon mår dåligt. Att söka stöd hos andra behandlas i kapitel 7 som en form av coping. Där refereras studier som visar effekter av olika sätt att möta problem (coping). Att möta problem genom att söka stöd från andra förefaller vara sämre än att i första hand gå in för att själv aktivt lösa ett problem. Ett sådant påstående kan uppfattas strida mot vardaglig erfarenhet. Ett skäl till detta kan vara att vi särskilt uppmärksammar människor som söker hjälp. Det är självfallet inte rimligt att uppfatta *känslomässigt stöd* som något negativt. Om insatser ska utformas är det dock motiverat att problematisera denna form av stöd.

Det finns däremot gott stöd för att en god förmåga att *värdera en situation* skyddar mot psykisk ohälsa (250).

Utveckling över tid

Andelen individer i åldern 16–24 år som anger att de inte har någon nära vän har sjunkit från 14 procent till 6 procent under perioden 1980–81 till år 2003 (14). Umgänget med vänner varje vecka har ökat med fyra procent under perioden medan motsvarande umgänge med nära anhörig har sjunkit i motsvarande grad.

Bedömning

Det finns inga enkla samband mellan tillgång till stöd och psykisk hälsa. Utvecklingen i Sverige under de senaste 20 åren av ungdomars sociala relationer har varit gynnsam.

Åtgärder

För att få stöd vänder sig ungdomar till vuxna i omgivningen, lärare, fritidsledare, skolvaktmästare, sjuksköterskor, kuratorer, psykologer, arbetsförmedlare m.fl. Ett förslag som ibland förs fram är att ungdomar bör få tillgång till fler vuxna. Analysen ovan tyder dock inte på att antalet kontakter har avgörande betydelse. Däremot påverkas effekten av innehållet i kontakterna. Det finns gott stöd för att vuxna som hjälper ungdomar att värdera sin situation bidrar till en god psykisk hälsa. Däremot är effekten av emotionellt stöd inte entydig.

Det är inte givet att alla vuxna är medvetna om värdet av olika former av stöd. Det är därför motiverat att ta upp frågan i olika utbildningssammanhang.

Socialt kapital och tillit

”Socialt kapital” är ett begrepp som under senare år ofta har använts för att beskriva människors relationer till varandra i ett samhälle. Begreppet kan utgå från den enskilda individen. Enligt en tradition blir det då liktydigt med de sociala relationer som har diskuterats ovan. En annan tradition använder begreppet för att beskriva hur individer socialt positionerar sig i ett samhälle genom att tillägna sig specifika sätt att förhålla sig (252).

Begreppet socialt kapital kan också användas för att karakterisera ett samhälle (253). I ett samhälle med stort socialt kapital litar människor på varandra. Socialt kapital används således inte för att beskriva hur många kontakter människor har eller vad de utbyter i relation till varandra utan beskriver i stället människors sätt att förhålla sig till varandra. Samhällen där människor litar på varandra har vanligen bättre ekonomisk utveckling och bättre folkhälsa (254). Därför har såväl ekonomer som folkhälsovetare intresserat sig för begreppet.

Det finns samband mellan brist på tillit till andra människor i ett samhälle (socialt kapital) och förekomst av psykiska problem (255). Därför har begreppet betydelse för denna utredning. Sverige hör till en liten grupp av länder där tilliten är som mest utvecklad (256). Uppgifter om tillit för hela befolkningen föreligger för åren 1990 och år 2000. Mellan dessa år har ingen förändring skett. Ungdomar har ungefär samma tillit som andra åldersgrupper.

Den stabila tilliten människor emellan i Sverige står i kontrast till utvecklingen i USA där tilliten förefaller att sjunka (257). Tilliten är vanligen större människor emellan med liknande bakgrund. Utvecklingen i USA har därför knutits till att många vuxit upp i andra länder. Andelen immigranter är dock ungefär lika stor i Sverige som i USA. En troligare förklaring till stabiliteten i tilltro i Sverige kan i stället vara de internationellt sett små sociala skillnaderna i levnadsvillkor.

Att bibehålla relativt små sociala skillnader är därför viktigt för att bibehålla en god tilltro människor emellan. Samhällets samlade politik kan bidra till detta. En förutsättning är troligen också att människor med olika social bakgrund möts. För barn och ungdom sker det i förskola, skola, på arbetsplatser, i fritidsverksamhet, i kulturliv, i föreningsliv osv. Kommun, landsting och stat har avgörande inflytande på en stor del av dessa verksamheter och kan därigenom även på detta sätt bidra till utveckling av det sociala kapitalet.

Fri tid

Synen på arbete har varierat. Aristoteles, en antik filosof, såg ner på det arbete som jordbrukare, hantverkare och handlare bedrev (258). Arbete uppfattade han som tarvligt och som hinder för människans utveckling. Människor behöver i stället rikligt med fri tid för att utveckla sina förmågor (259) och för att delta i det sociala livet.

Under de senaste århundradena har synen på arbete i Nordväst-europa varit den motsatta. Arbetet har uppfattats som grunden för ett gott liv. Det är arbetet som ger människan en social roll och därigenom hennes identitet. En positiv syn på arbete har också varit en förutsättning för det ökade välståndet under de senaste århundradena. Det finns också fri tid utöver arbetet. Fritidens funktion är att ge människor tid för återhämtning.

I takt med att produktiviteten i samhället har ökat upptar dock lönearbete en allt mindre del av människors vakna tid. Enligt SCB:s senaste tidsstudie använder vuxna i åldern 20–64 år 4,7 timmar per dag till förvärvsarbete (15). Den återstående vakna tiden är mer än det dubbla, 11,3 timmar per dag. Inkluderas personer över 64 år utgör tiden för marknadsarbete en ännu mindre del.

Inställning till marknadsarbete har också förändrats. I SCB:s ULF-undersökningar har intervjupersonerna fått en fråga där man ställer s.k. instrumentell inställning till arbetet mot uppfattning om att arbetet har ett egenvärde. Intervjupersoner får välja mellan två beskrivningar av sitt arbete. 1) ”Det här arbetet är som alla andra jobb. Man gör sitt, men det enda som betyder något är förtjänsten” (instrumentell inställning). 2) ”Det här jobbet är det något särskilt med. Förutom lönen ger det mig en känsla av personlig tillfredsställelse” (arbetet har egenvärde). Inställningen påverkas av utbildning och arbetets art. Med kontroll för sådana faktorer har andelen med en instrumentell inställning till arbetet ökat under de senaste decennierna (198). Unga har en mer instrumentell syn än äldre och ökningen av denna inställning har varit tydligast i ungdomsgruppen (198).

Den centrala roll som marknadsarbete haft i människors liv förefaller således vara på väg att omprövas, och särskilt bland unga. Detta har konsekvenser för hur utvecklingen ska tolkas. Det har också betydelse för vilka åtgärder som är lämpliga att föreslå.

Utvecklingen av olika fritidsaktiviteter beskrivs i detta kapitel. De data som finns tillgängliga ger dock inte någon samlad bild av utvecklingen, jämförbar med utvecklingen av förvärvsarbete. Det saknas exempelvis publicerade tidsstudier där förändringar av ungdomars sätt att använda fri tid beskrivs. En viktig del av statens insatser för ungdom har varit att ge stöd till frivilligorganisationer. Det saknas dock uppgifter om utvecklingen av den tid ungdomar ägnar åt sådan verksamhet. Bristerna i beskrivning av sättet att använda den fria tiden gör att dess betydelse för psykisk ohälsa kan ha underskattats.

De förslag till åtgärder som lämnas bör rimligen utgå från den fria tidens betydelse. Diskussionen i kapitel 9 om individualisering, modernitet och senmodernitet talar för att social integrering är viktig för psykisk hälsa och att den moderna utvecklingen kan ha försvårat sådan integrering. Marknadsarbete har traditionellt varit central för social integrering. Enligt Aristoteles var dock den fria tiden ännu viktigare. Detta gäller troligen även i dag.

Analysen av de sociala relationernas betydelse pekar på att obetalt frivilligarbete främjar psykisk hälsa (251, 260). Värden av att människor gör nytta för andra diskuteras exempelvis också av författare som Göran Rosenberg (261). Det är möjligt att ungdomar i dag deltar mer i obetalt frivilligarbete men motsatsen kan inte utslutas. Konkreta förslag förutsätter dock analys av utvecklingen.

Sömn

Betydelse för psykisk hälsa

Den som sover för lite blir sömning och får därför svårt att koncentrera sig. Detta påverkar självfallet förmågan att arbeta och studera. Flera studier av ungdomar tyder på att för lite sömn ökar risken för psykiska problem (262) (263). Orsakssambanden är dock oklara. Det är tänkbart att sömnsvårigheter orsakar andra psykiska problem men det är också möjligt att sömnsvårigheterna endast är en del av de psykiska problemen. Vid depression är det exempelvis vanligt att den drabbade har svårt att sova. Sömnsvårigheterna är en del av depressionen (264). Nedstämda individer upplever också att de har dålig sömn utan att den objektivt registrerade tiden för sömn är för kort (265).

Det finns ett flertal studier där samband påvisats mellan sömnsvårigheter registrerade vid ett tillfälle och senare risk för depression (265). Även här finns problem med att tolka orsakssambanden. Det är mycket möjligt att sömnsvårigheterna är uttryck för en depressiv tendens som finns redan vid det första tillfället. Sömnsvårigheterna är då inte orsak till den depression som uppträder senare.

Studier av skiftarbetare kan användas för att klargöra samband. De visar att sådant arbete medför ökad risk för störd sömn och ökad risk för psykiska problem, inkluderande depression (265). Det är dock svårt att överföra resultat från sådana studier till ungdomars allmänna situation i Sverige. Om ungdomar skulle sova mindre i dag än tidigare är det ett mer eller mindre fritt val som knappast går att likställa med skiftarbetarens situation.

Utveckling

Jämförbara uppgifter visar att ungdomar som har problem med sömnen har tredubblats sedan slutet av 1980-talet, se figur 3.2.

Uppgifter om sömnlängd under de senaste åren finns redovisade i tre studier. Tyvärr har sömnlängden beräknats på olika sätt vilket gör att uppgifterna inte är direkt jämförbara. I en första studie från övergången mellan 1960- och 1970-talen beräknades sömnlängden vid 13 års ålder till 9,5 timmar per dygn och vid 15 års ålder till 9,0 timmar (266). I en andra undersökning från mitten av 1980-talet framkom att ungdomar i Sverige i åldern 13–14 år sov 9,1 timmar per natt och 15–16 åringarna 8,7 timmar per natt (267). I en tredje studie från 1999–2001 beräknades sömnlängden i årskurs 7 till 8,6 timmar per dygn och i årskurs 9 till 8,4 timmar per dygn (268). I denna studie påvisades även påtagliga variationer i sömnlängd mellan veckans dagar. I årskurs 9 sov ungdomarna 8,2 tim på vardagarna och 9,8 tim på helgerna.

Även om uppgifterna inte är direkt jämförbara förefaller det dock finnas en tendens till något kortare tid för sömn. En viss minskning av tiden för sömn har påvisats i den vuxna befolkningen. Mellan åren 1990/91 och 2000/01 minskar tiden för nattsömn med 13 minuter (15).

I utländska studier av ungdomars sömnvanor påvisas också en utveckling mot något kortare tid för sömn. Sömnlängden bland ungdomar har minskat i Finland (97), på Island (269), i Schweiz (270) och i Korea (271).

Bedömning

Två förändringar har påvisats, en markant ökad förekomst av sömnsvårigheter och möjligen också en något minskad tid för nattsömn. De markant ökade sömnsvårigheterna är det fenomen som dominerar. Svårigheter med sömnen är ett av flera uttryck för psykiska problem och inte dess orsak.

Betydelsen av den något minskade tiden för sömn är däremot oklar. Dels är den eventuella förändringen liten och dels är det osäkert om en sådan förändring kan orsaka psykiska problem.

Utbudet av aktiviteter nattetid har ökat, exempelvis i form av tv och internet. I debatten framförs ibland uppfattningen att sådana aktiviteter bidrar till att ungdomar sover kortare tid och därför mår

psykiskt dåligt. Det har dock inte varit möjligt att finna stöd för en sådan hypotes.

Tv-vanor

En systematisk översikt av forskning inom mediaområdet visar att tv-tittande ökar risken för utagerande beteendeproblem (272). Barn som identifierar sig med våldsverkaren påverkas mer än andra. Aggressiva barn söker sig också till program med våldsinslag. Översikten behandlar studier där barn och unga följts över tid och forskarna tagit hänsyn till andra faktorer som kan inverka på resultaten, exempelvis social bakgrund. Studierna ger därför underlag till slutsatser med god säkerhet.

Csikszentmihalyi och medarbetare har låtit vuxna, vid slumpvis valda tillfällen under dagen, dels registrera vad de gör och dels hur de upplever situationen. Studien innefattar 15 vanliga aktiviteter, inkluderande förvärvsarbete (273). Positiva känslor förekom i varierande omfattning vid dessa sysselsättningar. Den aktivitet som var förbunden med minst positiva känslor var tv-tittande. Dessa fynd talar för att tv-tittande kan bidra till nedstämdhet.

Bland vuxna är tv-tittande den vanligaste fritidsaktiviteten. Ungdomar ägnar också betydande tid åt tv. I åldern 12–15 år tittar ungdomar på tv 1–2 timmar per dag (274) medan vuxna använder ca 2 timmar (15). Bland ungdomar har tv den högsta andelen högkonsumenter av alla medier (274). Mer än en fjärdedel (26 procent) av ungdomarna tittar på tv mer än tre timmar en vanlig dag. Gruppen är betydligt större än andelen som är högkonsumenter av datorspel (12 procent) eller tv-spel (4 procent).

Tiden för tv har ökat under de senaste 50 åren eftersom den första tv-sändningen i Sverige ägde rum först år 1956. En studie av skolbarn visar att andelen som tittat på tv minst två timmar per dag ökade mellan åren 1985–86 och 1989–90 från 44 till 54 procent. Andelen som såg på tv minst fyra timmar per dag ökade från åtta till 18 procent (275). Också bland vuxna har tiden för tv ökat under det senaste decenniet (15).

Datorspel

Hälsoeffekter

Hälsoeffekterna av tv- och datorspelande är välstuderade. En del av forskningen har ägnats åt frågan om datorspelande leder till aggressivitet. Det finns inga longitudinella studier på området men ett stort antal tvärsnittsundersökningar och experiment utan kontrollgrupper såväl som ett tjugotal kontrollerade eller randomiserade kontrollerade experiment (RCT). För en diskussion om säkerheten i olika studier se kapitel 2. I studierna har man ibland undersökt effekterna på lek, ibland på tankar, ibland på känslor och ibland på aggressivt beteende utöver lek. I vissa av studierna har man kontrollerat hur aggressiva deltagarna var innan experimentet. I andra har man inte gjort det.

Studierna om datorspel och aggressivitet har sammanställts ett flertal gånger. Slutsatserna har varierat. I tre sammanställningar är den övergripande slutsatsen att datorspel leder till aggressivitet (276, 277) (278). I dessa sammanställdes alla studier rakt av utan hänsyn till säkerheten i studierna. I tre andra sammanställningar har man systematiskt hållit isär studier av olika utformning (279, 280) (281). I dessa sammanställningar utkristalliserar sig en annan bild. Stödet för slutsatsen att datorspel leder till aggressivitet visar sig i huvudsak härröra från en särskild typ av experiment. I dessa experiment har förskolebarn spelat olika spel och när spelstunden var över har man observerat barnens lek. Det visade sig då att innehållet i spelet påverkade vilken leksak barnen valde att leka med när spelstunden var över. I flera andra experiment har man studerat spelandets effekter på känslor, tankar, och beteende utöver lek. Här har det dock varit svårare att påvisa några effekter.

En aktuell fråga är om datorspelande reducerar barn och ungas fysiska aktivitet. I en internationell översikt publicerad år 2004 hade uppgifter om fysisk aktivitet och datorspelande sammanställas från studier med totalt 119 942 deltagare (282). Författarna fann inget samband mellan datorspelande och fysisk aktivitet. Liknande har konstaterats i Ungdomsstyrelsens undersökning av svenska datorspelare (283). Något samband påvisades inte heller i en kanadensisk longitudinell undersökning med 8 387 barn (284).

Marshall och medarbetare har också undersökt om datorspelande ökar risken för övervikt (282). Inget samband kunde konstateras. Två longitudinella studier har publicerats. Inte heller där påvisas

effekter av datorspelande på övervikt (285, 286). Samband mellan tv-tittande och risken för övervikt har dock påvisats (272).

Ett annat forskningsområde handlar om inlärningseffekter av datorspelande. Två systematiska översikter tyder på att tv- och datorspelande förbättrar spatiala förmågor (280, 281). Spatiala förmågor, det vill säga rumsuppfattning och förmåga att tänka i former och mönster, är en viktig del av den kognitiva förmågan (generella intelligensen). Kognitiv förmåga skyddar mot psykiska problem, se kapitel 7.

Datorspelsberoende

De barn och ungdomar som spelar mycket tv- och datorspel är en uppmärksammas grupp, (287–289). För en diskussion ur ett folkhälsoperspektiv blir tre frågor avgörande: hur stor denna grupp är, vilka långtidseffekterna blir samt om spelarna ”fastnar”, det vill säga spelar lika mycket efter några år.

Den första frågan gäller hur stor gruppen är. I två nya undersökningar från Ungdomsstyrelsen respektive Medierådet har spelandet kartlagts. Jämförelser med den äldre aktiviteten tv-tittande kan illustrera fenomenets omfattning. I Ungdomsstyrelsens undersökning var andelen 13–20-åringar som spelar tv- eller datorspel varje eller nästan varje dag 26 procent (283). Motsvarande andel 13–20-åringar som tittar på tv varje eller nästan varje dag var mer än tre gånger så stor (85 procent).

I Medierådets undersökning angav 18 procent av 12–15-åringarna att de brukar spela datorspel och 6 procent att de brukar spela tv-spel varje dag (274). Andelen som angav att de brukar titta på tv varje dag var samtidigt hela 83 procent och andelen som använde internet 48 procent.

I Medierådets undersökning har författarna därutöver identifierat en grupp högkonsumenter som använder ett särskilt media tre timmar eller mer per dag. Bland 12–15-åringarna var högkonsumenterna av tv-spel 4 procent och av datorspel 12 procent. Andelen högkonsumenter av tv var den dubbla, 26 procent. Andelen högkonsumenter av internet var 22 procent.

Den andra viktiga frågan ur ett folkhälsoperspektiv gäller långtidseffekterna av att spela mycket. Sammanställningen ovan visar att datorspelande, så långt det finns forskning, är en aktivitet för vilken positiva effekter överväger. För att kunna identifiera en eventuell

gräns där negativa effekter börjar överväga krävs studier där man följer ungdomar som spelar olika mycket och studerar olika sociala, hälsomässiga, fysiska (inklusive sömn) och psykiska konsekvenser på några års sikt. I de fyra longitudinella studier av datorspelare som hittills publicerats har inte någon sådan övre gräns identifierats (284, 285) (286) (290). Nya studier skulle kunna klargöra frågan ytterligare.

En tredje viktig fråga är om de ungdomar som spelar mycket vid en given tidpunkt ”fastnar”, det vill säga spelar lika mycket efter något år. Det saknas dock longitudinella studier av frågan. Medierådets undersökning av spelare i olika åldrar ger dock en viss bild. Undersökningen tyder på att andelen högkonsumenter av datorspel ökar från 5 procent bland 11–13-åringar till 12 procent bland 12–15-åringar (274). Andelen högkonsumenter av tv-spel var 4 procent i båda åldrarna. I Ungdomsstyrelsens undersökning finns uppgifter om hela åldersspannet 13–20 år (283). Andelen som spelar varje eller nästan varje dag sjunker tydligt med åldern från 42 procent bland de yngsta till 12 procent bland de äldsta, se tabell 6.1.

Tabell 6.1 Spelaktivitet i olika åldersgrupper i Sverige år 2005

| Ålder | Spelar tv- eller dator-spel varje eller nästan varje dag (procent) |
|-------|--|
| 13 | 42 |
| 14 | 38 |
| 15 | 29 |
| 16 | 25 |
| 17 | 26 |
| 18 | 17 |
| 19 | 16 |
| 20 | 12 |

Källa: Ungdomsstyrelsen (283)

Sammanfattningsvis ger befintlig forskning och statistik inte en bild av datorspelare som ett folkhälsoproblem. Stödet för negativa effekter är svagt eller oklart. Datorspelare har samtidigt visats ha positiva effekter på kognitiva förmågor. Sådana förmågor har i sin tur visats skydda mot psykiska problem, se kapitel 7.

Internet

Användning av internet är vanligt bland ungdomar. Den vanligaste aktiviteten på internet är kommunikation med vänner och bekanta. I en undersökning från Medierådets från år 2005 angav 72 procent av samtliga 12–15-åringarna att de brukar chatta, 39 procent att de brukar sända e-post, 23 procent att de brukar vara på s.k. ”communities”, och 9 procent att de brukar lägga ut egna texter och bilder (274).

Det är också vanligt att använda internet för förströelse respektive för information. I undersökningen angav 47 procent att de brukar spela spel på internet, 45 procent att de brukar surfa för nöjes skull, och 38 procent att de brukar ladda ner musik, film, spel eller program. Ungefär lika många, 41 procent, angav att de brukar göra läxor och annat skolarbeten och 28 procent att de brukar söka information om annat än skolarbete. Två procent angav att de brukar titta på porr.

Fem longitudinella studier av internetanvändningens konsekvenser kunde påvisas vid en litteratursökning. I två, som rapporteras i samma artikel, har man undersökt effekterna på välbefinnande (291). I den första studien fann man negativa effekter på välbefinnande efter 1–2 år men inget samband efter ytterligare ett år. I den andra studien konstaterades signifikant positiva effekter på välbefinnande.

I fyra av studierna har man undersökt internetanvändningens konsekvenser på andra aktiviteter. Två av studierna tyder på att krångel i vardagen ökade i samband med internetuppkopplingen (291). I två andra studier är utgångspunkten tidsanvändningen. Den första tyder på att internet integrerades odramatiskt i människors vardag och att internet inte innebar mindre tid åt exempelvis tv, böcker, radio eller sociala aktiviteter (292). I en studie påvisades dock minskat tv-tittande (293).

I fyra av studierna har effekterna på socialt kapital undersökts. I en första studie konstaterades ökad ensamhet efter 1–2 år men inget samband efter ytterligare ett år (291). I en annan studie påvisade inte heller några effekter (293). I en tredje studie utvecklades både sociala nätverk, direkt kommunikation med familjemedlemmar, lokalt engagemang, och förtroende för andra med internetuppkoppling (291). I den fjärde studien av mer övergripande socialt kapital visade sig internetanvändning vara associerat med ökat engagemang i det civila samhället (294).

I en studie undersöktes negativa effekter av internetanvändning på fysisk hälsa. Inga sådana effekter kunde konstateras (291). Bland vuxna har samband påvisats mellan användning av datorer på arbetsplatsen och värk i skuldror och nacke. Ett samband mellan datoranvändning och värk har påvisats för ungdomar i en studie från Finland (295) men ej i en annan studie från Holland (296).

Forskningen tyder sammantaget på att spridningen av internet inte innebar en dramatisk förändring av folks tidsanvändning. De direkta effekterna på hälsa och välbefinnande är oklara. Effekterna på socialt kapital tycks vara övervägande positiva.

Mobiltelefon och sms

Mobiltelefoner och sms har tillkommit under de senaste två decennierna och är nu viktiga delar av modern vardagstillvaro. År 2005 hade 99 procent av alla kvinnor och män i åldern 16–24 år mobiltelefon (297). Ungdomar har tagit till sig tekniken snabbare än andra åldersgrupper. En av de främsta funktionerna är att utveckla och bibehålla sociala nätverk. En norsk studie visar att flickor i tonåren är den grupp som står för det största antalet samtal/sms per dag (298). Sms gör det möjligt att hålla kontakt oberoende av tid och rum. Sms kan både gälla praktiska frågor och ha emotionell innebörd (299). En europeisk studie visar på tydliga samband mellan användning av sms och indikatorer på socialt kapital (300).

Det är således möjligt att användning av mobiltelefoner och sms kan bidra till tätare kontakter människor emellan. Detta kan bidra till att öka tilltron människor emellan och därigenom till utveckling av samhällets sociala kapital. En sådan utveckling kan främja den psykiska hälsan. De goda effekterna kan dock hämmas av att de ökade möjligheter till mobbning som mobiltelefon och sms har medfört.

Kulturella aktiviteter

Betydelse för psykisk ohälsa

Theorell har sammanställt analyser av kulturella aktiviteters effekter på hälsa (301). De studier som gäller barn och vuxna i normalbefolkningen har relevans för detta uppdrag. Theorell påvisar två kontrollerade experiment, varav ett på barn, där positiva effekter av

musik påvisas (302, 303). Detta ger starkt vetenskapligt stöd för att aktivt utövande av musik främjar mental hälsa, se gradering av bevisvärde i kapitel 2. En svensk observationsstudie av vuxna tyder på att andra kulturella aktiviteter bidrar till längre livslängd och bättre självrapporterad hälsa (304). Eftersom endast en studie har redovisats är kunskapsläget för andra kulturella aktiviteter än musik oklart.

Kulturella aktiviteter är ofta en del av människors identitet. Särskilt gäller detta för ungdomar där val av musik och sätt att klä sig är viktiga uttryck för den egna personen (305). Det är därför problematiskt att isolerat söka ett samband mellan exempelvis musikval och hälsa, utan att sätta in musikvalet i individens livsstil som helhet. Detta kan vara en förklaring till att studier av samband mellan kultur och hälsa inte påvisas. Vidare har kulturella uttryck uppenbart i första hand egenvärden, helt oberoende av andra effekter (306).

Utveckling

Under de senaste två decennierna har andelen barn i åldern 7–15 år som sjunger, spelar instrument eller dansar minskat med en tredjedel (171). Under samma tidsperiod har även andelen ungdomar i åldern 16–24 år som spelar ett musikinstrument minskat något, om än i mindre omfattning (14). Under de senaste två decennierna har det däremot blivit enklare att lyssna på musik. Cd-skivor började säljas 1983, kommersiella radiokanaler med musik tillkom 1993 och mp3 spelare har blivit vanliga under 2000-talet. Utbudet av konserter har sannolikt ökat. Det är därför troligt att ungdomar ägnar mer tid åt musik i dag jämfört med början av 1980-talet. Lyssnandet förefaller dock delvis ha ersatt eget musicerande.

Även andra former av kulturkonsumtion har förändrats under de senaste decennierna. Ungdomar i åldern 10–18 år går mindre på museum eller andra utställningar (171) och ungdomar i åldern 16–24 år går mindre på bio (14). Ungdomar i åldern 16–24 år går däremot oftare till bibliotek (14).

Nya distributionsformer har tillkommit. I dag är det vanligt att se på film på video eller dvd. År 1982–83 hade endast 16 procent av ungdomar i åldern 16–24 år tillgång till video. År 2004 var det 92 procent (14). Det är därför inte troligt att ungdomar ser mindre på film men att de numera ofta väljer att se på filmerna hemma eller hos kamrater i stället för på bio.

Bedömning

Ungdomar förefaller kulturellt vara minst lika aktiva i dag som för två decennier sedan. Formerna har däremot förändrats.

Fysisk aktivitet

Betydelse för psykisk ohälsa

Ökad fysisk aktivitet kan förebygga depressiva besvär. Individer med depressiva besvär är ofta fysiskt inaktiva. Det kan vara en följd av de depressiva symptomen i sig men det är också möjligt att låg fysisk aktivitet bidrar till dessa symptom. Därför är det möjligt att ökad motion kan förebygga depressiva besvär. Två försök ger stöd för denna uppfattning. I ett försök deltog unga vuxna (307). I ett andra försök deltog ungdomar i åldern 16–17 år (308). De delades in i fyra grupper, en med intensiv träning, en med måttlig träning, en med stretchingövningar och en kontrollgrupp. De grupper som tränade gjorde det två ggr/vecka under 25–30 minuter. Efter 10 veckor visade sig förekomsten av depressiva besvär vara lägre i den grupp som fått intensiv träning. Sådana effekter påvisades inte i övriga två grupper.

Eilin Ekeland och medarbetare har analyserat åtta studier av självkänsla där försöksgrupperna ökade sin fysiska aktivitet (309). Studierna visar att deltagarnas självkänsla förbättrades av motion. Dock är evidensstyrkan måttlig eftersom endast en studie hade hög vetenskaplig kvalitet.

Ungdomar som är fysiskt aktiva har ofta bättre skolprestationer (310). Därför är det tänkbart att mer motion i skolan skulle kunna förbättra elevernas inläring. Sambandet kan dock vara skenbart eftersom barn till välutbildade föräldrar ofta klarar skolan bättre och ofta motionerar mer. Därför krävs studier där man tar hänsyn till sådana förhållanden. Vid litteratursökningen identifierades endast en studie som var utformad så att man tagit hänsyn till föräldrarnas utbildning (311). Studien tyder på att sambandet mellan motion och skolprestationer är skenbart.

För att klargöra motionens betydelse för inläring är det också möjligt att genomföra experiment. Ett sådant försök har genomförts i Sverige i grundskolans årskurser 1–3 (312). Där påvisades bättre prestationer i en försöksgrupp som fått mer motion. Det är dock oklart om försöks- och kontrollgrupperna var jämförbara. Det går

därför inte att dra några slutsatser från detta enda försök. I en översikt publicerad år 2000 anger författaren att det inte finns belegg för att motion förbättrar elevernas skolprestationer (313).

Således förefaller relativt intensiv motion kunna förebygga depressiva besvär. Andra effekter på psykisk ohälsa är mer osäkra.

Utveckling

Jämförbara uppgifter om barns och ungas fysiska aktivitet föreligger inte. De studier som har presenterats beskriver främst idrottsaktivitet. Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar visar att under perioden 1982 till 1999 förändrades endast obetydligt andelen 16–24-åringar som idrottat inomhus och utomhus. En studie av skolbarns träning, både organiserad och spontan, visar inte på några väsentliga förändringar mellan åren 1985 och 1993 (275).

Enligt SCB:s studier sker inga märkbara förändringar mellan åren 1982–83 och 1999 av andelen ungdomar i åldern 7–15 år som är aktiva i någon idrott eller sport minst en gång i veckan (171). Det är vanligare att pojkar är mer idrottsaktiva än flickor. En annan studie av skolbarns träning, både organiserad och spontan, visar inte på några väsentliga förändringar mellan åren 1985 och 1993 (275).

Under de senaste åren har stillasittande aktiviteter ökat i omfattning, se ovan om tv och användning av datorer. Till en del har dessa aktiviteter sannolikt ersatt annan verksamhet som också var stillasittande, exempelvis bokläsning. Uppgifter saknas dock om vardaglig motion, eller brist på sådan motion.

Bedömning

Relativt intensiv fysisk aktivitet minskar förekomsten av depression. Sådan aktivitet har sannolikt inte minskat i omfattning. Det är oklart om den vardagliga motionen har minskat.

Bruk av alkohol

Betydelse för psykisk ohälsa

Sambandet mellan utagerande psykiska problem och hög alkoholkonsumtion är väl säkerställt. Denna utredning gäller dock inåtvända problem som oro och ångest. Flera studier visar att hög alkoholkonsumtion kan öka risken för depression, särskilt bland kvinnor (314, 315) medan sådana samband inte påvisats i andra studier (316). De varierande resultaten kan hänga samman med att det finns gemensamma faktorer som både förklarar uppkomst av depression och hög alkoholkonsumtion och att studierna i varierande omfattning tagit hänsyn till detta. En annan förklaring kan vara att nedstämdhet och hög alkoholkonsumtion interagerar, dvs. att en nedstämd individ dricker mer alkohol och därigenom blir mer nedstämd vilket ökar alkoholkonsumtionen osv. Det är då svårt att klargöra om nedstämdhet leder till hög alkoholkonsumtion eller om förhållandet är det omvända (317). Den samlade bilden tyder dock på att hög alkoholkonsumtion, som självständig faktor, kan bidra till förekomst av inåtvända psykiska problem.

Utveckling

Alkoholkonsumtionen bland unga har ökat betydligt snabbare än konsumtionen bland vuxna. Under perioden 1982–2000 har den självrapporterade genomsnittliga årskonsumtionen, mätt i liter ren alkohol, ökat bland 15-åringar i en takt motsvarande en fördubbling vart 15:e år. Bland 16–19 åringar och 20–24 åringar har ökningen skett i en takt som motsvarar en fördubbling vart 20:e år (84). Bland vuxna i åldern 18–70 år har däremot inga väsentliga förändringar skett av totalkonsumtionen rapporterad på liknande sett som för ungdomarna (84). Utvecklingen efter år 2000 är mindre tydlig, med tendens till avstannad ökning för ungdomar och ökad konsumtion för vuxna. Det är dock svårt att dra slutsatser om trender från uppgifter som endast täcker ett par år (318)

Den genomsnittliga konsumtionen bland ungdomar var år 2000 fortfarande lägre än konsumtionen bland vuxna. Vid 15 år var den 3 liter, 16–19 år 4 liter, 20–24 år 6 liter, medan den självrapporterade konsumtionen för alla vuxna i åldern 18–70 år var 10 liter per person (84).

Bedömning

Det finns ett tydligt samband mellan totalkonsumtion av alkohol och andel högkonsumenter (319). Det innebär att den ökade alkoholkonsumtionen bland unga kan ha bidragit till den ökade förekomsten av psykiska problem.

Åtgärder

De främsta påverkbara faktorerna är minskad tillgång till alkohol, insatser för föräldrar, insatser i skolan som utvecklar ungdomars kompetenser samt insatser som syftar till restriktiva sociala normer (320–322).

Ungdomars tillgång till alkohol kan reduceras främst genom fyra åtgärder. 1) Högt pris med hjälp av beskattning. Det vetenskapliga stödet för denna inriktning är starkt (323). Problemet med denna metod är att ett enskilt land inom EU endast i begränsad omfattning kan påverka priset. 2) Försäljningsförbud och övervakning av detta försäljningsförbud. 3) Restriktiv hållning i hemmet. 4) Restriktiv alkoholserving.

Insatser för föräldrar kan bidra till minskad alkoholkonsumtion bland unga (237). En skolmiljö med pedagogik som effektivt utvecklar ungdomars kompetenser motverkar utagerande beteenden och därigenom hög alkoholkonsumtion (321). Sådana skolinsatser behandlas i kapitel 5. Undervisning i skolan om alkohol förefaller sakna bestående effekt på ungdomars alkoholkonsumtion (320).

Bruk av droger

Den vanligast använda illegala drogen i Sverige är cannabis som används i form av hasch. En systematisk litteraturgenomgång tyder på att regelbundet bruk av cannabis ökar risken för depression (324).

Andelen ungdomar i grundskolans årskurs 9 och andelen 18-åriga män som någon gång har använt narkotika har fördubblats under de senaste 20 åren (84).

Bruket av illegala droger bland unga har ökat. Det är dock endast en procent av mönstrande män som år 2003 anger att de använt sådana droger mer än en gång under den senaste månaden (84). Det innebär att det ökade bruket inte kan ge någon väsentlig förklaring till den ökade förekomsten av psykiska problem.

Effektiva åtgärder mot illegala droger är liknande de som gäller för att motverka hög konsumtion av alkohol. Sådana åtgärder syftar till minskad tillgång till droger, insatser för föräldrar, insatser i skolan som utvecklar ungdomars kompetenser samt insatser som syftar till restriktiva sociala normer.

Bruk av tobak

Enligt vissa författare medför tobaksbruk ökad risk för depression (325) medan andra hävdar att sambanden till stor del kan förklaras av faktorer som både förklarar förekomst av depression och tobaksbruket (326).

Andelen dagligrökare i åldern 16–24 år har kontinuerligt sjunkit under perioden 1983–2003. Minskningen i ungdomsgruppen har varit snabbare än i befolkningen som helhet med en halveringstid omkring 20 år både för kvinnor och för män (84). De totala nivåerna för andelen dagligrökare är lägre i åldern 16–24 år än i den vuxna befolkningen som helhet.

7 Individfaktorer: betydelse, utveckling över tid och möjliga åtgärder

Sammanfattning

En individ erfår stress om hon upplever att de påfrestningar hon är utsatt för överstiger den egna förmågan. Individens faktiska förmåga att hantera påfrestningen, hennes förmåga att värdera påfrestningen och hennes förmåga att värdera de egna möjligheterna att klara den har betydelse för förekomst av stress.

Kognitiv förmåga innefattar förmåga att lära av egna erfarenheter, kunna resonera, kunna planera och att kunna anpassa sig till den miljö individen lever i. Uppemot 60 procent av variationen i kognitiv förmåga mellan olika individer har samband med *uppväxtmiljön*. God kognitiv förmåga leder till mindre utagerande beteendeproblem, mindre inåtvända psykiska problem (oro, ångest och depression), färre suicidförsök och färre fullbordade suicid. Föräldrar, förskola och skola kan främja barns och ungas kognitiva förmåga och därigenom deras psykiska hälsa.

Förmågan att uppfatta, tolka och hantera känslor brukar kallas *emotionell kompetens*. Träning av emotionell förmåga i förskola och skola minskar risken för psykiska problem. *Kognitiv psykoterapi* och kognitiv beteendeterapi är metoder som är inriktade på att förändra tankar och vanor. Träningen i att identifiera och problematisera de tankar som utlöser en känsla ingår i dessa metoder. Förebyggande program baserade på principerna för kognitiv psykoterapi reducerar förekomsten av depression. Programmen har effekt även då personer enbart fått ta del av dem via internet. Principerna i kognitiv psykoterapi ligger nära en äldre tradition kallad *mindfulness*. Tre kontrollerade försök visar att träning i mindfulness minskar förekomsten av psykiska problem bland högskolestuderande.

Ungdomar kan möta påfrestningar på olika sätt. Några av de ”*copingmetoder*” individen använder sig av är att uttrycka känslor, att undvika frågan genom att söka distraktion, att försöka stå ut, att söka stöd från andra människor, att slappna av, att motionerna

och att resonera med sig själva för att lösa problemet. De ungdomar som resonerar med sig själva för att aktivt lösa ett problem löper mindre risk för depression och upplever mindre ofta stress. Om ungdomar i stället i första hand uttrycker känslor medför detta *ökad* risk för psykiska problem. Det finns ett flertal program för ungdomar som utvecklar deras förmåga att aktivt möta problem.

När en individ möter en svårighet fokuseras individen mentalt och kroppen förbereder sig på flykt eller kamp. I detta förlopp ingår anspänning av muskler, särskilt musklerna i nacke och skuldror. Muskelspänningen upplevs inte sällan som smärtsam. Denna smärta kan göra individen ännu mer osäker, vilket ökar muskelspänningen, osv. Om individen kan bryta en sådan ond cirkel minskar det risken för psykiska besvär. *Träning i avspänning* har säkerställd effekt på bl.a. huvudvärk.

Självkänslan utvecklas genom att en person lyckas med att genomföra uppgifter hon föresatt sig. Självkänslan är en följd av framgången, inte orsaken. Att lyckas förutsätter kompetens och att utveckla kompetens förutsätter i sin tur övning. God tilltro till den egna förmågan att klara skolan minskar risken för depression, även efter kontroll för de ungas faktiska skolprestationer. När ungdomar får utmaningar som ligger på den övre gränsen av deras förmåga, och de unga klarar av detta, då utvecklas självkänslan.

Inledning

En individ erfar stress om hon upplever att de påfrestningar hon är utsatt för överstiger den egna förmågan att hantera dessa påfrestningar. Individens faktiska förmåga att hantera påfrestningen, hennes förmåga att värdera den och hennes förmåga att värdera de egna möjligheterna att klara påfrestningen har således betydelse för förekomsten av stress.

De egenskaper som behandlas ska självklart ha relevans för individens förmåga att hantera påfrestningar. De ska också vara påverkbara. Medfödda genetiskt bestämda egenskaper har uppenbart betydelse. Under en 20-årsperiod förändras dock de genetiska förutsättningarna obetydligt. Sådana faktorer behandlas därför inte.

Det finns ingen given struktur för att beskriva de individuella egenskaper som har betydelse. Några begrepp är kognitiv förmåga (intelligens), emotionell förmåga (förmåga att tolka egna känslor), förmåga att hantera problem (coping), förmåga att hantera kom-

plexa situationer, förmåga att hantera brist på tid, förmåga till avslappning, självkänsla, framtidstro samt förmåga att skapa sammanhang och mening. Listan över egenskaper är inte uttömmande. Den utgår från begrepp som ofta används i psykologisk litteratur eller förekommer i den allmänna debatten om stress. Tillgången till studier har också påverkat val av vilka egenskaper som behandlas. En förklaring som inte behandlas är utvecklingen mot tidigare puberteten. Skälet är att det visserligen finns en sådan trend men att förändringen är alltför begränsad för att förklara att psykiska problemen har blivit vanligare. I Holland och Tyskland har åldern för första menstruation sjunkit med 2–3 månader under perioden 1980–2000 (327). Förhållandena är sannolikt liknande i Sverige.

Diskussionen om varje faktor inleds med en kort presentation av evidens för att faktorn har betydelse för psykisk ohälsa, direkt eller indirekt. Denna diskussion bygger på forskning inom området. I de redovisade studierna har författarna vanligen tagit hänsyn till andra faktorer som kan påverka resultatet, exempelvis kön, ålder, familjebakgrund, utbildning, medborgarskap etc. Framställningen fortsätter sedan med en beskrivning av utvecklingen under de senaste decennierna. Avsnitten avslutas med en bedömning av sannolikheten för att utveckling av faktorn kan förklara den ökade förekomsten av psykiska problem.

Kognitiv förmåga

Begreppet intelligens (mental förmåga, kognitiv förmåga) innefattar förmåga att lära av egna erfarenheter, kunna resonera, kunna planera och att kunna anpassa sig till den miljö individen lever i. Intelligens är således praktiskt användbart och är inte i första hand kopplad till skola och abstrakt tänkande.

Mental förmåga kan utvecklas, särskilt under uppväxtåren. Uppemot 60 procent av variationen individer emellan hänger samman med erfarenheterna under denna period i livet (328). Erfarenheterna under förskoleåren har särskilt stor betydelse (329). Ett tecken på miljöns stora betydelse är den snabba ökningen av mental förmåga som skett under de senaste decennierna i ett stort antal länder (330).

En del forskare hävdar att traditionella IQ-tester fångar en underliggande generell mental förmåga (g). Andra anser däremot att det finns flera olika former av intelligens som inte alla fångas av IQ-tester (331). Särskilt har förmågan att uppfatta och tolka känslor

lyfts fram. Det finns dock starka samband mellan olika former av intelligens. Detta talar för att det traditionella intelligensbegreppet är användbart, särskilt som en stor del av all forskning använt detta begrepp.

Rättsfilosofen Marthan Nussbaum har tillsammans med ekonomen Amartya Sen, utvecklat en diskussion kring vilka kompetenser människor behöver för att leva ett liv med god fysisk och psykisk hälsa (259). Författarna särskiljer sådana kompetenser som förmågan att ta ställning till vad som är gott och ont, att kunna reflektera kritiskt och att kunna delta i det sociala livet. Sådana kompetenser har troligen koppling till kognitiv förmåga.

Betydelse för psykisk ohälsa

Det finns god evidens för att god kognitiv förmåga under uppväxten leder till mindre utagerande beteendeproblem (332–334), inåtvända psykiska problem (oro, ångest och depression) (335, 336), tvångssyndrom (337), suicidförsök (334) och färre fullbordade suicid (338). En aspekt av intelligens är förmågan att planera. I en studie där forskarna följt individer från tonåren visar det sig att god förmåga att planera under uppväxtåren minskar risken för psykisk ohälsa i medelåldern (339).

God kognitiv förmåga medför att individen upplever sig kunna hantera svårigheter bättre och därigenom drabbas mindre av psykiska problem, trots påfrestningar (340). Den skyddande effekten av god mental förmåga är mer uttalad för individer som är utsatt för påfrestningar, exempelvis i form av problem i uppväxtmiljön (341). Kognitiv förmåga kan förklara en del av de skillnader i hälsa som påvisas olika sociala grupper emellan (342).

Utveckling över tid

Studier från ett flertal länder visar att barns intellektuella förmåga gradvis har förbättrats under andra halvan av 1900-talet (144). Från 1947 till 1972 ökade IQ med i genomsnitt 0,31 enheter per år och under 1990-talet var den årliga ökningen i genomsnitt 0,36. Sedan 1960-talet har återkommande intelligenstester genomförts i representativa urval av 13-åringar i Sverige (146, 343). Under perioden 1960–1980 förbättras såväl verbal, spatial som logisk förmåga. Un-

der perioden 1985–1995 försämras däremot både den verbala och den spatiala förmågan medan den logiska förmågan är oförändrad. Några senare testresultat har inte publicerats.

Ett ytterligare mått är tester av unga vuxnas förmåga att tolka information. Sådana studier har genomförts av upprepade födelsekohorter. Dessa tester visar förbättringar mellan årskullarna som föddes fram till andra världskriget men endast små förändringar mellan årskullar födda 1955–64 och 1965–70 bland dem som endast gått i grundskola eller två-årigt gymnasium (344). I grannlandet Finland sker däremot tydliga förbättringar.

Skolprestationer ger en viss uppfattning om ungdomars kompetenser. Utvecklingen diskuteras i kapitel 5. En stagnerad utveckling alternativt en nedgång under senare tid påvisas i flera studier.

Bedömning

Under de senaste 50 åren har antalet skolår ökat. Varje extra teoretiskt skolår ökar elevernas IQ med i genomsnitt 2 enheter (145, 333, 345). Sedan 1960-talet har skolgången i Sverige ökat med minst 6 år vilket skulle motsvara en ökning av IQ med 12 enheter. Detta talar för att skolgången, genom effekter på kognitiv förmåga, kan ha motverkat tendenser till psykisk ohälsa.

Åtgärder

Det finns god evidens för att föräldrar, förskola och skola kan utveckla barns och ungas kognitiva förmåga.

Emotionell förmåga

Förmågan att uppfatta, tolka och hantera känslor kallas ibland för emotionell kompetens, alternativt emotionell intelligens. Emotionell kompetens har starkt samband med förmågan att samspela med andra människor som ibland kallas för social kompetens. Både emotionell och social kompetens går att utveckla, likaväl som förmågan att kunna räkna och skriva.

Värdet av att använda begreppet emotionell intelligens är omstritt. En del forskare menar att generell kognitiv förmåga mätt med traditionella IQ-tester även fångar emotionell intelligens (331). Dessa

forskare pekar på att abstrakt problemlösning kräver engagemang av både känsla och intellekt liksom att samspel med andra människor både kräver förmågan att tolka olika signaler och att vara öppen för de egna känslor som samspel med andra väcker. Att göra en strikt åtskillnad mellan emotionell intelligens och generell kognitiv förmåga skulle därför inte vara befogad. Förespråkare för emotionell intelligens hävdar dock detta.

Betydelse för psykisk hälsa

Försök visar att träning av emotionell förmåga reducerar risk för psykiska problem bland barn och unga (346). Ett annat uttryck för betydelsen av emotionell kompetens utgörs av experiment där deprimerade personer får tillgång till kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT utvecklar förmågan att bli medveten om egna känslor, att klargöra de tankar som utlöser känslorna och att värdera dessa tankar. KBT påskyndar utläkning av depression (347).

Det saknas tidsserier som beskriver hur emotionell kompetens bland unga har utvecklas över tid. Däremot är det möjligt att ge förslag till åtgärder baserade på kunskap om olika insatsers effekt.

Preventiva insatser som bygger på principer i kognitiv beteendeterapi (KBT)

Kognitiv beteendeterapi, förkortas KBT, är en psykoterapeutisk inriktning som utgår från kognitiv psykologi. Terapin fokuserar på att förändra tankar, vanor och beteenden. En viktig del är träning i att identifiera de tankar som utlöser känslor. Ofta menar man med kognitiv beteendeterapi samma sak som med kognitiv terapi. Vissa lägger dock mer fokus på de beteendeterapeutiska delarna; "KBT" kan ses som ett samlande begrepp för dessa olika tekniker.

När man jämfört behandlingsresultat av kognitivt beteendeterapeutiska metoder med andra terapimetoder har man vanligtvis kunnat notera bättre resultat för KBT. I USA, Kanada, Australien och Storbritannien har KBT en mycket stark ställning bland psykologer, psykoterapeuter och övrig personal i psykiatrin. I Sverige har KBT haft en långsammare spridning.

En systematisk översikt publicerad av SBU visar att kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi och kognitiv psykoterapi är effektiva

metoder för att behandla depression (347). En annan systematisk översikt visar att förebyggande metoder baserade på KBT även kan förebygga depression (348). Studierna har gällt riskgrupper, exempelvis ungdomar med förhöjda värden på självrapporterade depressionsskalor, tonåringar till föräldrar med depressiv sjukdom och ungdomar som upplever att de har mycket konflikter med sina föräldrar.

En förebyggande version av KBT, *The Adolescent Coping with Depression Course* (349) erbjuds tonårsflickor i åldern 14–18 år av barn- och ungdomspsykiatri i Malmö. Manualen till programmet kan fritt laddas ner (350). Det finns även andra utvärderade förebyggande program för ungdomar bl.a. *The Adolescent Coping with Depression Course*, *The Penn Resiliency Program* och *The Penn Optimism Program*.

KBT-baserade program har i två randomiserade kontrollerade studier påvisats ha positiva effekter då personer enbart fått ta del av programmet via internet. Den ena studien genomfördes i Australien (351) och den andra i Sverige (352). Sådana program på svenska finns nu allmänt tillgängliga men samtliga är avgiftsbelagda. Ett exempel på ett sådant program är *Livanda* (353).

Liknande psykologiska metoder, som har effekt på depression, reducerar även oro och ångest (354). Erfarenheter av att erbjuda sådana program i förebyggande syfte i Sverige är dock begränsade.

Mindfulness

Principerna i kognitiv psykoterapi ligger nära en äldre tradition kallad mindfulness. Mindfulness betecknar ett förhållningssätt som präglas av uppmärksamhet och självakttagelse. Begrepp har utvecklats inom olika meditationstraditioner, främst buddistiska. En person som praktiserar mindfulness övar sig i värderingsfri medvetenhet i nuet om tankar, känslor och handlingar (355, 356).

Tre kontrollerade försök (RCT) visar att träning i mindfulness minskar förekomsten av psykiska problem bland högskolestuderande (357–359). Det finns således god evidens för att träning i mindfulness minskar förekomst av psykiska problem bland unga vuxna. Två kontrollerade försök (RCT) på vuxna visar att träning i mindfulness minskar risken för återfall i depression (360, 361).

Meditation

Effekter av olika former av meditation har studerats i kontrollerade försök, främst meditation med TM-teknik (Transcendental meditation). I en systematisk översikt konstateras dock att de publicerade studierna ofta har brister och därför är det oklart om meditation påverkar blodtryck och förmåga att klara de påfrestningar som TM-meditation påstås göra (362).

Socialt och emotionellt lärande i skolan

En sammanställning av studier visar på måttliga effekter av träning av barn och ungdom i förskola och skola av deras känslomässiga förmåga (346). Effekter har främst påvisats på utagerande beteendeproblem. Det finns dock starka samband mellan utagerande psykiska problem och inåtvända problem (363). Därför är det sannolikt att effekten även gäller förekomst av problem som oro, ångest och nedstämdhet.

Översikter med exempel på praktiskt användbara metoder avsedda för förskola och skola finns redovisade i böcker (364–366). I Sverige används begreppet ”livskunskap” för att beteckna träning i ett flertal olika färdigheter som inte rymms inom de traditionella skolämnen. Träning i känslomässig förmåga ingår ofta i sådan undervisning.

Livskunskap erbjuds inom det valbara utrymmet i grundskolan. Det finns även formuleringar i såväl läroplanen för det obligatoriska skolväsendet (Lpo 94) som i läroplanen för de frivilliga skolformerna (Lpf 94) om förståelse och medmänsklighet som visar att detta tillhör skolans uppgift redan i dag. ”Skolan skall främja förståelse för andra människor och förmåga till inlevelse.” ”En trygg identitet och medvetenhet om det egna kulturarvet stärker förmågan att förstå och leva sig in i andras villkor och värderingsgrunder”, osv. Staten har m.a.o. redan till viss del angivit att ungdomar bör erbjudas socialt och emotionellt lärande. Hur väl behovet av socialt och emotionellt lärande är tillgodosett är dock oklart.

Förmåga att värdera problem (appraisal)

I den definition av stress som används i detta arbete ingår som en komponent individens värdering (appraisal) av ett problems omfattning. En ung människa kan känna sig pressad av ett problem om hon överskattar problemets vikt. En studie av ungdomar som gjort självmordsförsök ger stöd för denna uppfattning (367). Således kan bristande förmåga att värdera problem medföra ökad risk för psykiska problem.

Ett flertal studier visar att människors uppfattning om risk inte sällan visar svagt samband med den objektivt bestämda risken (368, 369). Människor tenderar exempelvis att övervärdera betydelsen av ovanliga tänkbara händelser och underskatta inverkan av företeelser vi dagligen utsätts för.

I ett modernt samhälle har många påtagliga risker kunnat elimineras. Samtidigt har våra förväntningar på säkerhet stigit. Den tyske sociologen Ulrich Beck pekar på det paradoxala i dagens situation med ökad upplevelse av osäkerhet på flera områden samtidigt som tillvaron sannolikt aldrig tidigare varit så skyddad som den är i dag (370).

Den ökade faktiska säkerheten medför att många unga växer upp utan egna erfarenheter av svåra livshändelser. Information om faror förmedlas i stället i ökad omfattning indirekt via medier. Det är svårare att värdera sådana hot. Detta kan bidra till en tilltagande känsla av osäkerhet.

I de förebyggande metoder som baseras på kognitiv beteendeterapi (KBT) och som ovan har beskrivits, ingår övningar som syftar till att förbättra förmågan att värdera problem.

Förmåga att hantera problem (coping)

Ungdomar kan möta påfrestningar på olika sätt. Man brukar beteckna sättet att möta påfrestningar med den engelska termen ”coping” i brist på lämpligt svenskt ord. Några av de metoder individen använder sig av vid påfrestningar är att uttrycka känslor, att undvika frågan genom att söka distraktion, att försöka stå ut, att söka stöd från andra människor, att slappna av, att motionera och att resonera med sig själva för att försöka lösa problemet (12, 371). Flickor och pojkar tenderar att använda olika sätt att hantera problem. Flickor

söker med stöd från andra, uttrycker mer negativa känslor och använder mindre distraktion (372) (373).

Betydelse för psykisk hälsa

De olika sätt ungdomar använder då de möter svårigheter medför olika risk för psykiska problem. En systematisk genomgång av litteraturen på områden har genomförts (374). En sådan genomgång innebär att all litteratur som uppfyller vissa på förhand uppställda kriterier redovisas. Genomgången visar att de ungdomar som resonerar med sig själva för att aktivt lösa de problem de möter mindre ofta får depressioner och andra psykiska problem (373, 375) och upplever mindre stress (372). Dessa ungdomar tar fram olika alternativa lösningar och väger sedan alternativens fördelar mot dess nackdelar. En inriktning på aktiv problemlösning utesluter självfallet inte ungdomarna också kan ha kontakter med andra människor.

Det finns föreställningar om att risken för psykiska problem ska minska om individen möter problem genom att uttrycka känslor, dvs. att visa nedstämdhet, att uttrycka oro, att visa irritation, visa ilska osv. Den systematiska litteraturgenomgången visar dock på motsatsen. Om ungdomar i första hand uttrycker känslor när de möter problem medför detta *ökad* risk för psykiska problem (372, 373, 376). Att undvika problemet eller att ägna sig åt önsketänkande minskar inte heller risken för psykiska problem. Att i första hand söka stöd från andra ger inte heller skydd mot psykiska problem. Det finns flera studier som visar att risken för depression *ökar* om en person i första hand vänder sig till andra för att tala om problem (246, 377). Frågan om sociala relationers betydelse för psykiska problem behandlas mer utförligt i kapitel 6.

Det saknas svenska tidsserier som beskriver hur copingmönster bland unga har utvecklas över tid.

Åtgärder

Det finns ett flertal program för ungdomar som är inriktade på att utveckla deras förmåga att på ett effektivt sätt möta problem (45). En vanlig struktur är att först låta ungdomarna kartlägga problemet, formulera mål, klargöra underlättande och hindrande faktorer och sedan låta dem genomföra det de föresatt sig (378). En utvär-

derad metod för ungdomar som används i Sverige är ”Du bestämmer” (379). Sådana program kan erbjudas ungdomar inom skolans ram. Problemlösning är också en viktig komponent i kognitiv terapi.

Förmåga att hantera komplex information

Betydelse för psykisk hälsa

Det är påfrestande att behöva hantera information som är svår att överblicka. Om sådana situationer är vanliga kan man förvänta att risken för psykiska problem ökar. Studier av frågan har dock inte påvisats.

Utveckling över tid samt bedömning

I kapitel 9 diskuteras den utveckling mot ökad differentiering som har pågått under lång tid. Livet i dag är betydligt mindre förutsägbart än det var för 100 år sedan. Det hänger samman både med ökad materiell välfärd och med större öppenhet för olika värderingar. Utvecklingen har medfört att individen i allmänhet, och särskilt unga människor, ställs inför flera valmöjligheter än tidigare.

Låt oss som exempel ta en ung man som ska välja högskoleutbildning. I dag finns mer än 4 000 högskolelinjer bara i Sverige. Vilka jobb de leder till är inte sällan oklart. För femtio år sedan fanns det i storleksordningen 100 utbildningar. Liknande situation gäller inom ett flertal andra områden av livet. Självfallet utgör valmöjligheterna en tillgång. Men den medför också ökade krav på ungdomar att hantera dessa möjligheter.

Åtgärder

Människor har i alla tider behövt hantera situationer där det är svårt att överblicka konsekvenser av alla alternativ. En vanlig metod är då att använda tumregler. Det innebär att man endast tar fasta på ett fåtal aspekter av de val som är aktuella. Den unga mannen som ska välja högskoleutbildning kan exempelvis på förhand bestämma att utbildningen inte ska pågå mer än två år, ska finnas i närheten av Härnösand och ska gälla musik. De val som sedan återstår är möjliga att överblicka. En annan tumregel kan vara att enbart gå på re-

kommendationer från kamrater, osv. Det avgörande blir inte längre den samlade informationens komplexitet utan individens tillgång till ändamålsenliga tumregler. I ett äldre, relativt stabilt samhälle, kunde tumregler fungera under lång tid. Så kunde exempelvis föräldrarnas erfarenheter av yrkesval vara giltiga även för barnen. I dagens samhälle är allt färre av de äldre tumreglerna ändamålsenliga.

När en person närmar sig en ny fråga, och saknar färdiga tumregler, brukar hon under tidens lopp ha utvecklat vissa sätt att reagera. Sådana sätt har ovan beskrivits under rubriken coping. Några förnekar frågan, andra börjar prata med vänner osv. De individer som närmar sig frågan genom att resonera sig fram själva förefaller ha den bästa psykiska hälsan. Den avgörande frågan blir då hur sådana resonemang går till.

Läkares sätt att närma sig en patient kan illustrera ett sätt att hantera en komplex situation. Läkare har sällan tillgång till all den information som skulle behövas. Läkaren är också medveten om att en felaktig bedömning kan vara förödande. Det gäller då att inte överväldigas av situationen och i stället fatta ett beslut som är så bra som möjligt.

Till sin hjälp har läkaren en tydlig struktur. Först samlar hon systematiskt in information genom att lyssna på patienten och undersöka honom. Sedan väger hon ihop informationen till en preliminär diagnos, tar ställning till om hon behöver samla in ytterligare information, inhämtar den kompletterande informationen, ställer en slutlig diagnos och tar slutligen ställning till behandling. Detta sätt att arbeta minskar komplexiteten i uppgiften. Liknade sätt att hantera information gäller inom andra yrken. Utbildningen innebär att tränas i att använda strukturer för problemlösning.

Principen är också giltig inom grundskola och gymnasium. En väsentlig del av skoltiden ägnas åt att träna eleverna i olika strukturer för problemlösning. Detta gäller även för de yngsta eleverna då de får lära sig att dividera ett tal med ett annat. De tränar sig då i att använda en struktur där talen ställs upp på ett givet sätt och sedan behandlas efter ett antal regler. Detta innebär att skolan förbereder ungdomar för att hantera komplexa situationer genom att träna dem i olika strukturer för att lösa problem. Denna uppgift är en del av skolans primära uppdrag.

Förmåga att hantera brist på tid

Ett aktuellt tema i debatten är brist på tid (380). I det vardagliga talet om "stress" är denna brist central. Uppenbart har vi dock vare sig mer eller mindre tid i dag jämfört med tidigare. Upplevelsen av brist på tid är i stället ett uttryck för våra ökade möjligheter och därtill kopplade förväntningar. Några betecknande aktuella boktitlar är *Affluenza: The All-Consuming Epidemic* (381) och *The Paradox of Choice: Why More Is Less* (382). De ökade möjligheterna hänger samman med den differentiering som pågår och som diskuteras i kapitel 9.

Begrepp som mediastress och teknostress förekommer också. Även denna diskussion anknyter till våra ökade möjligheter. Mediastress handlar inte om att det finns mer skrivet än vi hinner läsa. Det gällde redan för 100 år sedan. Det nya är att formerna är så obrukade att vi inte hunnit utveckla kulturella mönster för att hantera informationen. Detta är tydligt för det tema som kallas teknostress. När ska mobiltelefonen stängas av? Hur ska jag regera om jag inte hinner läsa alla e-postmeddelanden? Ånyo kan fenomenen ses som uttryck för att utvecklingen medfört nya möjligheter som kräver hantering.

Det är tänkbart att förmågan att hantera brist på tid påverkas av förmågan att förstå egna känslor, att hantera problem och att hantera komplexa situationer.

Förmåga till avslappning

Betydelse för psykisk hälsa

När en individ möter ett problem som hon inte självklart upplever att hon kan klara av, då fokuseras individen mentalt och kroppen förbereder sig på flykt eller kamp. Förloppet beskrivs i kapitel 2. I detta förlopp ingår anspänning av flera grupper av muskler, särskilt muskler i nacke och skuldror. Muskelspänningen upplevs i varierande omfattning som smärtsam. Denna smärta kan göra individen ännu mer osäker, vilket ökar muskelspänningen, osv. Om individen inte kan bryta en sådan ond cirkel ökar risken för bestående psykiska besvär.

Utveckling över tid samt bedömning

Det är inte känt om förmågan till avslappning förändrats över tid. Sannolikt är det vanligare i dag att barn och unga får öva avslappning i skolan än för 20 år sedan. Om detta lett till att ungdomar faktiskt använder sig av sådana färdigheter är dock inte känt.

Åtgärder

En väl säkerställd positiv effekt av träning i avspänning rörande huvudvärk har påvisats i en systematisk översikt som omfattar 15 randomiserade kontrollerade studier (RCT) på barn och tonåringar (383). Träningen har även effekt när eleverna får instruktioner via instruktionsblad eller inspelade band (384). I enstaka kontrollerade försök (RCT) har avslappningsträning påvisats ha positiv effekt på blodtryck (385), förekomst av oro, ångest och utagerande beteende (386) samt på sömnsvårigheter (387).

Biofeedback är en speciell form av avslappningsträning som gör det möjligt att medvetet påverka olika kroppsliga funktioner. Muskelspanning, hudtemperatur, blodtryck eller andra fysiologiska uppgifter registreras och presenteras för individen så att hon eller han kan träna sig i att medvetet förändra sitt tillstånd. Det finns starkt vetenskapligt stöd i form av fem RCT som visar att biofeedback kan reducera förekomsten av huvudvärk på barn och ungdomar (388–392). I dessa försök har ungdomarna vanligen tränat sig i att med viljan höja den egna hudtemperaturen. Enstaka studier visar också att biofeedback kan reducera förekomst av oro och ångest (393) och magont (394).

Självkänsla och self-efficacy

Betydelse för psykisk hälsa

Ungdomar som mår bra har ofta en positiv självbild. En tolkning är att den goda självkänslan skyddar mot hälsoproblem. En tanke är därför att främja hälsa med hjälp av insatser som ska stärka ungdomars självbild. Det är exempelvis vanligt med sådana program som syftar till att motverka bruk av droger. Den underliggande idén är att självkänsla är en fristående egenskap som går att isolera från personen som helhet, ungefär som färgen på håret.

Aktuell forskning tyder dock på att en sådan förenkling är problematisk (395). Studier av drogbruk får illustrera detta förhållande. Det finns ett samband mellan låg självkänsla och bruk av olagliga droger. Orsaksförloppet börjar dock inte med låg självkänsla. Studier visar att problemen i stället ofta har sin utgångspunkt i misslyckanden i skolan. Detta resulterar i låg självkänsla (396) och problem för eleven att anpassa sig till skolan (186). Sett från detta perspektiv är den dåliga självkänslan och drogbruket uttryck för samma bakomliggande problem, skolmisslyckandena. Vare sig skolmisslyckande eller drogbruket går därför att påverka med program som allmänt söker stärka självkänslan, såvida inte insatsen hjälper ungdomarna att klara det underliggande problemet, dvs. svårigheterna i skolan.

Självkänslan utvecklas genom att en person lyckas med att genomföra uppgifter hon föresatt sig (397). Grunden är de egna erfarenheterna av att lyckas. Andra människors uttalanden har endast begränsad betydelse. Självkänslan är en följd av framgångarna, inte orsaken.

Att lyckas förutsätter kompetens och att utveckla kompetens förutsätter i sin tur övning. Om någon ska öva sig, t.ex. i en idrott eller i ett skolämne krävs att personen har en viss tilltro till den egna förmågan för att lyckas. Denna tilltro växer av egna framgångar vilket i sin tur gör henne mer beredd att fortsätta att öva. Tilltron till den egna förmågan är således betydelsefull. På engelska används begreppet *self-efficacy* för att beteckna en sådan tilltro till den egna förmågan. *Self-efficacy* begreppet ligger nära det begrepp som ingår i Lazarus beskrivning av stress där individens uppfattning om den egna förmågan att klara påfrestningen är en av de faktorer som påverkar uppkomsten av stress (12).

God tilltro till den egna förmågan att klara skolan minskar risken för depression, även efter kontroll för barns faktiska skolprestationer (398). God tilltro till den egna förmågan att klara sociala kontakter medför också minskad risk för psykiska svårigheter (398, 399). God tilltro till den egna förmågan att lösa problem minskar även risken för psykiska symptom efter en naturkatastrof (400).

Utveckling över tid samt bedömning

Det saknas studier som beskriver utvecklingen över tid av självkänsla och self-efficacy. Det är inte förvånande eftersom såväl självkänslan som self-efficacy är knutna till de aktiviteter ungdomar genomför. De har förändrats över tiden. Det går dock att göra teoretiska överväganden.

Om grunden för en god självkänsla är att klara av olika utmaningar, då kan åtgärder som syftar till att underlätta tillvaron för unga ha blandade effekter. Låt oss som exempel ta vägen till skolan för en sjuåring. För hundra år sedan bodde de flesta på landet. Skolan låg sällan tvärsöver vägen. Det var i stället vanligt att sjuåringen behövde gå 3–5 km för att komma till skolan. Vägen kanske gick genom skogen och det fanns sällan någon som kunde följa med henne eller honom. Att ensam gå till skolan utgjorde självfallet en påfrestning men eftersom det inte fanns några alternativ klarade de flesta barn detta ändå, trots att de både kunde bli rädda och trötta.

I dag 100 år senare utsätter vi inte sjuåringar för att gå en mil om dagen. Livet för barn och unga är i vissa avseenden avsevärt enklare. Att klara av att på egen hand gå till skolan bidrog förr till barnens självkänsla. Sådana källor till stolthet är i dag mindre tydliga. Barn och unga utsätts självfallet också i dag för utmaningar men de är inte lika distinkta som i exemplet med skolvägen. Utmaningen att klara den ensamma vägen till skolan har ersatts av bilder av det goda livet som i ökad omfattning förmedlas via medierna. I kapitel 9 diskuteras frågan om mångtydigheten i dagens samhälle.

Grunden för att utveckla en god self-efficacy är att med egna ansträngningar lyckas hantera en svårighet. Om en ung människa möter ett problem och hon får hjälp kan denna hjälp motverka utveckling av self-efficacy. Har hon inte möjlighet att själv klara situationen är hjälpen uppenbart av godo. I andra fall kan hjälpen bidra till att hon inte får erfara att hon själv kan lyckas.

Åtgärder

När barn och unga får utmaningar som ligger på den övre gränsen av deras förmåga, och de unga klarar av detta, då utvecklas självkänslan. Det brukar krävas att utmaningar delas upp i mindre steg. Det innebär att en välorganiserad skola är en viktig källa till självkänsla. Liknande gäller andra aktiviteter som träning under fritiden

t.ex. i idrott och musik. Det avgörande är att verksamheten är strukturerad så att den unge gradvis får möta allt svårare uppgifter. Detta är bl.a. utmärkande för de s.k. framgångsrika skolor som behandlas i kapitel 5.

Framtidstro

I debatten förekommer ibland inlägg där den ökade psykiska ohälsan förklaras av brist på framtidstro. Det har dock varit svårt att finna belägg för en sådan förklaring. I SCB:s undersökning Barn-LNU har pojkar och flickor i åldern 10–18 år under åren 2002–03 fått svara på frågan ”Jag tror att jag kommer att få det bra i framtiden”. Med få undantag anser ungdomarna att detta stämmer precis eller stämmer ungefär, av pojkarna 98 procent och av flickorna 97 procent (171). I Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudier har ungdomar i åldern 16–29 år fått ange sin syn på den egna framtiden. År 2002 är 82 procent övervägande optimistiska. Det är en ökning sedan år 1997 då 74 procent hade en sådan uppfattning (401).

Förmåga att skapa sammanhang och mening

Sociologen Aron Antonovsky har föreslagit att människors känsla av sammanhang och mening (KASAM) har betydelse för fysisk och psykisk hälsa (402). Samband mellan KASAM och hälsa har också påvisats, bl.a. i svenska studier (403). De flesta undersökningar har dock gjorts med skattning av KASAM och av psykisk hälsa vid samma tillfälle. Det går därför inte att avgöra om KASAM är en aspekt av psykisk hälsa eller om KASAM skyddar mot framtida psykiska problem. Det är också oklart vad som främjar utveckling av KASAM. Därför är det svårt att använda begreppet för att förklara varför psykisk hälsa har försämrats.

Människor kan skapa sammanhang och mening med hjälp av andliga föreställningar. För att klargöra om dessa påverkar psykisk hälsa identifierades studier där människor först fick ange andlig hållning och sedan följdes över tid. Tre sådana studier påvisades. I den ena deltog deprimerade patienter (404). Författarna fann ingen effekt av religiösa föreställningar på deras tillfrisknade. I de två andra deltog personer som nyligen förlorat en nära anhörig (vuxen)

(405) eller en tonåring (406). Personer med andliga föreställningar visade sig där komma igenom sorgen snabbare.

Ytterligare tre studier påvisades där traditionell religiös praktik, exempelvis i form av att regelbundet gå i kyrkan, registrerats. Samtliga studier gällde självmord och i samtliga påvisades minskad risk för självmord i länder med traditionell religiös praktik (407) (408) och för individer med sådan praktik (409). Studierna diskuteras i kapitel 9. En trolig förklaring till fynden är lägre tolerans för suicid i samhällen som präglas av traditionell religiös praktik. Studierna klargör därför inte om andliga föreställningar skyddar mot psykisk ohälsa.

Det är således oklart om förmågan att skapa sammanhang och mening påverkar risken för psykisk ohälsa.

8 Särskilda insatser från vårdpersonal

Sammanfattning

Kapitel 7 behandlar förmågor som är knutna till den enskilda individen och som ökar hennes förmåga att hantera påfrestningar. Sådana förmågor kan främjas genom kontakter med personer som är särskilt anställda för att ge stöd, skolsköterskor, psykologer, socio-
nomer, allmänläkare, psykiater osv. De arbetar alla i varierande omfattning både med förebyggande och behandlande verksamhet.

Beräkningar grundat på olika källor tyder på att ungdomar har tillgång till insatser för behandling och prevention av psykiska problem i följande omfattning. I åldern 13–18 år har de totalt tillgång till 40 årsarbetare per 10 000 ungdomar, fördelat på 20 årsarbetare från öppen barn- och ungdomspsykiatri, 5,3 från skolpsykologer, 5,2 från skolsköterskor, 4 från allmänläkare, 3,3 från skolkuratorer, 1,1 från personal på ungdomsmottagningar samt 1 från övriga vårdgivare. I åldern 19–24 år har de totalt tillgång till 14 årsarbetare per 10 000 ungdomar, fördelat på 7,1 årsarbetare från psykiatrisk öppen vård, 4 från allmänläkare, 1,3 från studenthälsovård samt 1,1 från personal på ungdomsmottagningar.

En tidigare statlig utredning redovisade elevvårdens resurser åren 1994 och 1997. Dessa uppgifter kan användas för validering av de uppgifter som inhämtats i denna utredning. Storleksordningen på insatserna visar sig vara jämförbara över de tre åren. Det totala antalet årsarbeten för skolsköterskor under år 1994 var 1 549, år 1997 1 614 samt år 2006 2 066. Motsvarande antal årsarbeten för skolkuratorer var under dessa tre år 839, 825 samt 1 332.

I april 1997 fattade riksdagen beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Då fastställdes att vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död ska komma i första hand (Prioriteringsgrupp I). Därefter ska resurser användas för prevention med dokumenterad nytta (Prioriterings-

grupp II). Först därefter ska vård erbjudas för mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar (Prioriteringsgrupp III).

Utredarens uppfattning är att öppen barn- och ungdomspsykiatri samt psykiatrisk öppen vård i första hand används för svåra tillstånd (Prioriteringsgrupp I) vilket överensstämmer med riksdagens beslut. Utredaren uppfattar dock att övriga vårdgivare ägnar mer tid åt behandling av mindre allvarliga psykiska problem än åt att erbjuda förebyggande insatser med dokumenterad effekt. Om så är fallet följer inte huvudmännen riksdagens riktlinjer för prioritering.

Inledning

Kapitel 7 behandlar förmågor som är knutna till den enskilda individen och ökar individens förmåga att hantera påfrestningar. Sådana förmågor kan främjas genom kontakter med personer som är särskilt anställda för att ge stöd, skolsköterskor, psykologer, socionomer, psykiater osv. Dessa personer har särskild utbildning för uppgiften. Detta kapitel behandlar insatser från dessa yrkesgrupper.

En väsentlig del av dessa personers arbete gäller barn och ungdom med uttalade problem. Exempelvis kan ett självmordsförsök kräva vård på sjukhus. Ungdomar med schizofreni behöver ett flertal insatser. Diskussion om sådana behandlingar ligger utanför ramen för denna utredning. Här diskuteras istället förebyggande åtgärder som dessa yrkesgrupper kan utföra.

Skillnaden mellan förebyggande och behandlande insatser

De aktuella grupperna arbetar både med förebyggande och behandlande verksamhet. Avgränsning mellan förebyggande och behandlande insatser är inte given. I viss mening är behandlande insatser vanligen också förebyggande. När en ung människa får behandling efter ett självmordsförsök är ett syfte att förebygga framtida suicidförsök. Insatsen går därför att beskriva som förebyggande. Det finns dock en väsentlig skillnad mellan primärt förebyggande och primärt behandlande insatser. När syftet främst är att ge behandling är problemet vanligen betydande. Det är uppenbart att en ung kvinna som gjort ett suicidförsök kräver någon typ av åtgärd. Däremot, om en ung man söker på en mottagning därför att han av och till har huvudvärk, men i övrigt mår bra, då är det inte självklart att till-

ståndet kräver behandling. En eventuell åtgärd kan dock motiveras om den kan förebygga framtida problem.

I april 1997 fattade riksdagen beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården baserat på en proposition (410) som i väsentliga delar bygger på en föregående utredning (411). Utredning särskiljer fem principer som vägledande. Insatser ska göra gott, de ska inte skada, de ska utgå från att alla människors har lika värde, de ska respektera människors självbestämmande, de ska främja rättvisa och de ska göra största möjliga nytta med givna resurser. Grundat på dessa principer anger propositionen följande prioriteringsordning för insatser inom hälsoområdet.

I. Vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ (lindrande) vård i livets slutskede. Vård av människor med nedsatt autonomi.

II. Prevention med dokumenterad nytta. Habilitering och rehabilitering.

III. Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Fokus för denna utredning, stress och lindrigare former av psykisk ohälsa, ligger tillräckligt nära hälso- och sjukvårdens område för att dessa principer för prioritering ska kunna tillämpas. Propositionen ställer som krav för förebyggande insatser att de ska ha dokumenterad nytta. Samtliga åtgärder som föreslås i kapitel 7 uppfyller detta krav.

Den därpå följande frågan är att klargöra vilka grupper av anställda som är bäst lämpade för att erbjuda ungdomarna dessa insatser. En sådan diskussion inleds lämpligen med en presentation av vilka resurser som finns i dag.

Resurser

I tabell 8.1 beskrivs resurser för arbete med ungdomars psykiska problem i Sverige. I tabellen ingår inte psykiatrisk slutenvård eftersom verksamheten där inte är primärt förebyggande. Socialtjänstens insatser redovisas inte heller eftersom de främst är inriktade på barn och ungdomar med betydande problem. Socialtjänsten bedriver också förebyggande verksamhet men denna del är oklart avgränsad (412).

Tabell 8.1 Beräkningar av olika personalgruppers insatser för ungdomar med psykiska problem, exklusive psykiatrisk slutenvård och socialtjänst

| Vårdgivare | Totalt antal årsarbetare 1) | Ansvar för åldersgrupp 2) | Antal årsarbetare per 10 000 | | Skattad andel av arbetet som rör psykiska problem 3) (%) | Årsarbetare för psykiska problem per 10 000 | | | |
|--|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------|---|--|--------------|-----------|--------------|
| | | | 13-18 år 19-24 år | | | 13-18 år | | 19-24 år | |
| | | | Antal | Andel (%) | | Antal | Andel (%) | Antal | Andel (%) |
| Psykiatrisk öppen vård, all personal | 5117 | 19- år | - | 7,1 | 100 | - | | 7,1 | 53 |
| Allmänläkare | 4997 | Alla åldrar | 33 | 33 | 12 | 4 | 10 | 4 | 30 |
| Öppen barn- och ung- domspsykiatri (BUP), all personal | 3600 | 0-18 år | 20 | - | 100 | 20 | 50 | - | |
| Skolsköterskor | 2066 | 7-18 år | 17 | - | 30 | 5,2 | 13 | - | |
| Skolkuratorer | 1332 | 7-18 år | 11 | - | 30 | 3,3 | 8 | - | |
| Skolpsykologer | 631 | 7-18 år | 5,3 | - | 100 | 5,3 | 13 | | |
| Ungdomsmottagningar, all personal | 431 | 13-24 år | 3,6 | 3,6 | 30 | 1,1 | 3 | 1,1 | 8 |
| Barn- och ungdoms- läkare i öppen vård | 200 | 0-18 år | 6,7 | - | 12 | 0,8 | 2 | - | |
| Studenthälsovård, all personal | 94 | 19-24 år | - | 1,6 | 85 | - | | 1,3 | 10 |
| Skolläkare | 88 | 7-18 år | 0,7 | - | 30 | 0,2 | 1 | - | |
| Summa | | | | | | | 100 | 14 | 100 |

1) Uppgifter om årsarbetare, om inte annat anges, grundas på personligt meddelande från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i april 2006. SKL har använt lönestatistik för att beräkna antal årsanställda. SKL anger att det kan finnas underrapportering i dessa system. Uppgifter om inköpta tjänster ingår ej. Uppgifter om Ungdomsmottagningarna bygger på information från Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningars (FSUM) hemsida, medlemsmatrikel för FSUM samt bearbetning av uppgifterna på liknande sätt som uppgifterna från SKL har behandlats. Uppgifter om Barn- och ungdomspsykiatri bygger på uppgifter från Stockholms läns landsting, extrapolerade till hela Sverige. Uppgifter om barn- och ungdomsläkare i öppen vård är hämtade från en rapport från en arbetsgrupp (413).

2) Varje årskull ungdomar antas omfatta 100 000 individer. Skolsköterskor, skolläkare, skolkuratorer och skolpsykologer antas fördela sitt arbete jämnt över åldern 7–18 år. Ungdomsmottagningens personal antas fördela arbetet jämt över åldern 13–24 år. Studenthälsovården antas fördela arbetet jämt över hela årskullarna 19–24 år, trots att endast en mindre del studerar. Allmänläkare antas fördela arbetet jämt över alla åldrar. Den psykiatriska öppenvården antas fördela arbetet jämnt över åldrarna över 18 år.

3) Antaganden om andel av arbetet som rör psykiska problem grundas för skolsköterskor och skolläkare på egen estimering. Antagandet om skolkuratorer grundas på uppgifter från Enheten

Skolstöd, Utbildningsförvaltningen, Stockholm stad. Antagandet om ungdomsmottagningar grundas på uppgifter om personalens sammansättning enligt medlemsregister för FSUM. Antagandet om studenthälsovården grundas på nationella uppgifter inhämtade från Elisabet Flenness, sjuksköterska inom Studenthälsan i Stockholm. Antagandet om allmänläkare grundas på diagnosfördelningen i åldern 15–44 år enligt registrering redovisad av Socialstyrelsen (414). Barn- och ungdomsläkare i öppen vård antas ägna samma andel av arbetet åt psykiska problem som allmänläkare.

Uppgifterna har inhämtats från flera olika datakällor. Ett flertal antaganden, angivna i noterna, har krävts. Dessa förhållanden gör att uppgifterna i tabell 8.1 bör tolkas med försiktighet.

En tidigare statlig utredning redovisade elevvårdens resurser åren 1994 och 1997 (415). Uppgifterna inhämtades från Skolverket som hade ansvar för tillsynen av skolhälsovården fram till år 1997. Uppgifterna grundas på befattningsbenämningar och information om inköpta tjänster ingår ej. Det finns således felkällor även i denna sammanställning. Uppgifterna från Skolverket kan användas för validering av de uppgifter från SKL som presenteras i tabell 8.1. Uppgifter om elevvårdspersonal åren 1994 och 1997 presenteras i tabell 8.2. De uppgifter för år 2006 som återfinns i tabell 8.1 presenteras också för att underlätta jämförelser. Storleksordningen på insatserna visar sig vara jämförbara under de tre åren, se tabell 8.2.

Tabell 8.2 Beräkningar av insatser från olika grupper av elevvårdspersonal

| Vårdgivare | Totalt antal årsarbetare | | |
|----------------|--------------------------|-------------------|------------|
| | 1994 (Skolverket) | 1997 (Skolverket) | 2006 (SKL) |
| Skolsköterskor | 1549 | 1614 | 2066 |
| Skolkuratorer | 839 | 825 | 1332 |
| Skolpsykologer | 456 | 368 | 631 |
| Skolläkare | 129 | 101 | 88 |

Uppgifterna i tabell 8.1 tyder på att de viktigaste vårdgivarna i åldern 13–18 år är öppen barn- och ungdomspsykiatri, skolpsykologer, skolsköterskor samt allmänläkare och i åldern 19–24 år psykiatrisk öppenvård, allmänläkare samt studenthälsovård. Det förekommer sannolikt betydande lokala variationer både med avseenden på resursernas fördelning mellan olika yrkesgrupper och de totala resursernas volym.

Ungdomsmottagningar

Många tonåringar söker till de ungdomsmottagningar som finns runt om i Sverige. Den första mottagningen startade i Borlänge 1970 och var inspirerade av liknande verksamhet i Helsingfors. Efter några år hade ungdomsmottagningar utvecklas i flera delar av landet (416). Verksamheten i Helsingfors var brett inriktad med tyngdpunkt på psykologiska och sociala frågor. Utvecklingen i Sverige påverkades av det särskilda stöd till abortförebyggande verksamhet som staten erbjöd under 1970-talet. Det innebar att verksamheten vid ungdomsmottagningarna tidigt inriktades på rådgivning om preventivmedel. Denna inriktning förstärktes av det riktade stöd staten under 1980-talet gav till verksamheten som syftade till att förebygga spridning av HIV.

I Sverige fanns år 2006 ca 200 ungdomsmottagningar (417). Fokus ligger på sex och samlevnad. Preventivmedelsrådgivning och oro för sexuellt överförda infektioner är de vanligaste besöksorsakerna. Arbetet med dessa frågor präglar personalens sammansättning. Barnmorskor är den dominerade yrkesgruppen. Det förekommer dock även psykologer, socionomer, gynekologer och barn- och ungdomsläkare. På många mottagningar finns intresse för att arbeta med psykologiska och sociala frågor och att utveckla denna del av verksamheten.

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar är en sammanlutning som organiserar de flesta ungdomsmottagningar. De flesta mottagningar har som huvudman enbart landsting (43 procent) eller landsting tillsammans med kommun (41 procent). Återstående mottagningar har annan huvudman.

Olika sätt att erbjuda insatser

De aktörer som beskrivs i tabell 8.1 kan erbjuda de effektiva förebyggande insatser som beskrivs i kapitel 7 på olika sätt.

Enskilda kontakter är det arbetssätt som i dag dominerar. Den främsta nackdelen är den relativt höga kostnaden per individ.

Flertalet metoder kan erbjudas i *mindre grupper*. Kostnaden blir lägre jämfört med enskilda kontakter. Det kan också vara en fördel för ungdomar att träffas i grupp för att ungdomarna ska kunna byta erfarenheter med varandra.

Den metod som i särklass har den lägsta kostnaden, i förhållande till förväntad effekt, är erbjudande via *internet*. Erfarenheterna är mest omfattande för KBT där två studier visar att detta är effektivt (351) (352). KBT finns redan på internet men endast mot avgift.

Vid enskilda kontakter kan ungdomar få stöd att använda en resurs som finns på internet. Exempelvis kan en elev som söker en skolsköterska för huvudvärk uppmärksammas på ljudfiler med avslappningsträning som bör finnas tillgängliga. Hon kan också uppmana eleven att komma åter till mottagningen för att diskutera träningen.

9 Differentiering och individualisering i det moderna samhället

Sammanfattning

När ungdomar får frågor om stress framhåller många att det finns en mängd motstridiga krav som de ska leva upp till. Om kraven på att hantera mångfalden blir alltför stora upplevs möjligheterna som en påfrestning istället för en rikedom. Därför är det befogat att diskutera dagens mångfald som en källa till stress och psykisk ohälsa.

Med industrialiseringen ökar produktiviteten och därigenom blir samhällets roller mer differentierade. Det postindustriella samhället utgör en fortsättning av denna trend. En förutsättning för att produktiviteten ska kunna öka är att människor överger gamla sätt att arbeta och istället löser uppgifter på nytt sätt. Modernism brukar användas för att beteckna en inriktning där enskilda individers självständiga och rationella tänkande värderas mer än traditionell auktoritet.

Med ökad differentiering blir tillvaron mindre förutsägbar. Upplösningar av traditionella roller har varit ett framträdande tema i ungdomsforskningen. Sociologen Zigmund Bauman använder begreppet ”liquid modernity” (flytande modernitet) för att beskriva ett samhälle där inga gränser längre är klara.

Vid industrialismens genombrott organiserades arbetet efter hierarkiska militära förebilder. Var och en hade en tydlig roll. Denna byråkratiska modell för arbetslivet har under de senaste decennierna börjat ersättas av mer flytande modeller. Organisationerna har blivit plattare och det har blivit mindre tydligt vad som kvalificerar en medarbetare till att avancera. För den anställde medför dessa förändringar en större osäkerhet över vad som faktiskt gäller.

I en översikt publicerad år 1995 prövar författarna tio hypotetiska förklaringar till att psykisk ohälsa blivit vanligare bland unga. Deras huvudförklaring var att unga människors förväntningar har ökat snabbare än deras faktiska livsmöjligheter. Sociologen Ulrich Beck

urskiljer en liknande bild när han analyserar de postindustriella samhällenas utveckling under andra delen av 1900-talet. Beck pekar på att människors levnadsvillkor markant har förbättrats men att människors förväntningar utvecklats ännu snabbare. Nettoresultatet blir paradoxalt eftersom upplevelsen av brist ökar, trots att de faktiska levnadsvillkoren har förbättrats.

World Value Survey är ett omfattande internationellt system som används för att följa utvecklingen av människors värderingar. World Value Survey särskiljer två dimensioner som anknyter till begreppet individualisering. En dimension gäller traditionell auktoritet versus sekulär-rationell auktoritet. Personer med sekulära-rationella värderingar har en allmänt ifrågasättande attityd och anser att den enskilde kan göra egna rationella bedömningar. I Sverige dominerar sekulära-rationella värderingar. En annan dimension som särskiljs i World Value Survey gäller inriktning på överlevnad och materiella förhållanden versus individuellt självförverkligande. I Sverige dominerar värderingar knutna till självförverkligande. I 1990 års översikt ingick ett knappt hundratal länder. Sverige representerar extremen för båda dimensionerna. Det innebär att vi i Sverige mer än i något annat land utgår från sekulär-rationell auktoritet och betonar individuellt välbefinnande och självförverkligande mer än i andra länder.

Fyra empiriska studier av individualiseringens effekter på psykisk hälsa identifierades vid en litteratursökning. Samtliga studier har begränsningar. De pekar dock på ökad risk för psykisk ohälsa i individualistiska och sekulariserade samhällen.

De teoretiska övervägandena tillsammans med de empiriska studierna ger stöd för uppfattningen att fenomenet kopplade till individualisering och differentiering ökar risken för psykisk ohälsa. Grunden är de nya möjligheter som har öppnat sig och som kan vara svåra att överblicka. Förskola, skola och fritidsverksamhet kan rusta ungdomar för denna öppna situation genom att erbjuda tillfällen till reflektion och genom att utveckla de ungas kompetenser.

Fler livsmöjligheter

De ungdomarna som intervjuats framhåller att en av de största samhällsförändringarna som skett under de senaste decennierna är den ökade valfriheten, se kapitel 4. Majoriteten anser att det är fantastiskt att man kan välja mellan så många alternativ. Det vill man inte ändra på. Det handlar om att hitta ett förhållningssätt så att

man ”kan själv välja när man vill göra val”. ”Man vill ju alltid välja det bästa valet när det finns så stor frihet.” ”Vi blir uppfostrade till att vi kan bli vad vi vill och då blir det mycket höga krav.” Många ungdomar använder begreppet ”prestationssamhälle”. De möjligheter som förmedlas genom media, kan också vara motstridiga. Det är därför befogat att diskutera dagens mångfald som en källa till stress och psykisk ohälsa.

Historisk utveckling

Sedan jordbrukssamhällets start för 10 000 år sedan har samhället blivit alltmer differentierat. Till en början kunde en familj som brukade jorden bara försörja sig själv. Efterhand ökar produktiviteten vilket gjorde det möjligt att försörja hantverkare, militär, präster osv. Människors levnadsvillkor blev mer olika (418). Med industrialiseringen ökar produktiviteten än mer och därigenom blir rollerna allt fler. Det postindustriella samhället utgör en fortsättning av denna trend.

En förutsättning för att produktiviteten ska kunna öka är att människor överger gamla sätt att arbeta och istället löser uppgifter på nytt sätt. Någon måste börja med det nya. I ett samhälle som är styrt av traditionen är det svårt att införa det som tidigare är oprövat. Det är först när individen kan frigöras från traditionen som det på allvar är möjligt att introducera nya metoder. Modernism brukar användas för att beteckna en inriktning där enskilda individers självständiga och rationella tänkande värderas mer än traditionell auktoritet (419). Senmoderniteten utgör modernitetens fortsättning med karaktäristiska som fragmentering av auktoritet och inriktning på konsumtion (420).

Individens självständighet gentemot traditionen, ökad produktivitet och ökad differentiering utgör således olika aspekter av samma fenomen. Det går inte att tänka bort en aspekt, t.ex. individualiseringen, och behålla övriga två.

Differentiering gör tillvaron mer öppen

Med ökad differentiering blir tillvaron mindre förutsägbar. Ett skäl är att det är svårare att förutsäga andra människors beteenden. I ett äldre samhälle var rollerna tydliga och en person hade i allmänhet

ett ganska begränsat antal kontakter. Då var det relativt lätt att förutsäga dessa människors beteenden. I dag är situationen helt annan.

Under industriperioden utvecklades relativt tydliga uppfattningar om adekvata roller under olika perioder av livet. Barndomen uppfattades som distinkt skild från rollen som vuxen (421). Under tiden efter andra världskriget utvecklades föreställningen om tonåren som en särskild period mellan barndom och livet som vuxen. Tidigare slutade barndomen i samband med puberteten då de flesta slutade skolan. Därefter började de unga att ta ansvar för den egna försörjningen genom arbete.

Under de senaste 50 åren har uppfattningarna om olika åldrar förändrats. Gränsen mellan barndom och ungdomsperioden har blivit otydligare. Det är exempelvis inte ovanligt att flickor som är 7–8 år gamla klär sig som tonåringar. Å andra sidan har det börjat förekomma att unga vuxna återtar lekar från barndomen (422). Gränserna mellan barndom, ungdomstid och det vuxna livet har blivit otydligare.

Upplösningar av traditionella roller har varit ett framträdande tema i ungdomsforskningen. Särskilt har upplösningen av den traditionella manliga arbetarrollen behandlats (66). Utvecklingen av nya identiteter genom konsumtion av musik och kläder har också haft en viktig plats (305), särskilt i svensk ungdomsforskning (423).

Utvecklingen under de senaste 50 åren har medfört att allt fler har fått en allt längre utbildning. De flesta har fått träning i att reflektera kritiskt. Det innebär att det inte längre finns någon självklar grund för att påstå att en viss form av kunskap ska ses som överlägsen en annan. Likaledes sätts legitimiteten för de folkvalda allt oftare ifråga. Sociologen Zigmund Bauman använder begreppet "liquid modernity" (flytande modernitet) för att beskriva ett samhälle där inga gränser längre är klara (200).

Uppenbart ställer ett sådant samhälle högre och annorlunda krav på individen än ett traditionellt jordbruksamhälle där det mesta var givet på förhand.

Arbetslivet

Vid industrialismens genombrott organiserades arbetet efter hierarkiska militära förebilder. Var och en hade en tydlig roll, enligt Max Webers klassiska byråkratiska modell (424). Organisationen var stabil. Det innebar att en person långt ned i strukturen kunde vinna

på att hålla ut eftersom han med tiden kunde räkna med att bli befordrad. Tillvaron var förutsägbar. Denna modell dominerade inom arbetslivet fram till 1980-talet.

Den byråkratiska modellen har under de senaste decennierna börjat ersättas av mer flytande modeller (201). Förändringarna är tydligast inom exportorienterad högteknologisk verksamhet men tendensen finns även inom andra sektorer. Det finns flera skäl till utvecklingen. Ett är det ökade kunskapsinnehållet i produktionen, ett annat är kapitalets ökade rörlighet, ett tredje är tillgången till modern informationsteknologi. Arbetet bedrivs inte längre i former som är stabila över decennier. Ett uttryck för denna tendens är det ökade antalet omorganiseringar som gäller inom hela arbetslivet, se kapitel 5.

Organisationerna har också blivit plattare. I den äldre byråkratiska modellen gick ett beslut från högsta chefen genom ett lager av mellanchefer som tolkade beslutet. När uppdraget nådde den som faktiskt skulle utföra arbetet vad det mycket tydligt vad som förväntades. För organisationen som helhet kanske tolkningen inte var optimal men den enskilde medarbetare visste vad som gällde. I dag överlåts tolkningen i högre grad till den enskilde. Det ger en viss frihet men också osäkerhet om vad som faktiskt är giltigt.

Likaledes är det mindre tydligt vad som kvalificerar en medarbetare till att avancera. Att vara kvar länge på samma arbetsplats är inte längre en merit. Kompetens för en uppgift spelar självfallet roll men eftersom uppgifterna i dag växlar snabbare än tidigare är det inte längre avgörande att behärska en viss given uppgift. Det som istället räknas är potential till att utföra nya uppgifter. Potential är en kvalité som är betydligt svårare att fånga än kompetens. För den anställde medför även denna förändring en större osäkerhet över vad som faktiskt gäller.

Utvecklingen inom arbetslivet är en del av de processer som är temat för detta kapitel: ökad produktivitet, differentiering och individualisering. Det går knappast att isolera förändringarna inom arbetslivet från utvecklingen som helhet.

Samband mellan individualisering och psykisk hälsa

Rutter och medarbetares översikt av utvecklingen av psykisk ohälsa under senare delen av 1990-talet har presenterats i kapitel 3 (94). I detta arbete prövar författarna tio hypotetiska förklaringar till den

ökade psykiska ohälsa som påvisats. De finner endast stöd för två förklaringar. Den ena är den ökade konsumtionen av alkohol. Frågan behandlas här i kapitel 6. Den andra förklaringen är att unga människors förväntningar ökat snabbare än deras faktiska livsmöjligheter. Sociologen Ulrich Beck urskiljer en liknande bild när han analyserar de postindustriella samhällenas utveckling under andra delen av 1900-talet (370). Beck pekar på att människors levnadsvillkor markant har förbättrats men att människors förväntningar utvecklats ännu snabbare. Nettoresultatet blir paradoxalt eftersom upplevelsen av brist ökar, trots att de faktiska levnadsvillkoren har förbättrats.

Klyftan mellan förväntningar och det som går att realisera hänger samman med individualiseringen. I ett individualiserat samhälle, rikt på resurser, varierar levnadsvillkoren mer än tidigare. Utvecklingen har öppnat en mängd potentiella livsmöjligheter. Det finns inga tydliga normer för vad som är rimligt och mindre rimligt. Därför finns en risk för att gapet ökar mellan förväntningarna och det som realistiskt går att infria.

I takt med förbättrade livsvillkor kan vi i dag ge barn och ungdom en tydligare plats som individer än som var fallet längre tillbaka i tiden. Vuxna anser att barns och ungdomars förväntningar ska behandlas med respekt och de har rätt till inflytande. FN:s konvention om barnets rättigheter ger ett uttryck för denna syn. Rimligen medför detta att de ungas förväntningar stiger. Det är inte längre givet att behöva stå ut med att inte bli hörd när det gäller fördelning av läxor och prov, att ha håltimmar under skoldagen och att behöva stå i långa lunchköer. Det har också skett förbättringar, men inte i samma takt som förväntningarna har stigit. En i grunden positiv utveckling kan därför, paradoxalt nog, vara källa till ökat missnöje och upplevelse av stress.

Vad som faktiskt går att göra lär sig en individ efterhand. Vägen till sådan lärdom är knappast smärtfri eftersom individen under denna resa måste ge upp tidigare förväntningar. Att under en sådan process först bli orolig är ganska naturligt. När det sedan är helt klart att förhoppningarna måste överges är ett sänkt stämningsläge adekvat eftersom det ger utrymme för omorientering (60). Det är inte heller oväntat att nedstämdhet är påtagligt vanlig under ungdomsåren eftersom det är den första period i livet då individens förhoppningar på allvar prövas mot livets realiteter.

Ett fiktivt levnadslopp omkring år 2000 kan illustrera detta förhållande. Johan går på samhällsvetenskaplig linje på gymnasiet. Han

är inte särskilt engagerad i skolan men klarar sig hyggligt. Hans verkliga intresse är elektronisk musik som han skapar på datorn och med hjälp av akustiska instrument. Han delar intresset med några jämnåriga och ägnar en stor del av fritiden åt musiken. De lyckas sälja några musikstycken som ger dem bra betalt. Efter gymnasiet tänker sig Johan att han ska kunna försörja sig på att göra musik. Han går en ettårig musikkurs på X-skolan och söker sedan en annan utbildning men kommer inte in. Han har några tillfälliga jobb. Ekonomin blir allt mer problematisk, trots att föräldrarna skjuter till pengar. Han blir nedstämd och har svårt att ta sig för att söka arbete. Högskoleutbildning uppfattar han inte som meningsfull. När det gått ett år hjälper en släkting honom till ett arbete inom åldringsvården. Han trivs med uppgiften och planerar sedan att söka till en ingenjörsutbildning.

För femtio år sedan var det inte många ungdomar som hade tanken att de skulle kunna försörja sig på musik. I dag går det att leva på sådant arbete men fortfarande klarar sig bara några få på detta sätt. Processen att ställa om förväntningarna mot ett mer ordinärt arbete är inte oproblematiskt.

I ett individualiserat samhälle har individen större frihet att själv utforma sitt liv än i ett traditionellt samhälle. Man kan därför förvänta att individernas upplevelse av kontroll ska öka. Inom psykologisk litteratur används begreppet locus of control för att beskriva om individen uppfattar sig själv som offer för omständigheterna (yttre kontroll) eller om hon uppfattar att hon själv kan styra (inre kontroll).

Twenge och medarbetare har analyserat studier som beskriver utvecklingen bland unga i USA under perioden 1960–2002 (425). De finner att ungdomar i tydligt *minskad* omfattning upplever att de själva kan påverka sin livssituation. Detta resultat stämmer inte med det förväntade. Under denna tidsperiod har ungdomar i USA fått tillgång till mer resurser och kan sannolikt påverka den egna livssituationen i större omfattning än de kunde vid periodens början. Twenges fynd går däremot att uppfatta som tecken på att ungdomars faktiska möjligheter har utvecklats snabbare än deras förmåga att hantera den öppna situationen.

Empiriskt stöd för individualisering

World Value Survey

World Value Survey är ett omfattande internationellt system som används för att följa utvecklingen av människors värderingar (426, 427). World Value Survey särskiljer två dimensioner som anknyter till begreppen individualisering, modernitet och postmodernitet. En dimension gäller traditionell auktoritet versus sekulär-rationell auktoritet. Personer med en traditionell auktoritetsuppfattning uppfattar religiösa system som värdefulla, anser formella maktinnehavare som kungar och presidenter som viktiga och anser att den traditionella familjen utgör grundvalen för samhället. Personer med sekulära-rationella värderingar har däremot en allmänt ifrågasättande attityd och anser att den enskilde kan göra egna rationella bedömningar.

Studien visar att övergången från jordbrukssamhälle till industrisamhälle medför att traditionella värderingar ersätts av sekulära-rationella. Eftersom Sverige industrialiserades redan för mer än hundra år sedan har de traditionella värderingarna redan för länge sedan ersatts av sekulära-rationella. Inte oväntat har ungdomar i allmänhet mer sekulära-rationella värderingar än äldre.

En annan dimension som särskiljs i World Value Survey gäller inriktning på överlevnad och materiella förhållanden versus individuellt självförverkligande. Denna utveckling är förknippad med övergången från industrisamhälle till ett samhälle som domineras av produktion av tjänster. Sverige är ett av de länder där utvecklingen gått längst i detta avseende. Därför fäster vi stor vikt vid individuellt självförverkligande eftersom vi uppfattar de grundläggande materiella villkoren som relativt självklara. Inte oväntat har ungdomar i allmänhet tydligare värderingar inriktade på självförverkligande jämfört med äldre.

I 1990 års översikt ingick ett knappt hundratal länder. Sverige representerar extremen för båda dimensionerna (428). Det innebär att vi i Sverige mer än i något annat land utgår från sekulär-rationell auktoritet och betonar individuellt välbefinnande och självförverkligande mer än i andra länder. World Value Survey beskriver således värderingar i Sverige som kan förknippas med individualiserade föreställningar om vilket liv som är önskvärt.

SOM-institutets studier

SOM-institutet (SOM = samhälle, opinion och massmedia) i Göteborg genomför regelbundna mätningar av attityder i olika åldersgrupper. I en aktuell rapport beskrivs utvecklingen i åldersgruppen 15–29 år under perioden 1986 till 2004 (429). I dessa undersökningar används en struktur för värderingar som utvecklats av Milton Rokeach (430) och som skiljer sig från World Value Survey.

Till de värden som blir allt viktigare bland ungdomar hör värden som främst gäller den egna personen: ett liv fullt av njutning, ett behagligt liv, självförverkligande samt socialt anseende, se tabell 9.1. Utvecklingen visar på liknande tendenser som påvisas i World Value Survey (428) dvs. en utveckling mot betoning av individuellt välbefinnande och självförverkligande. Tendensen är tydlig eftersom samtliga redovisade förändringar går i samma riktning. Författarna till SOM-rapporten betonar dock att förändringarna är små (429).

Tabell 9.1 Andel ungdomar (procent) i åldern 15–29 år som under perioden 1986 till 2004 anger att de värdesätter olika aspekter av livet. Uppgifter för vissa år saknas

| Aspekt | Andel ungdomar som värdesätter aspekten (%) | | | |
|---------------------------|---|------|------|------|
| | 1986 | 1988 | 1991 | 2004 |
| Jämlikhet | 41 | | 59 | 62 |
| Ett liv fullt av njutning | | 37 | 44 | 49 |
| Ett behagligt liv | 69 | 66 | 67 | 78 |
| Självförverkligande | 39 | 42 | 43 | 44 |
| Socialt anseende | 16 | 15 | 16 | 24 |
| Frihet | 82 | 87 | 85 | 88 |
| Lycka | 78 | 79 | 81 | 84 |
| Ett spännande liv | 35 | 39 | 40 | 43 |
| Kärlek | 79 | 86 | 86 | 86 |

Individualiseringens effekter på psykisk hälsa – empiriska studier

Fyra empiriska studier av individualiseringens effekter på psykisk hälsa identifierades vid en litteratursökning. I en undersökning, organiserad av WHO, studerades förekomsten av psykiska problem

på allmänläkarmottagningar i större städer i 11 olika länder i Europa, Afrika, Asien och Amerika och jämfördes med kulturella värderingar i dessa länder (431). Författaren fann påtagliga samband. I länder som betonade tillhörighet till en grupp istället för att betona individen var det påtaligt ovanligare att människor uppgav psykiska problem och fick diagnosen generaliserat ångestsyndrom. Författaren fann även att depressioner var mindre vanliga i länder med mer traditionella värderingar.

I en annan studie jämfördes förekomsten av självmord bland män i åldern 15–24 år under perioden 1950–1990 i 17 OECD-länder där även människors värderingar hade registrerats i olika studier, inkluderade World Value Studies (408). Författarna fann att självmordsfrekvensen var påtaligt högre i länder där ungdomar och vuxna fäste stort värde vid personlig frihet och oberoende. Ungefär hälften av variationen i förekomst av självmord länderna emellan kunde förklaras av hur mycket man betonade dessa värderingar.

Traditionell religiositet är ovanligare i länder med individualistiska värderingar (432). Studier av samband mellan traditionell religiositet och förekomst av självmord har därför intresse. I en studie har förekomsten av självmord i hela befolkningen i 26 länder relaterats till omfattningen av traditionell religiositet (407). Efter kontroll för socioekonomiska förhållanden påvisas ett tydligt negativt samband mellan traditionell religiositet och självmord bland män men inte bland kvinnor. I en fjärde studie, som genomförts på individnivå i USA, påvisas också ett negativt samband mellan deltagande i religiösa aktiviteter och förekomst av självmord (409).

Samtliga studier har begränsningar. De pekar dock på ökad risk för psykisk ohälsa i individualistiska–sekulariserade samhällen.

Bedömning

De teoretiska överväganden som redovisas tillsammans med de empiriska studierna ger stöd för uppfattningen att fenomenet kopplade till individualisering och differentiering ökar risken för psykisk ohälsa.

Åtgärder

Dagens ungdomar har mer att fundera över än de som var unga förr. Grunden för detta är de nya möjligheter som öppnar sig och som kan vara svåra att överblicka. Förskola, skola och fritidsverksamhet kan rusta ungdomar för denna öppna situation genom att erbjuda tillfällen till reflektion och genom att utveckla de ungas kompetenser. Hur det kan gå till diskuteras i kapitel 5 och 7.

Människan är en social varelse. Det är möjligt att formerna för social integrering inte är optimala i ett senmodernt samhälle. Skola och arbete har varit de centrala formerna för social integrering. Ungdomars inställning till arbete tenderar att ha blivit allt mer instrumentell, se kapitel 6. Fritiden blir allt viktigare. Det är därför motiverat att analysera vad denna förändring innebär för ungdomars sociala integrering.

10 Sammanfattande analys av utvecklingen

Sammanfattning

De studier som redovisas i kapitel 3 pekar otvetydigt på att psykiska problem bland ungdomar har blivit vanligare. Den negativa utvecklingen har pågått sedan andra världskrigets slut eller dessförinnan. Den ökade förekomsten av psykiska problem gäller även vuxna, men ökningen har varit snabbare ibland ungdomar.

Tillvaron år 2006 är både rikare och öppnare än den var år 1980. Traditionellt försöker vi förklara olika problem med brister i människors levnadsvillkor. Det karaktäristiska för utvecklingen är dock att tillvaron blivit rikare. Trenden är liknande även för utsatta grupper. Utvecklingen är således paradoxal.

Studien Skolbarns hälsovanor gör det möjligt att jämföra psykiska problem bland 15-åringar i Sverige och tio andra europeiska länder. Ökningen av symptom har varit snabbast i Sverige och vid den senaste undersökningen år 2001/02 var symptom också vanligare i Sverige än i de flesta andra av de länder som ingår i studien.

De nordiska länderna, inkluderande Sverige, har lägst andel fattiga barn i världen. Välfärdssystemen för barn och unga hör till de bäst utvecklade. Förskola av svensk kvalitet finns inte utanför de nordiska länderna. Lärartätheten i skolan hör till den högsta inom OECD-området. Troligen har inget land i världen lika utvecklad elevvård som den som finns i Sverige. Inget annat land har heller lika omfattande verksamhet av den typ som bedrivs vid de svenska ungdomsmottagningarna. Tillgången till dessa resurser har varit oförändrad eller har ökat under de senaste 26 åren. Om psykiska problem skulle förklaras av brister i välfärdssystem skulle den psykiska hälsan i Sverige bland unga vara påtagligt god. Det är sant att den ekonomiska krisen under 1990-talet påverkade situationen för barn och unga. Flertalet sektorer hade dock redan i början av 2000-talet återhämtat sig.

Analysen tyder istället på två andra huvudförklaringar till utvecklingen. Förändringarna *under de senaste decennierna* kan förklaras av att det blivit betydligt svårare för ungdomar att få arbete. I samband med 1990-talskrisen minskar antalet förvärvsarbetande. I åldrarna över 24 år har situationen nu i stort återhämtats till läget före krisen. Den bestående effekten gäller nästan enbart ungdomsgruppen. Andelen öppet arbetslösa har inte stigit påtagligt men stora grupper har blivit hänvisade till att studera trots att de föredragit att arbeta.

Den ökning av psykiska problem som pågått *sedan andra världskrigets slut* kan dock inte förklaras av svårigheter att få arbete. Tvärtom har denna period präglats av hög sysselsättning och avsevärt förbättrade levnadsvillkor. De ökade psykiska problemen kan istället knytas till den individualisering som är en del av den moderna utvecklingen, se kapitel 9. Nya möjligheter har öppnats – vilket gör livet mindre förutsägbart. Det är självfallet positivt men ställer också krav på ungdomar att själva välja vilka liv de vill leva. Förmågan att hantera denna öppna situation förefaller inte ha utvecklats i samma takt som de nya möjligheterna har tillkommit.

Individualiseringen medför att människor ifrågasätter det som tidigare uppfattades som givet. Individuella problem som psykisk ohälsa och missförhållanden människor emellan, som våld och förtryck, accepteras inte utan blir föremål för åtgärder. När ett fenomen som tidigare uppfattades som naturligt sätts ifråga kan upplevelsen av problem öka, trots att fenomenen inte ökat i förekomst. En utveckling mot en värld med mindre faktiska problem kan således medföra en upplevelse av ökade missförhållanden. Motsvarande kan också gälla inställningen till psykiska problem, dvs. att acceptansen av psykiska problem kan ha minskat.

Inledning

De studier som redovisas i kapitel 3 pekar otvetydigt på att psykiska problem bland ungdomar har blivit vanligare. Den negativa utvecklingen har pågått sedan andra världskrigets slut eller dessförinnan. Den ökade förekomsten av psykiska problem gäller även vuxna, men ökningen har varit snabbare ibland ungdomar.

Det är naturligt att söka förklaringar till de ökade problemen i förändringar av ungdomars livsmiljö. I kapitel 5–9 beskrivs utvecklingen under de senaste 20–25 åren. Olika aspekter behandlas var

för sig. Därför är det motiverat att försöka ge en samlad bild i form en beskrivning av en tonårings dygn år 2006 och jämföra det med ett dygn 26 år tidigare, år 1980. Beskrivningen bygger på de uppgifter som har presenterats i tidigare kapitel. Svenska tidsstudier har använts (15). En del uppgifter finns också med därför att utredaren uppfattar dem som troliga.

Psykiska problem är vanligare i utsatta grupper. Problemen kan vara 1,5–2 gånger vanligare om personen är utlandsfödd eller om föräldrarna är icke facklärd arbetare. De trender som finns förefaller dock påverka olika grupper på ett jämförbart sätt. Det innebär att förklaringen till de ökade problemen inte går att finna i en ändrad fördelning olika grupper emellan. Därför är det meningsfullt att beskriva en genomsnittlig ung människa.

Problem drabbar både kvinnor och män men de är vanligare bland kvinnor. Det är därför befogat att beskriva en kvinna. Den tänkta kvinnan är 18,5 år gammal eftersom det är den genomsnittliga åldern under den ungdomsperiod som denna utredning behandlar, dvs. åldern 13–24 år.

Genomsnittskvinnan bodde i en medelstor stad år 1980. Tjugosex år senare bor hon i någon av de tre storstäderna. Hon bor i ett småhus. Det är ungefär lika vanligt som att bo i flerfamiljshus. Detta gällde både 1980 och 2006. I genomsnitt finns 1,5 rum per person i bostaden. Inte heller här har skett någon förändring under perioden.

Hon bor tillsammans med båda föräldrarna och en yngre bror. I hennes ålder bor omkring två tredjedelar med båda de biologiska föräldrarna. Det är ingen skillnad mot år 1980. De flesta har en bra relation till både mamma och pappa. Möjligen är relationerna bättre år 2006 än de var 26 år tidigare.

Morgonen och skolan

När hon vaknar på morgonen och ska äta frukost har hon mer att välja emellan 2006 än 1980. Det gör att frukosten kan variera från en dag till en annan. Kanske hon helt hoppar över att äta frukost som man länge gjort i den del länder och nu även gör i Sverige. Eller också köper hon något att äta på väg till skolan. Längre tillbaka i tiden var vanorna mer stabila. Det är också möjligt att hon 2006 ser på tv medan hon äter. År 1980 fanns knappast tv på morgonen. Då var det vanligare att läsa en morgontidning.

Hon går sista året i gymnasiet. Det var vanligt också år 1980 att en 18-åring gick i gymnasiet. Nu finns dock ingen i samma ålder som förvärvsarbetar på heltid. Hon går på en teoretisk linje. Antalet platser på de yrkesinriktade linjerna har sjunkit sedan år 1980. Chansen att hon ska få slutbetyg från gymnasiet är lägre 2006 än den var 1980.

Hon tar sig till skolan med buss. Det var vanligt också 1980. Eftersom hon nu bor i en storstad, istället för en medelstor stad, kan hon välja mellan flera olika sätt att komma till skolan. Hon försöker hitta den kombination som är optimal. Den kan variera olika dagar emellan. I dag när hon tar buss har hon kortare att gå än 1980. Det tar ungefär lika lång tid 2006 som 26 år tidigare för henne att komma till skolan och det är lika tråkigt, men år 2006 kan hon lyssna på sin mp3-spelare. Något liknande fanns inte 1980 eftersom de första bärbara kassettbandspelarna började säljas i Japan först 1979.

Arbetet i skolan har blivit ganska annorlunda jämfört med hur det var 1980. Det finns ett stort antal kurser att välja emellan och eleverna får betyg från varje delkurs. År 1980 var valmöjligheterna avsevärt mindre. Arbetet i skolan är också mer individualiserat och självständigare. Lektioner finns kvar men mer arbete bedrivs utan lärare. Eleverna får själva söka information, enskilt eller i grupp. Det gör att arbetet kan bedrivas både i skolans lokaler och på andra platser. Gränsen mellan skoltid och fritid har därför blivit mer flytande. En del av hennes kamrater har problem med detta öppna sätt att arbeta eftersom de har svårt att avgöra vad de ska göra och hur mycket arbete de egentligen ska behöva lägga ned på en uppgift.

De öppna arbetsformerna ger frihet men kräver också att eleverna själva kan strukturera sitt arbete. Lärarna ger information om när olika prov ska komma. Ibland finns flera prov under en kort tid. De elever som inte planerat sitt arbete över terminen kan få det svårt.

Det är troligt att hon är mer angelägen av att få bra resultat på prov 2006 jämfört med 1980. En förklaring kan vara att konkurrensen på arbetsmarknaden är hårdare och att hon därför behöver kvalificera sig mer 2006. En annan förklaring är att unga människors uppfattning om det egna värdet som person tydligare knyts till individuella egenskaper som prestationer och utseende.

Under en rast sänder hon sms och bestämmer att träffa några kompisar på ett café under kvällen. År 1980 kom man överens om att träffas genom direkta kontakter i skolan eller genom att ringa

varandra. Inte sällan var det svårt att nå den man ville. Det gjorde att planeringen krävde längre tid. I dag år 2006 går det att komma överens mycket snabbare. Det gör det också lättare att hoppa av en överenskommelse om ett bättre erbjudande dyker upp. Mobiltelefonen ger därför möjligheter som tidigare inte fanns. Det krävs dock att ständigt vara tillgänglig för att inte bli utanför.

Fritiden

Efter skolan går den unga kvinnan år 2006 på aerobics. Det innebär en ny bussresa som hon kan använda för att fortsätta planeringen inför kvällen med hjälp av mobilen. Det är avsevärt fler kvinnor i hennes ålder som regelbundet tränar år 2006 jämfört med 1980. 1980 var det vanligare att träna idrott i en klubb. I dag är det vanligare att göra det individuellt eftersom det kan vara svårt att passa fasta tider.

På väg hem från träningen går hon förbi biblioteket för att låna en bok för det projektarbete hon arbetar med i skolan. I hennes ålder är det fler som besöker bibliotek 2006 än det var 1980. Hon fortsätter sedan hem och äter. De gör hon själv eftersom föräldrarna och brodern redan har ätit. Ett sådant mönster är vanligare 2006 än 1980. Den samlade tiden för gemenskap i familjen har dock inte minskat. Medan hon äter tittar hon på favoritsåpan på tv. Ungdomar använder något mer tid åt tv 2006 än de gjorde 1980.

När hon har ätit förbereder hon ett projektarbete för skolan. Hon använder både dator och internet för detta. Parallellt läser hon mejlen och pratar med kompisar på MSN. Vare sig persondatorer eller internet fanns 1980. År 2006 är det en naturlig del av vardagen.

Vännerna som hon haft kontakt med via sms under dagen träffar hon på ett café vid åttatiden. 1980 var det vanligare att ses hemma hos varandra. Det är inte särskilt många ungdomar som saknar kamrater. Det är färre som är helt ensamma 2006 jämfört med 1980. Kompisarna träffas för att diskutera ett jobb på en servering alla tre fått erbjudande om – ifall de kan dela upp tiderna. Ganska många ungdomar har ströjobb som de behöver för att dryga ut ekonomin. Här har det inte skett någon väsentlig förändring mellan 1980 och 2006.

Hon åker sedan hem. Hon kollar mejlen en sista gång innan hon går och lägger sig. Hon lägger sig något senare än hon skulle ha gjort 1980.

En samlad bild

Tillvaron år 2006 är både rikare och öppnare än den var 26 år tidigare. Traditionellt försöker vi förklara olika problem med brister i människors levnadsvillkor. Det karaktäristiska för den tänkta genomsnittliga unga människas tillvaro är dock att tillvaron blivit rikare. Alla grupper är inte lika gynnade. Trenden för utsatta grupper är dock liknande som för den genomsnittliga kvinnan. Utvecklingen är således paradoxal.

Utvecklingen av psykisk ohälsa är paradoxal

Studien Skolbarns hälsovanor gör det möjligt att jämföra psykiska problem bland 15-åringar i Sverige och 10 andra europeiska länder. Ökningen av symptom har varit snabbast i Sverige och vid den senaste undersökningen år 2001/02 var symptom också vanligare i Sverige än i de flesta andra av de länder som ingår i studien, se bilaga 4.

Den internationella jämförelsen gör bilden än mer paradoxal. De nordiska länderna, inkluderande Sverige, har lägst andel fattiga barn i världen. Välfärdssystemen för barn och unga hör till de bäst utvecklade. Förskola av svensk kvalitet finns inte utanför de nordiska länderna. Lärartätheten i skolan hör till den högsta inom OECD-området. Troligen har inget land i världen lika utvecklad elevvård som den som finns i Sverige. Inget annat land har heller lika omfattande verksamhet av den typ som bedrivs vid de svenska ungdomsmottagningarna. Tillgången till dessa resurser har varit oförändrad eller har ökat under de senaste 26 åren. Om psykiska problem skulle förklaras av brister i välfärdssystem skulle den psykiska hälsan i Sverige bland unga vara påtagligt god.

Det är sant att den ekonomiska krisen under 1990-talet påverkade situationen för barn och unga. Personaltätheten inom förskolan minskade liksom lärartätheten i skolorna. Flera andra välfärdstjänster påverkades också. Som helhet har dock välfärdssystemen i de nordiska länderna gått igenom kriserna under 1990-talet relativt opåverkade (433). I Sverige hade flertalet sektorer redan i början av 2000-talet återhämtat sig (434).

Svårigheter för ungdomar att få förvärvsarbete är dock påtaglig. Den ökade arbetslösheten bland ungdomar under 1990-talet kan dock inte förklara utvecklingen under tiden före 1990. I kapitel 9

diskuteras tendenser i samhällsutvecklingen som går under rubriken differentiering och individualisering. Flera argument talar för att dessa trender har bidragit till den ökade förekomsten psykiska symptom. Individualisering och arbetslöshet har dock olika karaktär. Arbetslöshet utgör otvetydigt en påfrestning. Individualisering, å andra sidan, är uttryck för *ökad* välfärd.

Ungdomarnas uppfattning om stress och dess förklaringar

Ungdomar beskriver i de intervjuer som återges i kapitel 4 att stress ger psykiska problem som nervositet och fysiska besvär som huvud- och magvärk. De anger som en viktig orsak till stress krav från antingen föräldrar, lärare eller dem själva. Majoriteten av de ungdomar i grundskolans årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 och 3 som har intervjuats anser att skolan är den främsta stressfaktorn. I första hand är det påfrestande att så mycket av skolarbetet sker utom skoltid. Särskilt flickor framhåller att det finns skönhetsideal som upptar många människors fritid. Tidsbrist är ett annat skäl till att bli stressad. Man har svårt att få ihop de olika delar som ingår i livet som skolan och läxor, fritidsaktiviteter, träffa kompisar, vila och hjälpa till hemma.

Ungdomarna har således tydliga bilder både av stress och av orsaker till stress. Trots detta bygger analysen i kapitel 5–9 inte på denna typ av förklaringar. Det främsta skälet är att ungdomarna inte känner till hur situationen var för 20 år sedan. De kan berätta varför de känner sig stressade – men knappast varför de är mer stressade än sina föräldrar. Ett annat skäl är att *upplevelsen* av att en företeelse är påfrestande innefattar en värdering av vad som kan förväntas som inte är objektivt knuten till företeelsen, se kapitel 2. Ungdomarna anser exempelvis att skolarbete på fritiden (läxor) är stressande. Denna stress kan förklaras av att läxorna i sig är ansträngande. Den kan också förklaras av inställningen till läxor. Ungdomarna kan anse att skolarbete inte ska utföras på fritiden. De kan också ifrågasätta värdet av att göra de specifika uppgifter som åläggs dem. Slutligen kan de uppleva läxorna som mer ansträngande än tidigare om de är angelägna om att få bra resultat på prov. Det går inte att avgöra vilken tolkning som är den rätta.

Ungdomarnas uttalanden har dock kunnat användas för att komplettera de bilder som framträder i offentlig statistik. Det är också angeläget att använda denna typ av information för det lokala

arbetet med att utveckla skolans arbete. Därför föreslås i kapitel 11 ett generellt system för skolor där information bl.a. om elevernas arbetsmiljö i skolan ingår i systemet.

Två huvudförklaringar utifrån den bild som framträder i kapitel 5–9

Utredningen tyder på två huvudförklaringar till utvecklingen. Förändringarna *under de senaste decennierna* kan förklaras av att det blivit betydligt svårare för ungdomar att få arbete. I samband med 1990-talskrisen minskar antalet förvärvsarbetande. I åldrarna över 24 år har situationen nu i stort återhämtats till läget före krisen. Den bestående effekten gäller ungdomsgruppen. Andelen öppet arbetslösa har inte stigit påtagligt men stora grupper har blivit hänvisade till att studera trots att de föredragit att arbeta.

Den ökning av psykiska problem som pågått *sedan andra världskrigets* slut kan dock inte förklaras av svårigheter att få arbete. Tvärtom har denna period präglats av hög sysselsättning och avsevärt förbättrade levnadsvillkor. De ökade psykiska problemen kan istället knytas till den individualisering som är en del av den moderna utvecklingen, se kapitel 9. Nya möjligheter har öppnats – vilket gör livet mindre förutsägbart. Det är självfallet positivt men ställer också krav på ungdomar att själva välja vilka liv de vill leva. Förmågan att hantera denna öppna situation förefaller inte ha utvecklats i samma takt som de nya möjligheterna har tillkommit.

De båda huvudförklaringarna är i sin tur kopplade till varandra. Under de senaste femtio åren har den globala produktiviteten stigit dramatiskt. Det är resultat av bättre kunskaper, bättre teknologi och en globalt mer differentierad produktion. Det medför att arbetslivet i Sverige måste anpassas till nya förhållanden. Det är en underliggande förklaring till förlusten av arbetstillfällen för unga under 1990-talet. Samtidigt har den ökade produktiviteten lämnat utrymme för den individualisering som är den andra grunden till ungdomarnas psykiska problem.

Även om de båda förklaringarna är kopplade till varandra kommer åtgärder att präglas av skilda tidsförlopp. Åtgärder för sysselsättningen kan behandlas inom ett tidsperspektiv i storleksordningen 5–10 år. För att få effekter av åtgärder som kan bidra till att ungdomar bättre klarar vårt öppna individualiserade samhället krävs dock troligen längre tid.

Ytterligare förklaringar till den ökade psykiska ohälsan

Det finns ytterligare förändringar som kan ha bidragit till utvecklingen av psykisk ohälsa. Flera har koppling till den minskade tillgången till förvärvsarbete. Exempelvis bor ungdomar kvar hos föräldrarna längre än tidigare. Att inte ha egen bostad kan vara påfrestande. Den senare etableringen är sannolikt en följd av ungdomarnas sämre ekonomi vilket i sin tur är resultat av att färre förvärvsarbetar.

Andra förklaringar har vissa kopplingar till den individualisering som diskuteras i kapitel 9. Dit kan räknas ökat tv-tittande, ökat bruk av alkohol samt ökat bruk av droger. Exponering för en mångfald ideal via medier är en del av den moderna differentierade tillvaron.

Faktorer som inte framträder som förklaringar

I den allmänna debatten har flera förändringar kopplade till den ekonomiska krisen på 1990-talet förts fram som förklaringar till den ökade psykiska ohälsan. Dit kan räknas minskad personaltäthet i förskola och skola. Analysen i kapitel 5 ger inte stöd för att dessa förändringar haft någon väsentlig betydelse. Det främsta skälet är att sambanden mellan personaltäthet och psykisk hälsa inte är tillräckligt starkt. Genomgången tyder inte heller på att förändrad tillgång till elevvårdspersonal kan förklara den negativa utvecklingen.

I diskussionen om psykisk ohälsa behandlas inte sällan faktorer som uppfattas ha vikt, men som inte har utvecklats i negativ riktning under de senaste 20 åren. Ett av många exempel är mobbning. Mobbning ökar risken för psykiska problem men det finns inte belägg för att mobbning har blivit vanligare.

Ungdomarna själva för fram flera förklaringar till psykiska problem som gäller skolan. Ett exempel gäller krav på hemarbete (läxor). Det går inte att pröva denna förklaring eftersom det saknas nationellt representativa uppgifter om utvecklingen över tid.

Minskad acceptans för psykiska problem?

Individualiseringen medför att människor ifrågasätter det som tidigare uppfattades som givet. Strukturer som familj, skola, nation och religion uppfattas inte längre som naturligt givna. Individuella

problem som psykisk ohälsa och missförhållanden människor emellan, som våld och förtryck, accepteras inte utan blir föremål för åtgärder.

När ett fenomen, som tidigare uppfattades vara naturligt sätts ifråga kan upplevelsen av problem öka, trots att fenomenen inte ökat i förekomst. Två exempel på detta behandlas i kapitel 5. Förekomsten av mobbning i skolan har varit oförändrad under det senaste decenniet – men fler elever anger att mobbning är ett stort problem på skolan. Likaledes har andelen ungdomar som utsatts för fysiskt våld varit oförändrad under de två senaste decennierna – men rädslan för våld har ökat.

En utveckling mot en värld med mindre faktiska problem kan således medföra en upplevelse av ökade missförhållanden. Motsvarande kan också gälla inställningen till psykiska problem, dvs. att acceptansen av psykiska problem kan ha minskat.

Kritiker av den s.k. ”terapeutiska kulturen” för fram uppfattningen att det som tidigare sågs som en del av livet nu uppfattas som ”fel” som kräver åtgärder. (435) (436). De pekar på att gränsen mellan naturlig ledsenhet och depression har blivit allt oklarare (437). Oro och att vara illa till mods uppfattas inte längre som en del av livet utan ses istället som tillstånd som kräver terapeutiska insatser (438).

En del av de ungdomar som har intervjuats för fram en liknande uppfattning, se kapitel 4. De tror att stressen egentligen inte har ökat utan att det handlar om ändrade attityder. ”Förr handlade det om att utvärda och man fick fixa det själv. I dag så ser man att någon mår dåligt och då ska man göra något åt det på en gång”.

En modern människa tenderar att ta de egna känslorna på stort allvar (439). Det finns föreställningar om att det är viktigt att ge uttryck för dessa känslor (440). Genomgången av litteraturen kring coping i kapitel 7 tyder dock snarare på att detta kan förvärra individens situation. Om en person upplever en gnagande känsla av oro som tecken på ett ”fel” kan denna uppfattning förstärka känslan av oro vilket i sin tur förvärrar känslan, osv. Fenomen med självförstärkande onda cirklar diskuteras i kapitel 2. Det innebär att en minskad tolerans för problem kan bidra till utveckling av psykisk ohälsa.

De stora världsåskådningarna har utgått från att vår tendens till negativa känslor är en del av tillvarons villkor. Buddismen beskriver existensen som ett lidande som kan upphävas genom insikt om detta lidandes grund. Om människan inte accepterar att lidandet är

en del av livets villkor ökar det hennes lidande. Också i moderna världsåskådningar finns uppfattningar om att negativa känslor är en del av våra grundvillkor. Exempelvis framhåller existentialismen att vi är dömda till frihet (441). Vi lever i en absurd värld utan några inneboende normer och värderingar (442). I denna värld måste vi fatta beslut och vi är alltid ansvariga för dessa beslut. Konsekvenserna av våra val kan vi bara delvis överblicka. Detta ger oss ångest.

Mindre gynnade grupper

En del grupper har större risk för att drabbas av stressrelaterade symptom. En möjlighet som förts fram är att den ökade psykiska ohälsan som helhet skulle kunna förklaras av att andelen utsatta grupper ökat i samhället under de senaste 20 åren. En alternativ förklaring är att den relativa risken för psykiska problem i enskilda grupper skulle ha ökat.

ULF-studien redovisar utvecklingen under perioden 1980–2005 av olika grupper i det urval som representerar befolkningen som helhet (14). För vissa aspekter går det att särskilja ungdomsgruppen medan andra gäller hela den vuxna befolkningen.

Andelen arbetare har minskat från 46 till 38 procent (hela befolkningen). Andelen med utländsk bakgrund har ökat från 10 till 11 procent (hela befolkningen). Andelen med svåra besvär av långvarig sjukdom har ökat från 6 till 7 procent (16–24 år). Andelen med hög grad av nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom är oförändrad 2,4 procent (16–24 år). Uppgifter om utvecklingen av sexuell läggning saknas. Andelen med små materiella tillgångar har varit i stort oförändrad (16–24 år). Andelen som anger att de *inte* har någon nära vän har sjunkit från 14 procent till 6 procent (16–24 år).

Andelarna i befolkningen som hör till de olika riskgrupperna har således varit relativt oförändrade eller minskat under de senaste 25 åren. De små förändringar som finns kan inte förklara den tydliga ökningen av psykiska problem under de senaste decennierna.

En möjlighet är att den relativa risken för psykiska problem i en eller flera av dessa riskgrupper skulle ha ökat. Således är det möjligt att risken för att utveckla psykiska problem skulle vara större år 2005 i gruppen med utländsk bakgrund jämfört med år 1980. Den analys av ULF som redovisas i kapitel 3 ger dock ej stöd för denna hypotes.

Sammantaget är det därför osannolikt att förändringar i utsatta grupper kan förklara den ökade psykiska ohälsan i ungdomsgruppen.

Ett könsperspektiv

Det är avsevärt vanligare att flickor och kvinnor har stressrelaterade symptom, jämfört med män. Andelen flickor och kvinnor i befolkningen har varit oförändrad under de senaste 20 åren. Förändringar i befolkningens sammansättning kan därför inte förklara ökningen.

Genomgången i kapitel 3 visar att skillnaden mellan könen i stort varit oförändrad under de senaste 20 åren. Det innebär att de faktorer som bidragit till att psykiska problem har blivit vanligare har drabbat båda könen i samma omfattning. Den totala ökningen av psykiska problem kan således inte förklaras av könsspecifika faktorer.

11 Övervägande och förslag till åtgärder

Sammanfattning

Utgångspunkten för de förslag som lämnas är det folkhälsooperativ som presenteras i kapitel 1 och som har stöd av riktlinjer antagna av riksdagen. Det innebär att åtgärderna främst är inriktade på hälsans bestämningsfaktorer och inte på vård och behandling. Åtgärderna utgår från en helhetssyn på samhället. Syftet är att få befintliga välfärdssystem att fungera bättre.

De två främsta förslagen på metoder och tillvägagångssätt för förskola och skola

Utvecklingen mot ett alltmer differentierat och individualiserat samhälle är eftersträvat. Ett sådant samhälle kräver dock mer kompetenser, jämfört med ett enklare traditionellt samhälle. Utveckling av kompetenser är förskolans och skolans huvuduppgift. Den ökade psykiska ohälsan bland unga tyder på att förskolans och skolans insatser för att utveckla kompetenser inte fullt ut motsvarar de ökade krav som finns i dagens individualiserade och informationstäta samhälle.

Översikter av pedagogiska metoders effekt kan verkningsfullt bidra till att förbättra ungdomars psykiska hälsa.

En verksamhet inrättas med uppdrag att tillhandahålla systematiska sammanställningar av internationellt publicerade vetenskapligt utformade studier av pedagogiska insatser effekt. Utredaren har uppskattat kostnaden till 10 mkr per år, grundat på kostnaden för motsvarande verksamhet inom det sociala området (IMS).

Det finns tydliga samband mellan skolans förmåga att genomföra sitt huvuduppdrag och elevernas psykiska hälsa. Att förbättra skolans

kvalité är därför angeläget. En metod är att stödja kvalitetsarbetet med hjälp av lokala data som görs allmänt tillgängliga.

Skolverkets internetbaserade resultatsystem, SALSAS och SIRIS, utvecklas till att innefatta ytterligare information om eleverna före årskurs 9 i grundskolan. Informationen bör gälla både resultat från nationella standardiserade prov, elevernas psykiska hälsa (se kapitel 12) och elevernas upplevelse av arbetsmiljön i skolan. Utredaren har uppskattat kostnaden till 8 mnkr per år.

De två främsta förslagen på metoder och tillvägagångssätt för hälso- och sjukvård

Enligt riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvård ska personer med livshotande och allvarliga tillstånd i första hand få hjälp. Ansvar för allvarliga tillstånd åligger barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri. Enligt riksdagens beslut ska hälso- och sjukvården därnäst erbjuda förebyggande insatser med dokumenterad effekt. Det är dock utredarens bild att behandling av mindre allvarliga tillstånd, exempelvis behandling av oro, nedstämdhet och huvudvärk, dominerar på bekostnad av förebyggande insatser med dokumenterad effekt. Om utredarens bild är riktig innebär det att huvudmännen inte följer riksdagens riktlinjer för prioriteringar.

Socialstyrelsen får till uppdrag att kartlägga hur insatser som rör barn och ungdomars psykiska hälsa inom hälso- och sjukvård fördelas på de tre prioriteringsgrupper som riksdagen angivit i beslutet från år 1997. I uppdraget ingår även att kartlägga vilka verktyg huvudmännen använder för att styra fördelningen av resurser mellan de tre prioriteringsgrupperna. Kartläggningen beräknas kosta 2 mnkr.

I Storbritannien har en internetresurs utvecklats för att främja ungdomars psykiska hälsa, YouthInMind. Effekterna i relation till kostnaderna är påfallande stora. Ett samspel mellan internetbaserat stöd och personliga kontakter med vårdpersonal erbjuder sannolikt en kostnadseffektiv lösning.

En webbsajt motsvarande YouthInMind utvecklas i samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting och lämplig statlig myndighet. Webbsajten bör innehålla olika resurser som rör psykisk hälsa, fakta om psykisk hälsa, möjligheter till självbedömning, internetbaserad kognitiv psykoterapi, program med avslappningsträning samt hänvisning till olika resurser. Ungdomar bör medverka i utvecklingsarbetet. Utredaren

har uppskattat den årliga kostnaden till 5 mnkr under ett treårigt uppbyggnadsskede.

Förslag till förbättringar när det gäller att följa utvecklingen av ungdomars psykiska hälsa

Det saknas i dag ett nationellt täckande system för att mäta ungdomars psykiska hälsa där informationen har god tillförlighet och bortfallet är begränsat. Socialstyrelsen har under år 2005 lagt fram ett förslag som uppfyller högt ställda krav och som kan genomföras till låg kostnad. Förslaget behandlas i kapitel 12.

Socialstyrelsens förslag till nationella mätningar av psykisk hälsa bör realiseras, dels för att det ska vara möjligt att följa den framtida utvecklingen och dels för att ge stöd till lokala aktörer. Kostnaderna har av Socialstyrelsen beräknats till 3,8 mnkr årligen.

Förslag till kunskapsinsamling

Utveckling av kompetens är en av de viktigaste åtgärderna för att motverka de negativa effekterna på psykisk hälsa i ett alltmer individualiserat samhälle. Det moderna arbetslivet kräver både god psykisk hälsa och goda kompetenser. Utbildningssystemet är samhällets främsta resurs för att utveckla unga människors kompetenser. Om utbildning inom förskola, grundskola och gymnasieskola ska förbättras, så att ungdomars behov av kompetens tillgodoses, krävs kunskap om hur systemet kan optimeras.

Ett konsortium bestående av Epidemiologiskt centrum, SOFI och CHESS, förstärkt av pedagogiska forskare, får till uppdrag att arbeta med de forskningsfrågor kring ungdomars kompetenser som presenteras i detta kapitel. Utredaren har uppskattat den årliga kostnaden till 5 mnkr för doktorander och seniora forskare.

Ytterligare fyra förslag på metoder och tillvägagångssätt

En av de enskilda faktorer som betyder mest för den psykiska hälsan är den unges kontakter med föräldrarna under uppväxten.

Staten föreslås under tre år ge stöd till uppbyggnad av de fem centra som i dag bedriver utbildning för ledare till föräldrastödsgrupper. Utredaren har uppskattat kostnaden till 2 mnkr per år och centrum vilket motsvarar en total årlig kostnad om 10 mnkr.

Kommunerna ansvarar för en stor del av alla insatser som rör barn och unga. Hur dessa medel används har avgörande betydelse för ungdomars välfärd och psykiska hälsa.

Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), föreslås påbörja försök med att utveckla datorprogram där effekter av förändrade kommunala insatser för barn och unga simuleras. Utredaren har uppskattat kostnaden till 5 mnkr per år, grundat på kostnaden för motsvarande verksamhet som gäller landstingens verksamhet och som bedrivs vid SKL.

Brister i ungdomsskolans studie- och yrkesrådgivning samt i arbetsförmedlingarnas sätt att ge ungdomar stöd har påvisats. Om ungdomars uppfattning om kvalitén på den vägledning de får ta del av regelbundet registreras och blir offentlig ger det incitament till huvudmännen att förbättra verksamheterna.

Lämplig myndighet får till uppdrag att fortlöpande redovisa ungdomars uppfattning om värdet av den individuella vägledning om studier och yrkesliv de fått från studie- och yrkesvägledare inom skolväsendet, studievägledare inom högskolan och av arbetsförmedlare. Fler aktörer genomför regelbundet urvalsundersökningar riktade till ungdomar. Frågor om vägledning inför studier och yrkesliv kan inkluderas i dessa undersökningar.

Unga människor behöver kontakt med vuxna. Fritiden erbjuder stora möjligheter till detta. Därför är föreningslivet betydelsefullt. Stat, kommun och landsting ger också ekonomiskt stöd till föreningar som har verksamhet för ungdomar. Det är möjligt att stöd till föreningsverksamhet missgynnar socialt svaga grupper.

En lämplig aktör får till uppdrag att analysera den sociala profilen på fördelning av stöd från stat, kommun och landsting till föreningsliv för ungdom. I ett första steg kartläggs de aktiva ungdomarnas fördelning efter föräldrarnas utbildning och födelseland. I ett andra steg analyseras det offentliga stödet till dessa verksamheter. Utredaren har uppskattat kostnaden till 1,5 mnkr.

Inledning

Utgångspunkten för de förslag som lämnas är det folkhälsoperspektiv som presenteras i kapitel 1 och som har stöd av riktlinjer antagna av riksdagen (3), EU (4) och WHO (6). Det innebär att åtgärderna främst är inriktade på hälsans bestämningsfaktorer och

inte på vård och behandling. Ungdomar i Sverige har tillgång till mer lättillgänglig vård än ungdomar i många andra länder och har likväl påtagligt ofta psykiska problem. Om vården varit effektiv borde situationen i Sverige ha varit en annan.

Åtgärderna utgår från en helhetssyn på samhället. Det finns i dag begränsat utrymme för nettotillväxt av välfärdstjänster. Det är i stället nödvändigt att optimera utbytet av de insatser de unga redan tar del av. För att finna metoder för optimering har utredaren utgått från ett systemperspektiv på samhällets insatser (11).

Att leva under socialt missgynnade villkor är det enskilda förhållande som betyder mest för uppkomsten av ohälsa under uppväxtåren (18). Sambandet mellan sociala villkor och hälsa är kontinuerligt (26). Det innebär att sociala förhållanden har betydelse, inte endast för en mindre grupp som lever under särskilt missgynnade villkor, utan för en stor del av befolkningen. Åtgärder som effektivt förbättrar folkhälsan bland barn och ungdom visar sig ofta också minskar skillnader i hälsa olika grupper emellan (18).

Förslagen presenteras från ett livsloppsperspektiv. Det innebär att framställningen börjar med insatser för föräldrarna, även om sådan verksamhet i tiden ligger längst ifrån ungdomsperioden. Fokus ligger på att motverka de negativa effekterna av individualisering och på den minskade tillgången till förvärvsarbete.

Föräldrastöd

Kontakten med föräldrarna är viktig för den psykiska hälsan. Under senare år har det framkommit ny kunskap om metoder som främjar ett gott samspel mellan barn och föräldrar (237). Ett finskt försök illustrerar möjligheterna. Föräldrar i en försöksgrupp hade regelbundna kontakter med en psykiatriskt utbildad sjuksköterska under barnens första år. Femton år efter den sista kontakten hade barnen blivit 20 år gamla. I försöksgruppen var depression 40 procent mindre vanlig än i en jämförbar kontrollgrupp (443).

För närvarande sprids ett antal moderna metoder för att ge föräldrar stöd. Detta sker dock helt på initiativ från kommuner och landsting utan stöd från staten. Statens folkhälsoinstitut har lagt fram förslag på hur staten kan ge stöd till kommuner och landsting på detta område (237). Staten har givit medel till produktion av en dvd-version av ett föräldraprogram, avsett för spridning genom bl.a. studieförbunden. Det är angeläget att staten också ger stöd till

uppbyggnad av de centra som utbildar gruppleddare för föräldragrupper.

I dag finns ca fem centra som utbildar gruppleddare för föräldragrupper. Dessa centra är knutna till en kommun eller ett landsting. Dessa har inte uppdrag att bedriva verksamhet utanför det egna området. Det är inte realistiskt att varje kommun och landsting bygger upp egen gruppleddarutbildning. Det krävs därför incitament till att befintliga centra utvecklar sin verksamhet till att täcka hela närområdet. Utbildningen bör finansieras av de kommuner och landsting som väljer att sända anställda till utbildning. Detta förutsätter dock att kapaciteten byggts upp vid dessa fem centra för att kunna ta emot flera personer. Det är denna uppbyggnad som staten behöver finansiera.

Förslag

- Staten föreslås under tre år ge stöd till uppbyggnad av fem centra som i dag bedriver utbildning för ledare till föräldrastödsgrupper. Utredaren har uppskattat kostnaden till 2 mnkr per år och centrum vilket motsvarar en total årlig kostnad om 10 mnkr. Kommuner och landsting genomför sedan frivilligt gruppverksamheter inom ramen för ordinarie verksamhet. Insatserna beräknas på sikt medföra möjligheter till kommunala besparingar (237).

Förskola och skola

Utvecklingen mot ett alltmer differentierat och individualiserat samhälle är eftersträvat. Ett sådant samhälle kräver dock mer kompetenser, jämfört med ett enklare traditionellt samhälle. Utveckling av barns och ungas kompetenser är förskolans och skolans huvuduppgift. Den ökade psykiska ohälsan bland unga tyder på att förskolans och skolans insatser för att utveckla kompetenser inte fullt ut motsvarat de ökade krav som finns i dagens individualiserade och informationstäta samhälle.

Uppväxtfamiljens sociala förhållanden är en av de främsta förklaringarna till ohälsa (17). Sociala skillnader i kompetenser finns redan vid fyra års ålder (444). Under skolåren tenderar skolan att förstärka dessa skillnader. Det hänger delvis samman med att barn

som har lätt för att klara sig i skolan får bättre tilltro till den egna förmågan vilket i sin tur främjar fortsatt lärande osv. Det omvända gäller också. Skolan försöker motverka dessa tendenser genom att erbjuda en hög och jämn kvalitet för alla elever. Det är sannolikt den främsta förklaringen till de internationellt sett relativt små sociala skillnaderna i Sverige (18, 148). Självfallet bidrar också särskilda insatser för elever med svårigheter till detta. Sedan mitten av 1990-talet har dock skillnader olika skolor emellan ökat (150). Detta kan tolkas som tecken på att skolan fått ökade svårigheter att utjämna de sociala skillnader som finns.

I kapitel 5 och 7 diskuteras åtgärder som främjar olika kompetenser. Det finns starkt samband mellan olika förmågor. Det innebär att det avgörande sannolikt är att allmänt främja lärande processer, snarare än att lägga fokus på ett antal avgränsade metoder. De lärande processerna gäller inte endast den enskilda eleven utan även förskolan och skolan som lärare organisationer. I sådana processer är det meningsfullt att pröva de avgränsade metoder som beskrivs i kapitel 5 och 7.

Det är inte statens uppgift att ange vilka metoder som förskola och skola ska använda. Staten har dock ansvar för att kommunernas och landstingens insatser fungerar så optimalt som möjligt. Både lärare och elever strävar efter att processerna i skolan ska vara så meningsfulla som möjligt. De lyckas också ofta med detta, men i varierade omfattning. Systemteori ger idéer om hur goda processer kan stödjas (11). Att enbart tillföra mer resurser ger i allmänhet ganska ringa utbyte eftersom det inte påverkar systemets sätt att fungera. En princip som ger större effekt är att öka flödet av information. En enskild lärare tillämpar denna princip när hon tar redan på vilka framsteg som en enskild elev faktiskt gjort och ger feedback till eleven. Ofta räcker det med att eleven får veta vad hon faktiskt klarat av, ställt i relation till de mål hon ska uppnå.

Skolan består av betydligt mer än enskilda kontakter mellan lärare och elever. Exempelvis påverkar eleverna i hög grad varandra. Skolan som miljö är därför betydelsefull. Den samlade information som finns om denna miljö är dock mycket begränsad. Här kan staten bidra till att förbättra situationen.

Kontrasten mellan utbildningssektorn och hälso- och sjukvården är påtaglig. Inom sjukvården finns omfattande information om vård och vårdförlopp. Denna information har kunnat användas för att gradvis förbättra verksamheten. Under de senaste 100 åren har framstegen inom hälso- och sjukvården varit större än inom skolan.

En viktig förklaring kan vara att hälso- och sjukvården använder information om förlopp på ett mer utvecklat och systematiskt sätt än skolan.

De förslag som lämnas syftar till att få förskola och skola att fungera bättre i sina huvuduppdrag – dvs. att utveckla barns och ungas kompetenser. Två förslag lämnas som båda gäller information, 1) att tillhandahålla vetenskapligt baserad information om olika pedagogiska metoders effekt och 2) att underlätta skolans kvalitetsarbete genom att utveckla Skolverkets två resultatsystem, SALSA och SIRIS.

Sammanställningar av olika pedagogiska metoders effekt

Det finns föreställningar om att utbildning är en verksamhet som är så komplex att den inte är lämpad för analys med naturvetenskapliga metoder. Därför skulle det inte vara meningsfullt att sammanställa resultat från studier som utgår från denna tradition. Sådana föreställningar kan vara ett av skälen till att sammanställningar av analyser inte finns lätt tillgängliga i Sverige.

Utredarens uppfattning är dock att översikter av pedagogiska metoders effekt verkningsfullt kan bidra till att förbättra ungdomars psykiska hälsa. Motivet för denna ståndpunkt bygger på en jämförelse mellan utbildningssystemet och hälso- och sjukvården. Utmärkande för hälso- och sjukvården är att man där utskiljer avgränsade metoder och studerar deras effekt i vetenskapligt utformade studier. Detta gör det möjligt att gradvis utveckla kunskap om vilka metoder som gör nytta och vilka som har mindre värde.

Forskning kring olika pedagogiska metoders effekt finns internationellt men denna tradition har varit svagt utvecklad i Sverige under de senaste decennierna. I instruktionerna till de två skolmyndigheterna, Skolverket och Myndigheten för skolutveckling nämns inte systematiska sammanställningar av internationell forskning inom det pedagogiska området. Myndigheten för skolutveckling har publicerat flera sammanställningar, delvis av internationell litteratur. Eftersom sammanställningarna inte varit systematiska framgår dock inte kriterierna för val av studier. Studiernas bevisvärde redovisas inte heller på ett enhetligt sätt. Detta gör det svårt för läsaren att bedöma slutsatsernas kvalitet.

Denna brist har betydande praktiska konsekvenser. Prevention av mobbning får tjäna som exempel. Mobbning har fått betydande

uppmärksamhet i Sverige. Att uppmärksamma en fråga är dock inte tillräckligt för att påverka den. Därtill krävs effektiva metoder. Den första kontrollerade studien som visade effekt av ett mobbningspreventivt program presenterades år 1991 (445). Trots detta har skolor främst använt ett antal andra metoder som inte är utvärderade och som troligen saknar effekt. Förekomsten av mobbning har också varit oförändrad under det senaste decenniet. Hade kännedomen om olika metoders effekt varit spridd skulle sannolikt fler ungdomar kunnat slippa att bli mobbade.

Inom hälso- och sjukvården har omfattande system utvecklats för att opartiskt ställa samma resultat från studier inom ett område. Internationellt har det s.k. Cochranesamarbetet varit viktigt. I de flesta höginkomstländer finns nationella institut som har till uppgift att sammanställa resultat från studier av olika metoders effekt. I Sverige ligger ansvaret främst på Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU.

SBU är en fristående myndighet, inrättad 1992, vars uppgift är att kritiskt granska de metoder som används i vården för att upptäcka och behandla sjukdom ur ett ”samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv”. SBU:s rapporter ska visa på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag – evidens – om nytta, risker och kostnader, som är förknippade med olika åtgärder. Man samlar och sammanställer resultat från den bästa forskningen världen över. Motsvarigheten inom det sociala området är Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS.

Det är motiverat att erbjuda motsvarande sammanställningar inom det pedagogiska området. Ett sådant förslag har tidigare framförts i utredningen om skolans ledningsstruktur (159). I en rapport från Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering framhålls också värdet av att använda resultat från kontrollerade experiment i den pedagogiska praktiken (150). Ansatser i denna riktning finns bl.a. i Kanada (446).

Dimensionering av IMS ger en bild av en rimlig omfattning av en sådan verksamhet. Grunden för IMS är ett direkt anslag från regeringen om 7 mnkr per år under perioden 2004–2006. Till detta tillkommer år 2006 9 mnkr för särskilda regeringsuppdrag och ytterligare 12 mnkr i form av bidrag från Socialstyrelsen.

Utveckling av skolans kvalitetsarbete

Det finns tydliga samband mellan skolans förmåga att genomföra sitt huvuduppdrag och elevernas psykiska hälsa (152). Att förbättra skolans kvalitet är därför angeläget. Utveckling av skolans kvalitet har varit aktuell, särskilt under de senaste tio åren. Regeringen gav exempelvis i februari 2006 Skolverket till uppdrag att utarbeta nya allmänna råd om kvalitetsredovisning i skola och förskola.

Systematiskt kvalitetsförbättrande arbete har dock införts relativt sent i förskolor och skolor i Sverige (447). I 1997 års utvecklingsplan för förskola, skola och vuxenutbildning fastslås att "Skolans kvalitet måste sättas i fokus på alla nivåer" (448). Några viktiga former för kvalitetsförbättring är de kvalitetsrapporter varje skola ska lämna, Skolverkets utbildningsinspektioner, lokal självvärdering och kollegial granskning när en skola granskar en annan. Redan på 1980-talet påbörjades arbete med att utveckla kvalitetsindikatorer. I dag (2006) saknas dock fortfarande en allmänt använd uppsättning av indikatorer.

Kvalitetsutveckling innebär att samla information om en process, värdera denna information, utforma åtgärder, värdera effekterna, utforma nya åtgärder, värdera effekterna osv. (449, 450). Inom skolan har ett flertal former för återföring och analys av information tagits fram. En är det system för kvalitetsförbättring, BRUK, som Skolverket utvecklat och som Myndigheten för skolutveckling nu ansvarar för. Två liknande metoder är Forskningscirklar i skolan, som utvecklats vid Myndigheten för skolutveckling (451) och Problembaserad skolutveckling som tagits fram vid Karlstad universitet (452). Arbetslivsinstitutet har utvecklat en metod för att fortlöpande förbättra arbetsmiljön, sett från elevernas perspektiv. I flera kommuner används generella system för kvalitetsförbättring där skolan också inkluderas. Ett exempel är de balanserade styrkort som används bl.a. i Göteborgs stad (453). I en modell där hälsoaspekter inkluderats har prövats i Linköping. Där var navet en arbetsgrupp med rektor som ordförande, skolsköterskan sammankallade, två elever samt två lärare. Positiva effekter redovisades i detta försök (454).

Staten kan främja lokalt kvalitetsarbete på flera olika sätt. En metod är att stödja försöksverksamhet med goda modeller för kvalitetsarbete. Begränsningen med detta sätt är att det kan ta lång tid innan modeller får allmän spridning. En annan metod är att före-

skriva certifiering av kvalitetsarbetet exempelvis enligt ISO 9 000 (455).

En tredje metod är att understödja kvalitetsarbetet med hjälp av lokala data som görs allmänt tillgängliga, utan att ge särskilda föreskrifter om hur data ska användas. Resultatuppföljning är generellt en central metod för staten att leda verksamhet som styrs av ramlagar (456).

Skolverket presenterar i dag på internet data från två databaser, SALSAS och SIRIS. SALSAS innehåller för grundskolan uppgifter om slutbetyg för olika ämnen i årskurs 9 för kön och utländsk bakgrund. För gymnasiet finns uppgifter om slutbetyg och nationella prov i engelska och matematik. SIRIS innehåller liknande uppgifter för grundskolan som SALSAS men därutöver resultat från nationella prov i årskurs 9. Betyg i årskurs 9 föreligger i SIRIS även korrigerade bl.a. för föräldrarnas sammanvägda utbildningsnivå samt andel elever födda i Sverige med båda föräldrar födda utomlands.

Det finns flera möjligheter att utveckla SALSAS och SIRIS. Det är möjligt att direkt inkludera redan insamlade uppgifter om elevprestationer från nationella prov i årskurs 5. Uppgifterna från de nationella proven i årskurs 5 och 9 bör presenteras både utan och med korrektion för föräldrarnas utbildningsnivå. Resultat från de nationella proven har särskilt intresse eftersom de genomförs med standardiserad metodik. Med uppgifter från både årskurs 5 och 9 är det också möjligt att redovisa uppgifter för årskurs 9, korrigerade för individuella resultat i årskurs 5. På detta sätt blir skolans tillskott tydligt.

För att få en bra bild över grundskolans arbete behövs uppgifter från ytterligare nationella prov, förslagsvis från årskurs 3 och årskurs 7. Sådana prov behövs för att värderas skolans kvalitet. De enskilda elevernas betyg är en helt annan fråga.

Skollagen föreskriver att utbildningen både skall ge eleverna kunskaper och färdigheter och främja deras harmoniska utveckling till ansvars-kännande människor och samhällsmedlemmar. Det är önskvärt att kvalitetsarbete även innefattar den senare gruppen av mål. Uppgifter om elevernas psykiska hälsa är ett exempel på sådan information, se kapitel 12.

Det är angeläget att elevernas upplevelse av skolan som arbetsmiljö inkluderas i databasen. I intervjuerna av ungdomar framkommer exempelvis att många ungdomar upplever bristande arbetsro i klassrummen, att lektionerna kommer igång alltför sent, problem med planering av schema och skrivningar osv. Vissa frågor

som rör elevernas upplevelse av skolmiljön finns i Skolverkets attitydundersökningar. Denna studie omfattar dock endast ett nationellt representativt urval av elever och kan därför inte användas på den lokala nivån.

Uppgifterna i SALSA och SIRIS används i första hand för diskussion på den enskilda skolan om den lokala utvecklingen. Uppgifterna kan också stimulera till en diskussion om skolans kvalitet i kommunen bland föräldrar, elever, förtroendevalda och övrig allmänhet. En bred diskussion kräver att uppgifterna presenteras på ett lättillgängligt och överskådligt sätt. Grafik, särskilt om den är rörlig, är lämplig för detta ändamål. Det är exempelvis värdefullt att enkelt få fram diagram som återger utvecklingen över tid i kommunen för ett standardiserat test, korrigerat för föräldrarnas utbildningsnivå. Det bör också vara lätt att jämföra trenden i en given kommun med motsvarande trend i andra socialt jämförbara kommuner.

Förslag

- En verksamhet inrättas med uppdrag att tillhandahålla systematiska sammanställningar av internationellt publicerade vetenskapligt utformade studier av pedagogiska insatser effekt. Principerna för att bedöma och bearbeta studierna följer liknande principer som används vid SBU och IMS. Spridning av resultaten till berörda professioner, beslutsfattare och allmänhet blir en viktig del av uppdraget. Utredaren har uppskattat kostnaden till 10 mnkr per år, grundat på kostnaden för motsvarande verksamhet inom det sociala området (IMS). Insatserna medför ökat utbyte av kommunal verksamhet men inga kommunala merkostnader.
- Skolverkets internetbaserade resultatsystem, SALSA och SIRIS, utvecklas till att innefatta ytterligare information om eleverna före årskurs 9 i grundskolan. Informationen bör gälla både resultat från nationella standardiserade prov, elevernas psykiska hälsa (se kapitel 12) och elevernas upplevelse av arbetsmiljön i skolan. Samarbete bör ske med Epidemiologiskt centrum och Arbetslivsinstitutet. Utredaren har uppskattat kostnaden till 8 mnkr per år. För kommunerna bör detta inte medföra merarbete eftersom insamling av data av denna typ

ingår i det kvalitetsarbete som redan åligger kommunerna att genomföra.

Förvärvsarbete

Utredaren uppfattar att den grundläggande orsaken till den minskade tillgången till förvärvsarbete i ungdomsgruppen är att den totala tillgången till lönearbete har minskat och att minskningen i första hand påverkat ungdomsgruppen. Problemet drabbar särskilt socialt mindre gynnande grupper, dvs. främst ungdomar som har föräldrar med kort utbildning och ungdomar med utländsk bakgrund.

Den omställning av ekonomin som skedde i Sverige i början av 1990-talet var parallell till utvecklingen i länder som Frankrike, Holland och Tyskland under decenniet efter oljekrisen i mitten av 1970-talet. Då minskade tillgången till förvärvsarbete i dessa länder. För att undvika alltför hög arbetslöshet erbjöds de äldre tidigare pension.

När Sverige ställs inför liknande problem i början av 1990-talet diskuteras inte tidigare pensioner som alternativ, sannolikt därför att en sådan lösning är mycket kostsam. I stället har ungdomars inträde på arbetsmarknaden förskjutits uppåt i ålder genom att tiden för utbildning har förlängts. Det är meningsfullt eftersom de nya arbetsuppgifter som växer fram har större kunskapsinnehåll än tidigare. Ett av de tre nyckelbegreppen i EU:s Lissabon-strategin för en uthålligt hög sysselsättning är en lärande ekonomi (457).

Satsningen på längre utbildning ställer dock stora krav på utbildningssystemet. Uppenbart har det krävts fler utbildningsplatser vilket med bibehållen kvalitet genererar kostnader. Ett större problem, från ett folkhälsoperspektiv, är att skolutbildning tenderar att förstärka sociala skillnader, se föregående avsnitt. Den stora grupp som nu går i gymnasiet utan att få slutbetyg (28 procent) (151) känner sig sannolikt mer misslyckade än motsvarande grupp ungdomar gjorde några decennier tidigare då de förvärvsarbetade i stället för att gå i skola. Risken är betydande för att denna grupp inte fullt ut kommer in i arbetslivet. Om så är fallet får det avsevärda samhällsekonomiska konsekvenser. Enligt statssekreterare Jens Henrikssons beräkningar medför en procentenhet fler i arbete cirka 17 mdkr i behållning för samhället (458). Utformning av utbildningen har därför stor betydelse för samhället som helhet.

Om satsning på längre utbildning ska få effekt krävs ett nettotillskott av arbetstillfällena och att den utbildning som erbjuds motsvarar arbetsmarknadens behov. Frågan om nettotillskott av förvärvsarbeten ligger utom ramen för denna utredning. Två mer underordnade frågor går dock att behandla, 1) åtgärder som syftar till att ändra fördelningen av arbetstillfällena, olika åldersgrupper emellan samt 2) åtgärder som syftar till att förbättra informationen till ungdomar om arbetsmarknadens behov.

Åtgärder som syftar till att ändra fördelningen av arbetstillfällena, olika åldersgrupper emellan

Det är anmärkningsvärt att förlusten av förvärvsarbeten i samband med 1990-talskrisen nästan helt drabbat ungdomar 24 år eller yngre. Den internationella genomgången visar att denna utveckling är relativt unik för Sverige. Utvecklingen kan hänga samman med konstruktionen av den svenska arbetsmarknaden.

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering har publicerat ett arbete där effekter av olika strategier för att motverka ungdomsarbetslöshet har analyserats (459). Bland ekonomer har forskningen huvudsakligen berört skillnader mellan länderna vad gäller ungdomars relativa löner och regler för anställningstrygghet. Det förefaller råda en samstämmighet bland forskarna om att dessa faktorer påverkar ungdomsarbetslösheten, men endast i ringa omfattning.

Den sociologiska forskningen av samma fråga tyder på att det finnas fördelar med utbildningssystem som har en stark yrkesinriktning och där arbetsgivare och fackföreningar har inflytande över yrkesutbildningarnas utformning. Den minst fördelaktiga situationen finns i länder som saknar formaliserade länkar mellan utbildning och arbetsmarknaden i form av lärlingssystem och som dessutom har höga relativa ungdomslöner och hårt reglerade arbetsmarknader. De svenska ungdomarnas problem på arbetsmarknaden kan vara resultat av en kombination av hård reglering och brist på direkta kopplingar mellan utbildning och arbetsmarknad.

Det är således motiverat att söka förbättra kopplingen mellan utbildning och förvärvsverksamhet. LO framhåller att gymnasieskolans yrkesprogram är dåligt anpassade till efterfrågan på arbetsmarknaden. Andelen som läser medie- och estetikprogrammen,

naturbruk eller frisörutbildning ökar, trots att möjligheterna att försörja sig på dessa yrken är små. Samtidigt minskar andelen som väljer barn och fritid eller industri- och omvårdnadsprogrammen, utbildningar som är mer efterfrågade på arbetsmarknaden. Inom en snar framtid blir det brist på bland annat omvårdnads-, bygg- och verkstadsutbildade (460) (461).

Initiativ pågår med att utveckla gymnasieutbildningar som är relevanta för arbetsmarknaden, exempelvis genom Koordinatörn för unga till arbete (462) och i form av utökade lärlingsutbildningar. Skolverket har fått till uppdrag att tydliggöra gymnasieskolans valbara kursers betydelse för arbete efter gymnasiet. En kommitté har inrättats som skall initiera och stimulera en ökad samverkan mellan näringsliv och skola för att bättre tillvarata arbetslivet som lärmiljö och resurs för lärande (463).

Initiativ har också tagits som gäller tiden efter avslutad utbildning. Koordinatörn för unga till arbete anser det nödvändigt att det efter skolan/den högre utbildningen skapas introduktionsprogram på arbetsplatser (462). Förslaget har likheter med de trainee-, aspirant- och praktikant- program som finns på större företag, främst för ungdomar med högskoleutbildning. Koordinatörn anser att det bör komma till stånd avtal mellan fackliga organisationer och arbetsgivarorganisationer, om hur dessa introduktioner ska genomföras. Det finns även andra åtgärder som syftar till att öka ungdomars sysselsättning efter avslutad utbildning. Tre exempel är regeringens satsning på ungdomsplusjobb, navigatorverksamheter och bidrag till resor vid anställningsintervjuer.

Den analys som Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering har presenterat tyder dock på att kopplingarna mellan utbildning och arbetsmarknad ytterligare behöver förstärkas.

Informationen till ungdomar om arbetsmarknadens behov

I EU:s Lissabon-strategin ingår att öka ungdomars utbildningstid. I dag går praktiskt taget alla ungdomar i gymnasiet och regeringens mål är att 50 procent ska studera inom högskolan. Om denna strategi ska lyckas krävs dock att antalet arbetstillfällen ökar och att de nytillkomna arbetstillfällena kräver mer kvalifikationer än tidigare. Om detta inte sker leder det endast till ökad konkurrens om de givna arbetstillfällena och att fler ungdomar kommer att vara över-

kvalificerade för det arbeten de kan få. Ökad utbildning blir då en dålig investering både för individen och för samhället som helhet.

Utbudet av utbildning styrs delvis av ungdomarnas efterfrågan. Om denna efterfrågan är dåligt anpassat till arbetsmarknadens behov finns risk för att utbudet inte är optimalt. Det är därför angeläget att ge ungdomar god information om möjligheter att få arbete inom olika yrken. Behovet av information gäller både inför gymnasiet och inför högskolan. För detta krävs personlig vägledning. Brister i ungdomsskolans studie- och yrkesrådgivning (464, 465) samt i arbetsförmedlingarnas sätt att ge ungdomar stöd har dock påvisats (191). Skolverket finner att kommunernas styrning är svag och att de flesta kommuner inte har definierat mål för verksamheten (465). Flera av de ungdomar som har intervjuats framhåller också av att skolans information om utbildningsalternativ och arbetsmarknad är otillräcklig, se kapitel 4.

Utredningen ”Unga utanför” framhåller att vägledning kan vara avgörande för de elever som inte har egna kontakter eller i sin omgivning saknar vuxna med en etablerad kontakt med arbetsmarknaden (191). I denna utredning framhålls också att ”det är mycket viktigt att unga som söker arbete på arbetsförmedlingen får det individuella stöd och det personliga bemötande som de behöver” (191).

Den webbplats som Skolverket nyligen utvecklat om olika utbildningar ger ungdomarna bättre information än tidigare (466). Myndigheten för skolutveckling har också våren 2006 fått i uppdrag att öka kvalitén i skolans studie- och yrkesvägledning (10). Det är angeläget att ytterligare stimulera utvecklingen inom området. Om ungdomars uppfattning, om kvalitén på den vägledning de får ta del av, regelbundet registreras och blir offentlig ger det incitament till huvudmännen att förbättra verksamheterna. Det är önskvärt att denna information blir tillgänglig på lokal nivå. I första steg kan informationen dock presenteras på nationell nivå.

Förslag

- Lämplig myndighet får till uppdrag att fortlöpande redovisa ungdomars uppfattning om värdet av den individuella vägledning om studier och yrkesliv de fått från studie- och yrkesvägledare inom skolväsendet, studievägledare inom högskolan och av arbetsförmedlare. Fler aktörer genomför regelbundet under-

sökningar riktade till ungdomar. Frågor om vägledning inför studier och yrkesliv kan inkluderas i dessa undersökningar. Det innebär att ingen merkostnad uppstår för staten och inte heller för kommuner och landsting.

Insatser från vårdpersonal

Ungdomars psykiska hälsa kan främjas genom kontakter med personer som är särskilt anställda för att ge stöd, skolsköterskor, psykologer, socionomer, psykiater osv.

Resurser

Beräkningarna i kapitel 8 tyder på att ungdomar i åldern 13–18 år har tillgång till ca 4 årsarbetare per 1 000 ungdomar för öppenvårdsinsatser för psykiska problem. Motsvarande siffra för åldern 19–24 år är 1 årsarbetare per 1 000 ungdomar. Betydande lokala variationer förekommer sannolikt. De i volym räknat viktigaste aktörerna är i åldern 13–18 år öppen barn- och ungdomspsykiatri samt i åldern 19–24 år psykiatrisk öppen vård. De i volym räknat viktigaste återstående aktörerna är i fallande ordning i åldern 13–18 år skolsköterskor, skolpsykologer samt allmänläkare samt i åldern 19–24 år allmänläkare, studenthälsovården och ungdomsmottagningarna.

Ungdomsmottagningarna är en särskild resurs som har utvecklats för ungdomsgruppen. En fördel med dessa mottagningar är att de står helt fria från skolan. En begränsning med ungdomsmottagningarna är att de i åldern 13–18 år endast svarar mot 3 procent av det samlade utbudet av insatser för psykiska problem och i åldern 19–24 år endast för 8 procent, se tabell 8.1.

Insatser

Tre former av insatser är aktuella, 1) vård av livshotande och allvariga tillstånd, 2) *förebyggande* insatser med dokumenterad effekt samt 3) *behandling* av mindre allvarliga tillstånd. Enligt riksdagens beslut om prioriteringar ska i första hand vård av livshotande och allvariga tillstånd erbjudas (410). Det bör främst åligga barn- och

ungdomspsykiatrin samt vuxenpsykiatrin. Utformning av dessa insatser ligger utanför ramen för denna utredning.

Återstående aktörer kan både erbjuda *förebyggande* insatser med dokumenterad effekt och behandling av mindre allvariga tillstånd. I kapitel 7 beskrivs ett flertal praktiskt användbara förebyggande metoder som påvisats kunna reducera förekomsten av psykiska problem. Det är utredarens bild att vårdpersonalens insatser domineras av *behandling* av mindre allvarliga tillstånd, exempelvis behandling av oro, nedstämdhet, sömnsvårigheter, huvudvärk. En systematisk analys av frågan har dock inte lagts fram. Om utredarens bild är riktig innebär det att huvudmännen *inte* följer riksdagens riktlinjer för prioriteringar (410). Där anges tydligt att förebyggande insatser med dokumenterad effekt ska prioriteras framför vårdande insatser för mindre allvarliga tillstånd.

Stöd till huvudmännen att implementera riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom området psykisk ohälsa bland ungdom

Staten kan ge stöd till huvudmännen genom att sprida kunskap om effektiva förebyggande metoder. För detta ändamål förfogar staten över tre myndigheter. Statens folkhälsoinstitut har till uppgift att ställa samman och till kommuner och landsting sprida forskningsresultat om metoder och strategier inom folkhälsoområdet (467). Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder och sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig den kunskap som vunnits (468). Socialstyrelsen ska bl.a. utvärdera hälso- och sjukvården och svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling i vård och omsorg (469).

Det finns således myndigheter som redan har uppdrag på området. Det är inte givet vilka ytterligare åtgärder som krävs för att huvudmännen ska följa riksdagens beslut och erbjuda effektiva förebyggande insatser i stället för behandlande insatser för mindre allvarliga problem. Att tydliggöra en situation är ofta verkningsfullt. Därför föreslås en kartläggning. Analysen kan genomföras på flera olika sätt. En möjlighet är att under en period analysera ett givet antal besök av ungdomar hos de vårdgivare som är upptagna i tabell 8.1. För varje besök registreras typ av problem, problemets tyngd samt de åtgärder vårdgivaren vidtagit. På detta sätt bör det vara möjligt att särskilja besök enligt Prioriteringsgrupp I (svåra

problem), Prioriteringsgrupp II (förebyggande insatser med dokumenterad nytta), Prioriteringsgrupp III (behandling av mindre svåra problem) samt övriga insatser (exempelvis förebyggande insatser utan dokumenterad effekt).

Förslag

- Socialstyrelsen får till uppdrag att kartlägga hur insatser som rör barn och ungdomars psykiska hälsa inom hälso- och sjukvård fördelas på de tre prioriteringsgrupper som Riksdagen angivit i beslutet från år 1997. I uppdraget ingår även att kartlägga vilka verktyg huvudmännen använder för att styra fördelningen av resurser mellan de tre prioriteringsgrupperna. Denna kartläggning beräknas kosta 2 mnkr. Kartläggningen kräver att kommuner och landsting lämnar erforderliga uppgifter.

Samhällets stöd till de drabbade

Enligt riksdagens beslut år 1997 om prioriteringar inom hälso- och sjukvård ska i första hand personer med svåra tillstånd få vård (Prioriteringsgrupp I) (410). Vård erbjuds från bl.a. barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och socialtjänsten. Utredaren har uppfattat att det ligger utanför ramen för uppdraget att beskriva hur denna vård ska bedrivas.

Vård av mindre svåra tillstånd hör till Prioriteringsgrupp III. Utredarens uppfattning är att det centrala problemet på området är att resurser används för Prioriteringsgrupp III på bekostnad av förebyggande insatser med dokumenterad nytta, Prioriteringsgrupp II. Detta strider mot riksdagens riktlinjer. Frågan har behandlats ovan under rubriken insatser från vårdpersonal.

Samverkan

Vid individuell behandling av medicinska, psykologiska och sociala problem krävs inte sällan insatser från ett flertal olika yrkesgrupper. Utbudet av tjänster har utvecklats inom olika samhällssektorer relativt oberoende av varandra. Exempelvis kan hälso- och sjukvården göra insatser för en individ och hennes familj relativt oberoende av arbetsförmedling, försäkringskassa, skola, socialtjänst osv.

Även inom en avgränsad samhällssektor som hälso- och sjukvården kan insatser från primärvård, barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri genomföras utan att de olika aktörerna tar tydlig hänsyn till varandra. Detta medför betydande förluster i effektivitet och frustration för de individer som tar del av tjänsterna.

Förskjutning av fokus från resurser till resultat

En stor del av diskussionen om offentliga insatser gäller hur stora resurser olika aktörer ska tilldelas. Organisationer har ofta en inneboende strävan efter att expandera den egna verksamheten. Expansionen sker inte sällan inom fält där det inte är givet vilken unik kompetens som krävs. Det medför att olika organisationer konkurrerar med varandra om att få arbeta med samma fråga. Därför utvecklas verksamhet som överlappar varandra. Detta leder i sin tur till behov av samordning.

Huvudmännen har sökt möta behovet av samordning genom överenskommelser på olika nivåer. Gemensam utbildning av personal från olika verksamheter har varit en annan vanlig åtgärd. Utredarens uppfattning är dock att det endast skett begränsade framsteg under de senaste decennierna inom det område som utredningen behandlar.

En annan väg till för möta problemet med samverkan är att förskjuta fokus från tilldelning av resurser till att mäta de resultat som olika verksamheter åstadkommer. Resultatuppföljning är en central metod för styrning i utvecklade ekonomier (456). Ett exempel är det system med resultatindikatorer för hälso- och sjukvården som Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen presenterat i juni 2006 (470). Systemet innehåller mer än 50 olika mått där landstingen jämförs med varandra när det gäller medicinska resultat, tillgänglighet, patienterfarenheter och kostnader för vården.

Inom det område som denna utredning behandlar finns goda förutsättningar för att utveckla resultatindikatorer. Ett av många exempel är kognitiv psykoterapi och liknande metoder som är effektiva vid behandling av depressioner (347) och ångestillstånd (354). Utbudet motsvarar inte behovet. Det är möjligt för huvudmännen att begära in uppgifter från olika vårdgivare om hur många ungdomar som under ett år fått tillgång till dessa behandlingar,

med vissa kriterier för kvalitet uppfyllda. Liknande gäller de förebyggande insatser som diskuteras i kapitel 7.

Om fokus ligger på resultat är det intressant att jämföra kostnaderna för samma insats från olika vårdgivare. Kan samverkan reducera kostnaderna ligger det i olika aktörers intresse men fokus ligger inte vid samverkan i sig.

Det är således angeläget att utveckla resultatindikatorer inom det område som rör ungdomars psykiska hälsa. Ett första steg är dock att kartlägga omfattningen av olika förebyggande verksamheter enligt det förslag som har lämnats ovan.

Det är vanligt att diskutera lösningar på problem med samordning i helt andra termer, även inom det förebyggande området. Familjecentraler kan exempelvis framhållas som svar på behov av samordning. Formen är utmärkt sett från enskilda familjens perspektiv eftersom olika tjänster är samlade i samma lokal. När olika yrkesgrupper arbetar nära varandra finns också större möjligheter för samråd. Om professionerna och huvudmannen inte definierat vilka dokumenterat effektiva insatser som ska genomföras är det dock oklart om samlokaliseringen ökar effektiviteten.

Datorsimulering av kommunernas insatser för barn och unga

Kommunerna ansvarar för en stor del av alla insatser som rör barn och unga. Det samlade värdet i Stockholms län var år 1995 1,2 mnkr i åldern 0–17 år (231). Hur dessa medel används har avgörande betydelse för ungdomars välfärd och psykiska hälsa. Är det lämpligt att utöka elevvården eller är det bättre att öka lärartätheten i årskurs 1–3 i grundskolan? När pengar ska sparas, kan det ske genom att minska antalet fritidsgårdar eller är det bättre att minska antalet kostnadskrävande gymnasieplatser på yrkesprogram?

Besluten måste fattas grundade på värderingar och bästa möjliga kunskapsunderlag. Uppgifterna i denna utredning är avsedda att ge stöd till sådana beslut. Effekterna av ett givet beslut kan dock vara svåra att förutse. Att ge mindre resurser till elever med läs- och skrivsvårigheter i grundskolan kan reducera kommunens kostnader på kort sikt men kan kanske efter ett antal år generera ökade kostnader under gymnasieåren.

Det är vanligt att företrädare för olika verksamheter argumenterar utifrån sådana tänkta långsiktiga effekter (7). Det är dock ofta svårt att bedöma substansen i olika påståenden. Kunskapen om

olika insatsers effekter har dock utvecklats avsevärt under det senaste decenniet. Detta gör det möjligt att börja datorsimulera effekter av olika förändringar av de kommunala insatserna.

Ett program som simulerar framtida effekter har många fördelar. Programmet kan appliceras på den egna kommunen med dess speciella förutsättningar. Det gör prognoser realistiska. En viktig tillgång är att olika antaganden går att variera. Det innebär att en kommunal beslutsfattare kan få en känsla av hur robusta olika prognoser är. Denna känsla kan inte på samma sätt förmedlas av en traditionell utredning som beskriver effekter utifrån vissa givna antaganden.

En annan fördel med datorsimulering är att interaktion går att fånga på ett sätt som är svårt att göra i en traditionell utredning. Att föra in fritidsverksamhet i skolans lokaler som eleverna använder sig av, även efter skolan, förefaller kunna främja ungdomars psykiska hälsa (471). Om ungdomarna i allmänhet mår bättre kan de troligen ge bättre stöd till kamrater som har stora problem i hemmet. Detta kan i sin tur reducera Socialtjänstens behov av fosterhemsplaceringar. Å andra sidan medför fritidsverksamheten i skolan att en fritidsgård läggs ned vilket gör att ungdomar med problem ansamlas i de gårdar som är kvar osv. Med datorsimulering är det möjligt att klargöra de samlade effekterna.

Kunskaperna om effekter av vissa insatser är ännu fragmentariska. De är dock tillräckliga för att utveckla metodiken. Redan i dag bedrivs försöksverksamhet med datorsimuleringar vid Sveriges Kommuner och Landsting (472). Dessa försök gäller dock endast landstingens verksamhet.

Ovan föreslås att ytterligare data om ungdomar samlas in i Skolverkets databaser SIRIS och SALSAS. Rådet för främjande av kommunala analyser har under år 2006 börjat presentera kommunala nyckeltal på webbplatsen www.kommundatabas.se (473). Information från dessa båda källor går att använda i det tänkta programmet för simulering av kommunala insatser för barn och unga.

I direktiven till denna utredning framhålls betydelsen av helhetsyn och samordning. Ett program som simulerar effekterna av insatser är ett viktigt led mot detta mål.

Förslag

- Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), föreslås påbörja försök med att utveckla datorprogram där effekter av förändrade kommunala insatser för barn och unga simuleras. Utredaren har uppskattat kostnaden till 5 mnkr per år, grundat på kostnaden för motsvarande verksamhet som gäller landstingens verksamhet och som bedrivs vid SKL. Insatserna medför ökat utbyte av kommunal verksamhet men inga kommunala merkostnader.

YouthInMind

I Storbritannien har en Internetresurs, "YouthInMind", utvecklats för att främja ungdomars psykiska hälsa (474). Där får ungdomar hjälp att själva bedöma den egna psykiska hälsan. De använder då det väl utprövade instrumentet Styrkor och Svagheter som föreslås för nationella mätningar i Sverige, se kapitel 12. Grundat på resultatet får ungdomarna hänvisningar till olika resurser i form av webbsajter, böcker, hjälplinjer på telefon och lokala tjänster. Jämförbara versioner finns för föräldrar och lärare. På en sådan sajt kan både kognitiv beteendeterapi och träning i avslappning erbjudas.

Ungdomar kan dra större nytta av denna resurs om de får personlig vägledning. Ett samspel mellan internetbaserat stöd och personliga kontakter med vårdpersonal erbjuder sannolikt en kostnadseffektiv lösning.

Förslag

- *En webbsajt motsvarande YouthInMind utvecklas* i samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting och lämplig statlig myndighet. Webbsajten bör innehålla olika resurser som rör psykisk hälsa, fakta om psykisk hälsa, möjligheter till självbedömning, internetbaserad kognitiv psykoterapi, program med avslappningsträning samt hänvisning till olika resurser. Ungdomar bör medverka i utvecklingsarbetet. Sajten utformas så att den blir tillgängligt för alla grupper av unga, inkluderande unga med funktionshinder. Utredaren har uppskattat den årliga kostnaden till 5 mnkr under ett treårigt uppbyggnadsskede.

Insatsen medför inga merkostnader för kommuner och landsting.

Vuxenkontakter

För att en ung människa ska bli klar över vilket liv som hon eller han realistiskt kan leva krävs tillfällen till samtal och reflektion, både med jämnåriga och med vuxna. Kontakterna med vuxna är särskilt viktiga eftersom vuxna har hunnit få erfarenheter som jämnåriga saknar. Föräldrarna är självfallet betydelsefulla men en ung människa behöver också kontakter utanför den egna familjen.

I dagens samhälle lever ungdomar mer åtskilda från vuxna än vad som var fallet en till två generationer tillbaka. Skälet är att ungdomar tillbringar allt längre tid i skolan. I skolan är eleverna och lärare relativt åtskilda från varandra. På en arbetsplats däremot har de anställda kontakt med varandra relativt ofta oberoende av ålder. Detta gör det troligt att ungdomar i dag har färre kontakter med vuxna utanför familjen.

En möjlighet är att anställa vuxna vid skolan som har till uppgift att hålla kontakt med ungdomarna, utan att vara lärare. Sådana initiativ förekommer, exempelvis i form av kamratsödjare eller klassmorfar. Sedan länge har skolvaktmästare haft denna roll, dock utan att formellt ha elevkontakter som huvuduppgift. En begränsning med denna ansats är kostnaden. Skolan får vissa tilldelade skattemedel. Det är sannolikt lämpligt med ett visst inslag av anställda vuxna med andra uppgifter än de lärarna har. Det är dock oklart vilken nivå som är optimal.

Fritiden erbjuder stora möjligheter till kontakter mellan ungdomar och vuxna. Därför är föreningslivet betydelsefullt. Stat, kommun och landsting ger också ekonomiskt stöd till föreningar som har verksamhet för ungdomar. Det ligger dock utanför ramen för denna utredning att avgöra om nuvarande nivå är optimal.

Ungdomar i åldern 16–25 år med föräldrar som är tjänstemän är 1,3 gånger mer föreningsaktiva jämfört med ungdomar som har föräldrar som är arbetare (475). Jämförs barn och unga till högre tjänstemän med barn och unga till arbetare utan yrkesutbildning blir skillnaderna sannolikt större. Stat och kommun kan påverka denna fördelning genom reglering av bidragssystemet. Det har exempelvis påpekats att det offentliga stödet till föreningslivet gynnar redan välbeställda grupper. Som exempel har nämnts kom-

munalt stöd till ishallar som bl.a. annat används till träning i ishockey. Ishockey kräver relativt dyr utrustning. Det innebär att ungdomar från mindre välbeställda familjer är underrepresenterade. En samlad social analys av samhällets stöd till föreningsverksamhet saknas dock.

Analysen genomförs lämpligen i två steg. I ett första steg inkluderas ett antal frågor om ungdomars fritidsverksamhet i en studie av ett nationellt representativt urval där uppgifter om ungdomarnas kommun och föräldrarnas utbildningsnivå föreligger. En lämplig studie är Barn-ULF som beskrivs i kapitel 12. Denna del kan genomföras till låg kostnad. I nästa steg analyseras det offentliga stödet till de aktiviteter som ungdomarna har uppgivit. I den slutliga analysen sammanställs uppgifter om kostnader för offentligt stöd till ungdom i olika sociala skikt.

Förslag

- En lämplig aktör får till uppdrag att analysera den sociala profilen på fördelning av stöd från stat, kommun och landsting till föreningsliv för ungdom. I ett första steg kartläggs de aktiva ungdomarnas fördelning efter föräldrarnas utbildning och födelseland. I ett andra steg analyseras det offentliga stödet till dessa verksamheter. Utredaren har uppskattat kostnaden till 1,5 mnkr. Datainsamlingen kräver kommuners och landstings medverkan.

Övriga överväganden

Fortbildning av lärare

Fortbildning av lärare kan utveckla deras sätt att arbeta så att skolan bättre främjar elevernas psykiska hälsa. Huvudmännen för skolan, kommunerna, och de enskilda skolorna har resurser för fortbildning. Staten kan föreskriva hur dessa resurser används och kan finansiera punktinsatser. Om lärarna inte upplever ett genuint behov av en viss form av fortbildning finns dock risk för att fortbildningen har ringa effekt. Därför uppfattar utredaren det som bättre att allmänt stödja utveckling av skolans kvalitet. På detta sätt utvecklas en efterfrågan av relevant fortbildning som sedan kan genomföras inom befintliga ramar.

Det är också möjligt att ge förslag till nya moment i grundutbildningen av lärare. Några sådana förslag lämnas dock inte. Skälet är att Högskoleverket påvisat stora problem i befintliga lärarutbildningar (476). Den stora friheten för lärarstudenterna att själva forma sin utbildning har lett till att många får en utbildning utan struktur och fördjupning. Centrala kunskapsområden saknas och vissa studenter kan få svårt att hitta passande lärarjobb efter utbildningen. Andra brister är att studenterna inte garanteras undervisning i viktiga områden som till exempel läs- och skrivutveckling samt betyg, prov och kunskapsbedömningar. Forskningsanknytningen i utbildningen är överlag svag. Bristerna gäller således de blivande lärarnas grundläggande färdigheter. Denna utredning tyder på att sådana färdigheter har avgörande betydelse för elevernas psykiska hälsa. Betydande reformer kan förväntas. Det är därför tveksamt att presentera särskilda förslag på detta område.

Mindre gynnade grupper

Strategier för att förbättra hälsan i utsatta grupper

Påfrestningar är ojämnt fördelade i befolkningen. En del grupper är utsatta för ett flertal belastningar i form av låg inkomst, dålig bostad, svaga sociala kontaktnät, diskriminering, svag lokal arbetsmarknad osv. Ansamlingen av riskfaktorer och brist på skyddsfaktorer är den främsta förklaringen till sämre hälsa i socialt mindre gynnade grupper (18). Riskfaktorerna interagerar med varandra. Det innebär att effekten av en given riskfaktor kan bli avsevärt större om individen redan är utsatt för andra belastningar.

Intuitivt kan det verka rimligt att söka reducera folkhälsoproblem genom att först identifiera riskgrupper och sedan erbjuda dem särskilda insatser. Riktade insatser är också den dominerande ansatsen i många länder, exempelvis i Storbritannien och andra anglosaxiska länder. Alternativet är att erbjuda hela befolkningen liknande insatser med något utökat utbud för utsatta grupper, dock utan att på förhand ha identifierat särskilda riskgrupper.

Inriktning på generella insatser dominerar välfärdssystemen i de nordiska länderna. Skillnaderna i hälsa olika grupper emellan är mindre i de nordiska länderna än i de anglosaxiska. Detta talar för att den nordiska modellen främjar hälsan i utsatta grupper bättre än

den anglosaxiska. Det är motiverat att mer i detalj försöka klargöra vilken modell som är bäst skickad att utjämna hälsoskillnader.

Att identifiera riskgrupper

Ett villkor för effekter av riktade insatser är att man kan förutsäga vilka individer som kommer att utveckla omfattande problem. En väg är att identifiera individer som visar lindriga eller måttliga problem.

Undersökningar, där man följt en grupp barn och ungdomar under en följd av år belyser svårigheterna. I Sverige har Stattin och medarbetare studerat en årskull som vuxit upp i Örebro. Forskarna har bl.a. bedömt om barn vid ett givet tillfälle visat tecken på utagerande psykiska problem, d.v.s. koncentrationssvårigheter och anti-socialt beteende. Studien visar att 10 procent av dessa barn ett år efter den första undersökningen har normaliserats medan 90 procent har kvar problemen (477). Normaliseringen fortlöper på liknande sätt, år efter år. Det innebär att efter två år, problem finns kvar på $0,9 * 0,9 = 0,81$ (81 procent), efter tre år 73 procent osv. Vart sjätte år halveras gruppen som fortfarande har problem.

För inåtvända psykiska problem (depression, ångest) är denna bristande förutsägbarhet än mer betydande. Omkring 30 procent normaliseras från ett år till ett annat (478–480). Det innebär att efter 5 år är det endast 17 procent som har kvarstående problem. Om syftet med en insats är att förebygga psykiska problem, och insatser riktas till en grupp med symptom, då tyder dessa studier på att insatsen på sikt har föga effekt på befolkningen som helhet. De flesta individer med problem normaliseras efterhand spontant medan nya individer, utanför den ursprungliga riskgruppen, tillkommer.

Stabiliteten över tid är högre för de ungdomar som har mer betydande problem. Dessa individer har dock vanligen redan fått ta del av insatser från barn- och ungdomspsykiatri eller socialtjänsten. De hör därför inte till den grupp som diskuteras i denna utredning.

En annan väg är att utgå från en enskild riskfaktor, exempelvis låg utbildning hos föräldrarna, utländsk härkomst, skolsvårigheter etc. Varje enskild riskfaktor har dock relativt begränsad betydelse. Riskökningen blir främst påtaglig om en individ samtidigt är belastad med flera olika riskfaktorer. De tyngst belastade indivi-

derna utgör dock endast en liten del av de individer som utvecklar betydande problem. Utmaningen är att identifiera en konstellation av riskfaktorer som gör det möjligt att identifiera en väsentlig del av alla de individer som kommer att utveckla betydande psykiska problem. Görs avgränsningen alltför snäv missas de flesta. Å andra sidan, om många riskfaktorer samtidigt inkluderas blir riskgruppen alltför stor. Det visar sig i praktiken inte vara möjligt att finna en praktiskt användbar kompromiss (481). Liknande svårigheter med meningsfulla avgränsningar av riskgrupper gäller även vid prevention av fysiska folkhälsoproblem (64).

Den nordiska välfärdsmodellen

Enligt den nordiska välfärdsmodellen erbjuds alla individer liknande insatser. Ett av många exempel på detta är den skattefinansierade barnhälsovård som 99 procent av alla föräldrar använder sig av. Även i anglosaxiska länder finns verksamhet motsvarande svensk barnhälsovård. Den är dock ofta utformad på olika sätt för olika sociala grupper. De utsatta grupperna har tillgång till en avgiftsfri skattefinansierad verksamhet. De grupper som är mer välbeställda, och har privata försäkringar, använder sig i stället av andra tjänster med högre kvalitet.

De sociala skillnaderna i barnhälsa är relativt små i de nordiska länderna. Det är troligt att förklaringen delvis ligger i att våra välfärdstjänster håller så hög kvalitet att privata lösningar för välbeställda grupper inte är intressanta. Eftersom alla använder sig av tjänsterna, även de välbeställda, finns det ett allmänt stöd för att skattefinansiera tjänsterna. De grupper som drar mest nytta av detta är dock de utsatta grupper som helt är hänvisade till de offentliga systemen.

Den generella inriktningen hindrar inte att verksamhet kan riktas mer mot utsatta grupper. Fördelningar efter behov genomförs i flertalet kommuner (482). Skulle dock tyngdpunkten i välfärdssystemen helt förskjutas mot verksamhet för utsatta grupper finns dock risk för att det generella stödet i befolkningen till offentligt finansierade insatser skulle bli svagare (35).

Skilda principer för behandlande och förebyggande insatser

Diskussionen om åtgärder har följt de principer riksdagen antagit om prioriteringar inom hälso- och sjukvård (410). Där presenteras två helt skilda principer för prioritering av behandlande verksamhet och för förebyggande verksamhet. Vid behandling är det avgörande individens behov. Det är självfallet värdefullt om den insats som erbjuds också är effektiv – men detta ska inte vara avgörande för om en insats sätts in eller ej. För att en förebyggande insats ska sättas in är däremot kunskaperna om effekt avgörande.

Från detta följer att principerna för prioriteringar blir helt olika för behandlande och för förebyggande verksamhet. En tonåring med en klinisk depression har rätt till hjälp. Motivet för insatser motiveras av hennes behov. Om förebyggande åtgärder ska sättas in krävs däremot andra överväganden. Fortfarande finns ett etiskt krav på att genomföra insatser som särskilt gynnar utsatta grupper. Det ska dock även finnas stöd för att de förebyggande insatserna effektivt förbättrar den utsatta gruppens hälsoläge.

De flesta risk- och skyddsfaktorerna för psykisk ohälsa är ospecifika. Det innebär att det inte är vetenskapligt motiverat att föreskriva särskilda insatser för de olika utsatta grupper av ungdomar som finns i samhället. Det är i stället lämpligt att utgå från de praktiska möjligheter som lokalt finns för att göra förebyggande insatser mer tillgängliga.

Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (483). Det innebär att grupper med sämre hälsa och större hälsorisker ska prioriteras. Det åligger Socialstyrelsen att utvärdera hälso- och sjukvården (469). Det förefaller således inte föreligga behov av att förändra nuvarande uppdrag.

Ett könsperspektiv

Stressrelaterade symptom är avsevärt vanligare bland flickor och kvinnor än bland pojkar och män, se kapitel 3. Självmod kan betraktas som den yttersta negativa konsekvensen av psykisk ohälsa. Detta problem är vanligare bland pojkar och män. Det är motiverat att reducera skillnader i hälsa, olika grupper emellan, om det är möjligt att avhjälpa dem (484). En väsentlig förklaring till

könsskillnaderna är den sociala konstruktionen av kön. Villkoret är således uppfyllt.

Könsskillnader för psykiska problem kan ses som resultat av en tänkt orsakskedja som börjar med den sociala konstruktionen av kön, som fortsätter i hur könsspecifika skydds- och riskfaktorer utvecklas och som slutligen manifesteras i olika förekomst av psykiska problem.

Den mest angelägna åtgärden gäller det första ledet i denna tänkta orsakskedja, samhällets konstruktion av kön, eftersom insatser i detta led kan förväntas ge de största effekterna. Instrumentet för detta är den svenska jämställdhetspolitiken (485). Den behandlar människors livsvillkor i stort. Särskilt viktiga områden gäller familj, förskola, skola, arbetsliv, fritidsverksamhet och kulturområdet. Detta arbete sträcker sig över decennier eftersom den sociala uppfattningen om vad det innebär att vara kvinna och man förändras relativt långsamt.

Det är också tänkbart att reducera könsskillnader med hjälp av insatser längre ned i den tänkta orsakskedjan. Exempelvis, om ett ändamålsenligt sätt att möta påfrestningar (coping) är mindre vanligt bland flickor skulle särskild träning i sådan förmåga kunna erbjudas flickor. Utredarens uppfattning är dock att kunskaperna om mekanismer, utöver den sociala konstruktionen av kön, inte är tillräckliga för att sådana insatser ska kunna utformas.

Flickor och kvinnor söker vård mer än pojkar och män. Det finns därför utmärka förutsättningar att där erbjuda förebyggande insatser med dokumenterad effekt som särskilt når detta kön, exempelvis träning i aktiv problemlösning.

Förslag till forskning

Inledning

Utredningen talar för att de främsta orsakerna till ungdomarnas psykiska problem är utvecklingen mot ett alltmer differentierat och individualiserat samhälle samt bristen på förvärvsarbete.

Utveckling av kompetens är en av de viktigaste åtgärderna för att motverka de negativa effekterna av differentiering och individualisering. När unga människor inte har tillräckliga kompetenser för att klara livet i det moderna informationstäta individualiserade samhället resulterar det i stressrelaterade symptom. Detta har inte

endast konsekvenser för individen i form av försämrad livskvalité. Mår unga människor dåligt har de också svårt att fylla det behov av arbetskraft som förväntas uppstå då efterkrigstidens stora årskullar går i pension. Ungdomars psykiska problem får då samhällsekonomiska konsekvenser.

Det moderna arbetslivet kräver både god psykisk hälsa och goda kompetenser. Det är inte längre tillräckligt att behärska vissa rutiner knutna till en given verksamhet. Förmåga att lära om och att lära nytt blir allt viktigare eftersom produktion och rutiner utvecklas i allt snabbare takt. Samspel med andra människor är central i ett modernt tjänstesamhälle och inom alltfler arbeten finns behov av kreativitet. Detta innebär att mental hälsa är central för människors produktivitet. Goda kompetenser krävs för att Sverige ska kunna hävda sig i den internationella konkurrensen och därigenom kunna erbjuda en hög sysselsättning.

Utbildningssystemet är samhällets främsta resurs för att utveckla unga människors kompetenser. Den ökade psykiska ohälsan kan därför ses som uttryck för att utbildningssystemet inte fullt ut kunnat möta det behov av förbättrade kompetenser som samhällsutvecklingen har medfört.

Om utbildning inom förskola, grundskola och gymnasieskola ska förbättras, så att ungdomars behov av kompetens tillgodoses, krävs förbättrad kunskap om hur systemet kan optimeras. Forskning kan bidra till detta.

Frågeställningar

Det är främst följande frågor som behöver besvaras.

1. Hur väl skyddar olika kompetenser, som kognitiv förmåga (IQ), emotionell förmåga samt social förmåga, mot utveckling av stressrelaterade symptom och depression?
2. Hur väl predicerar stressrelaterade symptom förekomst av suicid?
3. Hur relaterar de reformer av skolan som genomförts under efterkrigstiden till ungdomars genomsnittliga kompetenser och spridning av dessa kompetenser mellan olika sociala grupper och mellan könen?
4. Vilken utformning av undervisningen i förskola, grundskola och gymnasier främjar bäst utveckling av olika kompetenser?

- Hur fördelas effekterna mellan olika sociala grupper och mellan könen?
5. Vilken utformning av undervisningen i förskola, grundskola och gymnasier skyddar bäst mot utveckling av psykiska problem? Hur fördelas effekterna mellan olika sociala grupper och mellan könen?

Genomförande

Samtliga frågeställningar kräver analyser av longitudinella data, dvs. data som är insamlade från enskilda individer vid flera tillfällen. Data finns delvis redan insamlade i offentliga register och i forskningsdatabaser. Efter erforderliga tillstånd kan uppgifter från olika register länkas till varandra.

1. Hur väl skyddar kompetenser mot psykiska problem?

I utredningen har en av utgångspunkterna varit att kompetenser skyddar mot psykisk ohälsa. Uppfattningen bygger till stor del på studier som publicerats under de senaste åren. Kunskapsfältet befinner sig således i ett inledande skede. Exempelvis använder de flesta studier endast IQ som mått på kompetens. Även om det finns samvariation mellan olika former av kompetens kan studier av IQ knappast ge uttömmande svar på frågor om vilka egenskaper som skyddar mot psykiska problem. En fråga som lyfts under det senaste året är om sociala skillnader i hälsa, både fysisk och psykisk, kan förklaras av skillnader i tillägnade kompetenser (342). Om så är fallet har det avgörande betydelse för utformning av åtgärder som syftar till att minska sociala skillnader i hälsa. Det är därför angeläget att genomföra studier på detta område.

Flera svenska forskningsdatabaser innehåller data om kompetenser under uppväxten i urval av befolkningen, exempelvis IDA (Individual Development and Adaptation) (486). I de s.k. UGU-studierna har data om kompetenser regelbundet insamlats med några års mellanrum sedan år 1960 (486). Resultat från de nationella prov som genomförs i hela befolkningen inom grundskola och gymnasium kan också användas som mått på kompetenser. Analysen kräver vidare uppgifter om psykisk hälsa. I de register som förvaltas vid Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen

finns uppgifter för hela befolkningen om slutenvård vid psykiska problem och uppgifter om suicid.

I ett första skede är det möjligt att analysera frågeställningen med hjälp av befintliga data genom länkning av register. På sikt är det dock önskvärt att både samla nya uppgifter om kompetenser och nya uppgifter om psykisk hälsa.

2. Predicerar stressrelaterade symptom förekomst av suicid?

Det är inte självfallet att uppfatta förekomst av stressrelaterade psykiska symptom som ett allvarligt folkhälsoproblem, även om förekomsten är ökande. Ökningen kan tänkas bero på minskad tolerans för sådana symptom, även om flera argument mot denna uppfattning förs fram i utredningen.

Självmod bland unga är otvetydigt ett oönskat fenomen. Om stressrelaterade psykiska symptom predicerar suicid kan dessa symptom användas som indikator för detta mycket allvarliga folkhälsoproblem. Studier kan klargöra om så är fallet.

Studier av stressrelaterade symptom finns i några forskningsdatabaser som innehåller personnummer, exempelvis IDA (486) och i SCB:s ULF-undersökningar. Uppgifter om suicid finns i register vid Epidemiologiskt centrum. Suicid är lågfrekventa händelser. Med antagande om 30 självmord per 100 000 och år kommer under en 20-årsperiod ca 6 självmord per 1 000 individer att inträffa. Det innebär att det är möjligt att analysera frågan i den typ av urvalsstudier som ULF utgör.

3. Skolreformer och social skiktning av kompetenser

När en enhetlig grundskola infördes under decennierna efter andra världskriget var förhoppningen att skolan skulle bidra till hög och jämn kompetensnivå och till att minska sociala skillnader. De internationella jämförelser som OECD genomför visar att nivån i Sverige generellt är hög och relativt jämn. Det är dock tveksamt om de sociala skillnaderna minskat under de senaste 30 åren. Tvärtom finns tendenser till ökade skillnader.

En fråga är hur de skolreformer som genomförts har påverkat genomsnitt och social skiktning av ungdomars kompetenser. I de s.k. UGU-studierna har standardiserade tester av kompetensnivå

genomförts med regelbundna mellanrum i representativa urval av ungdomar i grundskoleåldern allt sedan 1960. Dessa data gör det möjligt att beskriva utvecklingen både med och utan korrektion för bakgrundsfaktorer som föräldrarnas socioekonomiska status. Denna utveckling kan sedan relateras till de reformer av skolsystemet som genomförts under perioden. Vissa arbeten som belyser frågan har publicerats. Dock saknas en samlad analys av hela den tidsperiod som UGU studierna omfattar.

4. Vilken utformning av undervisningen främjar bäst utveckling av olika kompetenser?

Ska utbytet av förskolans och skolans insatser optimeras krävs kunskap om hur undervisning och undervisningsmiljöer bäst utformas för att främja barns och ungdomars kompetenser. Denna fråga har varit central i internationell skolforskning men har i mycket begränsad omfattning varit föremål för studier i Sverige. Det är en allvarlig begränsning eftersom skolsystemen varierar olika länder emellan och resultat därför inte enkelt kan överföras från ett land till ett annat.

Sådana studier kräver uppgifter om skolmiljöer. Det saknas svenska register och forskningsdatabaser som innehåller sådan information. Nya data behöver därför samlas in. Som mått på kompetens är det möjligt att i ett första skede använda uppgifter om nationella prov i grundskolans årskurs 5 och 9.

5. Vilken utformning av undervisningen främjar bäst psykisk hälsa?

Studier av denna fråga är särskilt motiverade eftersom ungdomarna själva framhåller brister i skolans arbetssätt som en av de främsta förklaringarna till psykisk ohälsa. Analyser av frågan kräver samma uppgifter om undervisningsmiljöer som i föregående frågeställning. Därtill krävs uppgifter om psykisk hälsa. Här finns flera möjligheter. Ett alternativ är att använda de uppgifter om vård för psykiska problem som finns i register vid Epidemiologiskt centrum. En annan möjlighet är att på skolnivå använda de uppgifter om psykisk hälsa som förväntas insamlas i totalundersökningar och som beskrivs i kapitel 12. En tredje möjlighet är att använda de

uppgifter om stressrelaterade symptom som finns i ULF-undersökningarna.

Praktiskt genomförande

Det saknas i dag forskningsmiljöer som samlat arbetar med studier av ungdomars kompetenser, ungdomars psykiska hälsa och utbildningssystemets effekter på kompetens och hälsa. Det är därför motiverat att stimulera uppbyggnaden av en sådan miljö. I dag finns flera grupper som arbetar med en del av de aktuella aspekterna, främst Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen, Institutet för social forskning (SOFI) (487) samt Centre for Health Equity Studies (CHESS) (488).

I de studier som är aktuella är hälsoaspekten central för tre av de fem frågeställningarna. Arbeta med en del av dessa frågor kräver tillgång till register med hälsodata som omfattar hela befolkningen. Sådana uppgifter finns främst vid Epidemiologiskt centrum. Det finns höga sekretesskrav vid arbete med hälsodata, även om de slutliga analyserna genomförs med hjälp av aidentifierade databaser. Det innebär att en del av analysarbete måste genomföras i Epidemiologiskt centrums lokaler.

Vid SOFI, och sedan vid CHESS, har forskning kring välfärdsfaktorerers betydelse för hälsa bedrivits sedan lång tid. Där har även analyser av skolans betydelse genomförts.

Detta talar för att forskning inom detta område bör bedrivas av ett konsortium bestående av dessa tre aktörer, förstärkt av pedagogiska forskare.

Förslag

- Ett konsortium bestående av Epidemiologiskt centrum, SOFI och CHESS, förstärkt av pedagogiska forskare, får till uppdrag att arbeta med de forskningsfrågor som presenteras ovan. Utredaren har uppskattat den årliga kostnaden till 5 mnkr för doktorander och seniora forskare. Medel bör tillföras för detta ändamål, fördelat mellan Social- och Utbildnings- och kulturdepartementenas ansvarsområden.

12 Förslag till fortsatta mätningar i Sverige

Sammanfattning

Ett system för mätningar av psykisk hälsa av ungdom bör uppfylla tre grundläggande krav. 1) Mätningarna ska utformas så att resultaten är tillförlitliga. Det innebär att de metoder som används ska vara utprovade i vetenskapligt utformade studier. 2) Det ska finnas ett system där mätningarna kan upprepas. Det går att bedöma trender först då det gjorts upprepade mätningar. Detta kräver i sin tur förankring av mätningarna i en institution som består minst 10 år framåt i tiden. 3) Mätningarna ska vara nationellt representativa.

De nuvarande nationellt representativa systemen är främst Skolbarns hälsovanor, Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) samt barnversionen av ULF, Barn-ULF. Dessa studier uppfyller inte de tre kriterierna.

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till nationella mätningar som uppfyller kriterierna. Förslaget innefattar sju punkter. 1) Återkommande mätningar som genomförs vart tredje år bland skolelever i årskurs 6 och 9 i grundskolan. 2) Datainsamlingen sker som totalundersökning av samtliga elever i de aktuella årskurserna. 3) Deltagandet är frivilligt. 4) Datainsamlingen sker med hjälp av frågeformulär som besvaras anonymt i klassrummet under en lektionstimme. 5) Frågeinstrumenten är vetenskapligt prövade. 6) Återföring sker av undersökningsresultaten för lokala behov. 7) Redovisning kan ske av psykisk ohälsa i olika grupper.

Förslaget innebär att datainsamlingen sker som totalundersökningar. Alternativet är urvalsundersökningar. En urvalsundersökning i en årskull skulle behöva omfatta uppskattningsvis 3 000 elever vilket ska jämföras med en totalundersökning som omfattar ca 100 000 elever. Trots den högre kostnaden för totalundersökningar finns flera fördelar med detta alternativ.

Den främsta fördelen är att den lokala nivån kan engageras, både i datainsamling och i praktisk användning av uppgifterna. I dag finns

det ett stort antal lokala undersökningar där skattningar av psykisk hälsa ingår. Dessa lokala undersökningar genomförs därför att beslutsfattare inom kommuner och landsting upplever ett tydligt lokalt behov. Om ett nationellt system genomförs kan det ta tillvara detta lokala engagemang och resultaten blir jämförbara olika kommuner och landsting emellan.

En annan fördel med en totalundersökning är att de enskilda skolorna kan få bättre stöd jämfört med situationen vid en urvalsstudie. I de försök som föregick Socialstyrelsens förslag organiserades datainsamlingen på regional nivå (sju regioner) med ansvar vid landstingens samhällsmedicinska enheter. Motsvarande stöd är svårt att erbjuda från en nationell enhet, även om antalet skolor som deltar är mindre. Erfarenheterna från studien Skolbarns hälsovanor visar att denna begränsning medför betydande problem eftersom bortfallet då ligger i storleksordningen 40 procent. Vid de försök som Socialstyrelsen genomfört har däremot bortfallet begränsats till 10–15 procent. Förklaringen är tveklöst att enskilda skolor kunnat få stöd i en omfattning som inte varit möjligt att organisera i studien Skolbarns hälsovanor.

En stor fördel med totalundersökningar är att systemet kan tillhandahålla lokala uppgifter för det kommunala arbetet. En av de åtgärder som föreslås i kapitel 11 är att utveckla system för kvalitetsförbättring på skolnivå där både uppgifter om elevernas hälsa och deras skolprestationer används. Ett nationellt system med totalundersökningar skulle tillhandahålla de uppgifter om psykisk hälsa som krävs för ett sådant system.

Inledning

Psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen. Denna utredning tyder på ökande problem, speciellt bland ungdom. En viktig åtgärd är att följa utvecklingen. Detta kräver ett system som uppfyller några grundläggande krav. 1) Mätningarna ska utformas så att resultaten är tillförlitliga. Det innebär att de metoderna som används ska vara utprovade i vetenskapligt utformade studier. 2) Det ska finnas ett system där mätningarna kan upprepas. Det går att bedöma trender först då det gjorts upprepade mätningar. Detta kräver i sin tur förankring av mätningarna i en institution som består minst 10 år framåt i tiden. 3) Mätningarna ska vara nationellt representativa.

Det är önskvärt att studien innefattar hela ungdomsperioden 13–24 år. Det är dock troligt att utvecklingen är jämförbar i åldrarna efter puberteten, dvs. i åldern 15–24 år. Det innebär att en grundläggande beskrivning kan tillgodoses av en studie som innefattar någon av åldrarna i detta intervall.

Nuvarande system

De nuvarande systemen beskrivs i kapitel 3. Det är främst Skolbarns hälsovanor, Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), samt barnversionen av ULF, Barn-ULF.

Den främsta tillgången med *Skolbarns hälsovanor* är att information finns tillgänglig sedan 1985/86. Det är också skälet till att studien fått stort utrymme i kapitel 3. Den främsta begränsningen gäller det första kriteriet, studiernas tillförlitlighet. Psykisk ohälsa beskrivs endast med några enstaka frågor. Det gör att osäkerhet blir relativt stor. Skalorna har inte heller testats med moderna metoder. Slutligen har ungdomarnas svar på enkäten inte jämförts med svar som framkommer vid intervjuer. Sådana jämförelser görs för att säkerställa att frågorna i en enkät verkligen mäter det man avser att frågorna ska mäta.

Den främsta tillgången med *ULF* är också att information finns tillgänglig långt tillbaka, från början av 1980-talet. Studien innefattar bl.a. åldern 16–24 år. Begränsningen även för denna studie gäller frågornas tillförlitlighet. ULF innefattar endast enstaka frågor, färre frågor än i Skolbarns hälsovanor. Någon jämförelse mellan svar i ULF och mer omfattande intervjuer har inte heller genomförts.

Barn-ULF är en studie med data från år 2000 och framåt. Studien innefattar åldern 10–18 år. Jämfört med ULF innehåller Barn-ULF fler frågor om psykiska symptom. Studien innehåller dock endast ett fåtal frågor om psykisk hälsa. Precisionen blir därför begränsad.

Det finns ett flertal *lokala studier*. Flera redovisas i kapitel 3. Deras begränsning är självfallet att de inte är nationellt representativa. Det finns också problem med frågornas säkerhet. Den institutionella förankringen kan vara osäker vilket gör det svårt att upprepa studierna.

Det finns således inte något system som uppfyller de tre kriterierna.

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till nationella mätningar som uppfyller de kriterier som anges ovan (489). Förslaget innefattar sju punkter. 1) Återkommande mätningar genomförs vart tredje år bland skolelever i årskurs 6 och 9 i grundskolan. 2) Datainsamlingen sker som totalundersökning av samtliga elever i de aktuella årskurserna. 3) Deltagandet är frivilligt. 4) Datainsamlingen sker med hjälp av frågeformulär som besvaras anonymt i klassrummet under en lektionstimme. 5) Frågeinstrumenten är vetenskapligt prövade. 6) Återföring sker av undersökningens resultat för lokala behov. 7) Redovisning kan ske av psykisk ohälsa i olika grupper. Dessa punkter kommenteras i det följande.

Mätningar årskurs 6 och 9 i grundskolan

Alla barn och ungdomar har nio års skolplikt. Det gör det möjligt att nå alla ungdomar i skolan. De flesta studier har också genomförts där eftersom andra alternativ är dyrare. Ett minimum är mätningar i en årskurs, lämpligen årskurs 9. Ytterligare mätningar ökar precisionen. Det finns i dag inga ekonomiskt försvarbara alternativ till mätningar i grundskolan.

Datainsamlingen sker som totalundersökning

Två alternativ är möjliga, totalundersökningar eller urvalsundersökningar. En urvalsundersökning i en årskull skulle behöva omfatta uppskattningsvis 3 000 elever vilket ska jämföras med en totalundersökning som omfattar ca 100 000 elever. Jämförbara stora undersökningar har genomförts i Finland åren 1996, 1998 och 2000 med ca 60 000 deltagande elever vid varje tillfälle (101). Trots den högre kostnaden för totalundersökningar finns flera fördelar med detta alternativ.

Den främsta fördelen är att den lokala nivån kan engageras, både i datainsamling och i praktisk användning av uppgifterna. I dag finns det ett stort antal lokala undersökningar där skattningar av psykisk hälsa ingår. En av de största är Liv och hälsa som genomförs i fem landsting i Mellansverige. Dessa lokala undersökningar genomförs därför att beslutsfattare inom kommuner och landsting upplever

ett tydligt lokalt behov. Om ett nationellt system genomförs kan det ta tillvara detta lokala engagemang.

En annan fördel med en totalundersökning är att de enskilda skolorna kan få bättre stöd jämfört med en urvalsstudie. I de försök som föregick Socialstyrelsens förslag organiserades datainsamlingen på regional nivå (sju regioner) med ansvar vid landstingens samhällsmedicinska enheter. Motsvarande stöd är svårt att erbjuda från en nationell enhet, även om antalet skolor som deltar är mindre. Erfarenheterna från studien Skolbarns hälsovanor visar att denna begränsning medför betydande problem eftersom bortfallet ligger i storleksordningen 40 procent. Detta bortfall är representativt för andra liknande undersökningar. Vid de försök som Socialstyrelsen genomfört har däremot bortfallet begränsats till 10–15 procent. Förklaringen är tveklöst att enskilda skolor kunnat få stöd i en omfattning som inte varit möjligt att organisera i studien Skolbarns hälsovanor.

Det regionala ansvaret gör det också enklare att engagera skolhälsovården i samband med undersökningarna. När eleverna besvarar frågeformulären kan det öka deras medvetenhet om de symptom de upplever. Det är då angeläget att de elever som så önskar kan få hjälp. Den närmaste instansen är skolhälsovården. När studien genomförs med regional ledning kan skolhälsovården engageras i planeringen vilket underlättar skolhälsovårdens medverkan. Värdet av denna aspekt ska dock inte överbetonas. Erfarenheten från de studier som genomförts är att endast ett fåtal elever sökt hjälp efter det att de besvarat frågorna.

Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen har ansvar för de omfattande nationella hälsoregister som finns i Sverige. Registren omfattar data från hela befolkningen. Datamängden i ett enskilt register, exempelvis för vård på sjukhus, är avsevärt mer omfattande än fallet i den föreslagna studien. Erfarenheter vid Epidemiologiskt centrum är genomgående att det krävs regionala aktörer som ansvarar för datainsamlingen, både för att bortfallet ska vara lågt och för att säkerställa kvalitén på den information som samlas in. Även dessa erfarenheter ger stöd för att den regionala nivån engageras.

En stor fördel med totalundersökningar är att systemet kan tillhandahålla lokala uppgifter för det kommunala arbetet. En av de åtgärder som föreslås i kapitel 11 är att utveckla system för kvalitetsförbättring på skolnivå där både uppgifter om elevernas hälsa och deras skolprestationer används. Ett nationellt system med total-

undersökningar skulle tillhandahålla de uppgifter om psykisk hälsa som krävs för ett sådant system.

Uppenbart medför totalundersökningar större kostnader än en urvalsstudie. I ett läge där inga lokala aktörer engagerat sig i frågan är det möjligt att merkostnaderna för totalundersökningar inte skulle kunna försvaras, trots de fördelar som har redovisats. I dagens Sverige genomförs dock redan ett stort antal lokala studier. Ett nationellt system medför därför begränsade merkostnader för de lokala huvudmännen eftersom ett nationellt system skulle ersätta de befintliga lokala studierna. En enhetlig nationell modell skulle erbjuda högre kvalitet, genom att bättre instrument används, och jämförbarhet olika lokala områden emellan.

Deltagandet är frivilligt

Det är en viktig etisk aspekt eftersom datainsamlingen sker i skolan där eleverna i andra sammanhang är skyldiga att lämna uppgifter.

Datainsamlingen sker med hjälp av frågeformulär som besvaras anonymt i klassrummet

Även denna punkt har etiska aspekter. Uppgifterna behövs för att beskriva ungdomsgruppen som helhet och inte att identifiera enskilda elever. Då kan eleverna också vara anonyma.

En annan etisk aspekt är att de frågeformulär som används har hög kvalitet på frågorna. Att be elever besvara frågor om den egna hälsan är en form av intrång. Åtgärden kan försvaras om nytta för ungdomsgruppen är större än det intrång undersökningen innebär. Nyttan är dock avhängig av kvalitén på informationen. Det är inte försvarbart att använda frågeformulär som inte ger tillförlitliga uppgifter.

De frågeformulär som Socialstyrelsen föreslår är prövade både i internationella och svenska studier. Resultaten kan därför med god säkerhet användas för att beskriva utvecklingen av psykisk ohälsa. Ingen av de befintliga studierna, Skolbarns hälsovanor, ULF, de lokala studierna samt Barn-ULF kan ge denna säkerhet.

Frågeinstrumenten är vetenskapligt prövade

De instrument som har prövats i de pilotstudier Socialstyrelsen genomfört och föreslås för de nationella mätningarna är främst SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire/Styrkor och svårigheter). Det kan också vara motiverat att inkludera den korta eller medellånga versionen av Kidscreen samt frågor om psykosomatiska besvär.

SDQ är ett instrument framtaget i Storbritannien avsett att användas i studier av barns och ungdomars psykiska hälsa. Instrumentet är relativt kort och täcker såväl psykiska besvär, styrkor som konsekvenser av psykisk ohälsa. Det används i allt större utsträckning inom den barnpsykiatriska forskningen och har i Europa alltmer kommit att ersätta/komplettera det tidigare dominerande instrumentet inom detta område, det amerikanska Youth Self Report (YSR). SDQ finns i flera olika versioner: för självskattning, för föräldraskattning och för lärarskattning.

Självskattningsversionen av SDQ är avsedd för barn och ungdom i åldern 11–16 år. SDQ består av 25 frågor som konstituerar fem olika dimensioner med fem frågor i vardera. Fyra av dessa dimensioner handlar om olika slags svårigheter: ”Emotional symptoms” (känslomässiga besvär), ”Conduct problems” (uppförandeproblem), ”Hyperactivity-Inattention” (hyperaktivitet-ouppmärksamhet), och ”Peer relationship problems” (kamratrelationer). Den femte dimensionen handlar om ”Prosocial behaviour” (socialt beteende). Därutöver finns en ”impact”-skala bestående av fem frågor avsedda att mäta konsekvenser i vardagslivet av psykiska svårigheter. Trots att SDQ innehåller betydligt färre frågor än YSR fångar det samtliga områden som ingår i det betydligt mer omfattande äldre YSR instrumentet (490). De psykometriska egenskaperna hos SDQ har beskrivits som tillfredsställande (491).

Kidscreen är ett instrument för mätning av hälsorelaterad livskvalitet bland barn och ungdomar. Instrumentet är framtaget inom ramen för ett EU-projekt i vilket Sverige deltar. Såväl föräldraformulär för barn som självskattningsformulär för barn i åldern 12–18 år har utarbetats inom ramen för samarbetet. Självskattningsformuläret finns i tre versioner, full- medel- och kortversionen, av vilka den långa versionen bestående av 52 frågor använts inom ramen för de svenska pilotstudierna. Denna version avser att mäta tio olika dimensioner: fysiskt välbefinnande, psykologiskt välbefinnande, sinnesstämningar och känslor, självuppfattning, självständighet, för-

äldrarelationer och hemliv, ekonomiska resurser, socialt stöd och kamrater, skola och mobbning.

Psykosomatiska besvär har mätts med mätinstrument liknande det som används i Skolbarns hälsovanor, dock med modifierade svarsalternativ på grund av problem med de svarskategorier som finns i den ursprungliga versionen (492).

Återföring sker av undersökningsresultaten för lokala behov

Värdet av denna aspekt har redan berörts. De flesta åtgärder som kan förbättra ungdomars hälsa måste genomföras lokalt. Därför är det avgörande att den lokala nivån har tillgång till uppgifter om psykisk hälsa med god kvalitet, lika väl som den lokala nivån har tillgång till uppgifter om fysisk hälsa och om skolprestationer (nationella prov och betyg). System med lokala kvalitetsgrupper behandlas i kapitel 11.

Redovisning av psykisk ohälsa i olika grupper

I de försök som har genomförts redovisas fördelning av problem efter kön, studieinriktning, födelseland samt kommun. Däremot redovisas ej fördelning uppdelat på funktionshindrade och ej funktionshindrade och inte heller efter sexuell läggning.

Fördelning efter inriktning på teoretiska respektive praktiska studier tillför värdefull information. Psykisk ohälsa är vanligare i socialt mindre gynnade grupper. I dag saknas statistik som beskriver psykisk ohälsa i olika sociala skikt. Ett skäl är att vanliga mått på social position, utbildning och yrke, är mindre lämpade för ungdomar. För ungdomar i årskurs 9 i skolan är självdeklarerad studieinriktning det bästa måttet (21).

I studien registreras också födelseland. Indelning enbart efter född i Sverige och utlandsfödd är alltför grov. Det krävs istället uppgifter om vilken region ungdomarna är födda i, exempelvis Mellanöstern eller Afrika söder om Sahara. Detta kräver i sin tur relativt stora material eftersom varje enskild region endast representeras av ett begränsat antal ungdomar. Den totalundersökning som föreslås möjliggör detta.

Fördelning efter kommun har avgörande värde för det lokala arbetet. Informationen gör det också möjligt att analysera utveck-

lingen i olika typer av boendeorter, exempelvis storstäder, glesbygd osv.

Redovisning planeras ej efter funktionshinder. Skälet är att gruppen är mycket heterogen. Det är stor skillnad mellan att ha grav hörselnedsättning, att vara rörelsehindrad och att lida av en grav psykisk sjukdom. Meningsfull information kräver därför att relativt detaljerade uppgifter om funktionshinder samlas in. Det är svårt att göra inom ramen för en studie där alla elever ska besvara en enkät under en lektionstimme. De funktionshindrades psykiska hälsa lämpar sig därför bättre för analys i särskilda studier.

Redovisning planeras inte heller efter sexuell läggning eftersom det kan uppfattas som integritetskränkande att fråga alla elever om deras sexuella inriktning.

Framtida modeller för genomförande av Socialstyrelsens förslag

Insamling av data via frågeformulär på papper är relativt kostsamt. Om elever själva kan mata in uppgifter via internet på en dator reduceras kostnaderna. Sådana system används dock ännu endast i begränsad omfattning i skolan. Inom ramen för de försök Socialstyrelsens genomförde prövades datorbaserad inmatning. Denna metod visade sig dock inte fungera i praktiken. Sådana metoder blir dock allt vanligare i samhället som helhet. Det innebär att en övergång kan ske till datorbaserad inmatning i en framtid.

Behov av ytterligare studier

Socialstyrelsens förslag tillgodoser ett grundläggande behov. Därutöver finns behov av ytterligare studier.

Barn-ULF

Barn-ULF beskriver välfärd i åldersgruppen 10–17 år. Ansatsen är bred och innefattar olika aspekter av barns liv. Hälsa är endast en aspekt. Det gör att undersökningen inte uttömmande kan beskriva barns psykiska hälsa. Studien är däremot central för att beskriva barns livssituation i stort. Instrumentet Kidscreen som ingår i Socialstyrelsens förslag täcker vissa aspekter av ungdomars levnadsvillkor.

Barn-ULF har dock en betydligt bredare ansats eftersom detta instrument anknyter till de svenska välfärdsstudierna för vuxna.

En annan viktig tillgång med Barn-ULF är att information inhämtas både från barn och från föräldrar i samma familj. Det gör det möjligt att studera sociala skillnader för de yngre ungdomarna eftersom föräldrarnas utbildning och yrke är betydelsefull för deras hälsa. Korrekt information om detta går inte att få från ungdomarna själva. Det går också att utvidga analyserna eftersom det är möjligt att identifiera enskilda individer i Barn-ULF. Denna möjlighet saknas i Socialstyrelsens förslag eftersom uppgifterna där är anonyma.

Skolbarns hälsovanor

Det unika med denna studie är den relativt långa tidsserien och möjligheterna till internationella jämförelser. Värdet torde framgå från denna utredning. Det är därför angeläget att fortsätta denna undersökning.

Komplettering av ULF

Socialstyrelsens förslag gäller 12- och 15-åringar. Denna utredning pekar på att utvecklingen av arbetsmarknaden har väsentlig betydelse för ungdomars psykiska hälsa. Femtonåringar har dock relativt svag kontakt med arbetsmarknaden. Det är därför önskvärt att beskriva utvecklingen av psykisk hälsa i åldern 16–24 år. I dag finns några frågor i ULF som beskriver psykiska problem. Hälsa utgör endast en av flera aspekter av människors levnadsförhållanden. Det gör att undersökningen inte uttömmande kan beskriva ungdomars psykiska hälsa. Det är därför önskvärt att på sikt komplettera ULF med studier av psykisk hälsa i åldern 16–24 år.

Förslag

Socialstyrelsens förslag till nationella mätningar realiseras, dels för att det ska vara möjligt att följa den framtida utvecklingen och dels för att ge stöd till lokala aktörer. Kostnaderna har av Socialstyrelsen beräknats till 3,8 mnkr årligen. Mätningarna kräver medverkan för kommunerna.

Ordlista

| | |
|--------------------------------------|--|
| Barn-ULF | Undersökningar av barns levnadsförhållanden, en studie som bedrivs av Statistiska centralbyrån. |
| Bestämningsfaktor | En faktor som sannolikt påverkar hälsotillståndet i en befolkning. |
| Effekt | Sambandet mellan en bestämningsfaktor och ett hälsoutfall. |
| Exponering | Att utsättas för något vars effekt man är intresserad av att studera. |
| Grundskolans år | Elevernas år i grundskolan betecknades tidigare som årskurser 1-9 men anges idag vanligen endast som år 1-9. Båda beteckningarna används i texten. |
| IMS | Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. Institutet är en del av Socialstyrelsen. Uppgifterna är liknande som de SBU har inom det medicinska området. |
| Kognitiv beteendeterapi (KBT) | En psykoterapeutisk inriktning som utgår från kognitiv psykologi. Terapin fokuserar på att förändra tankar, vanor och beteenden. Ofta används KBT som samlande beteckning för kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi och kognitiv psykoterapi. |
| Konfounder | En variabel som påverkar sambandet mellan en bestämningsfaktor och ett utfall; en förväxlingsfaktor. |
| Longitudinell studie | <i>Exponerade</i> individer jämförs med individer som inte har <i>exponerats</i> . <i>Exponeringen</i> har skattats först och <i>hälsoutfallen</i> har bestämts vid ett senare tillfälle. Sådana studier kan på ett måttligt säkert sätt fastställa samband mellan orsak och verkan. |

| | |
|---|--|
| Randomiserade kontrollerade studie (RCT) | Experiment med slumpvis fördelning av individer mellan försöks- och kontrollgrupper och mätningar före och efter experimentet. Sådana studier kan med hög säkerhet fastställa samband mellan orsak och verkan. |
| SBU | Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en fristående myndighet, vars uppgift är att kritiskt granska de metoder som används i vården för att upptäcka och behandla sjukdom. |
| SCB | Statistiska centralbyrån. |
| Self-efficacy | Tilltro till den egna förmågan att genomföra en handling. |
| SKL | Sedan den 1 januari 2005 samverkar Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet under ett gemensamt namn – Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). |
| Skolbarns hälsovanor | En nationellt representativ studie som bl.a. innefattar frågor om psykisk hälsa, se vidare kapitel 3. |
| Systematisk översikt | En redovisning av studier som uppfyller vissa på förhand uppställda kvalitetskrav. Studierna har identifierats i databaser som indexerar vetenskaplig litteratur med hjälp av vissa angivna sökord. |
| Tvärsnittsstudie | En studie som studerar samband mellan <i>hälsoutfall</i> och <i>bestämningsfaktorer</i> vid en viss bestämd tidpunkt. I sådana studier går det vanligen inte att fastställa samband mellan orsak och verkan. |
| ULF | Undersökningar av levnadsförhållanden, en studie som bedrivs av Statistiska centralbyrån, se kapitel 3. |

Referenser

Ett flertal referenser hänvisar till Wikipedia. Skälet är att Wikipedia är allmänt tillgängligt över internet. Kvalitén i artiklarna i Wikipedia ligger på samma nivå som Encyclopaedia Britannica (493).

1. Murray C, Lopez A. Global burden of disease. Vol 1. Harvard: Harvard University Press; 1996.
2. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2005. 2005. Tillgänglig på URL: www.fhi.se
3. Socialdepartementet. Mål för folkhälsan. Proposition 2002/03:35. Socialdepartementet, 2002. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se/sb/d/108/a/1259
4. European Union. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005. Tillgänglig på URL: www.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
5. Llopis EJ, Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention - A Policy for Europe. IMHPA: Implementing Mental Health Promotion Actio, 2005. Tillgänglig på URL: www.imhpa.net
6. WHO. Mental Health Action Plan for Europe. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005. Tillgänglig på URL: www.euro.who.int/Document/MNH/edoc_07.pdf
7. Skolverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut. Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Skolverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, 2004. Tillgänglig på URL: www.fhi.se

8. Wikipedia contributors. Holism. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2006. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/Holism
9. Levi L. "Välfärden kräver helhetstänkade". *Välfärd*. 2006(2):3-6.
10. Finansdepartementet. Budgetproposition våren 2006. Finansdepartementet, 2006. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se
11. Meadows D. Places to intervene in a system. *Whole Earth*. 1997;Winter:78-84.
12. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
13. Wikipedia contributors. Causality. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2006. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/Cause
14. Statistiska Centralbyrån. *Undersökningar av levnadsförhållanden – ULF*. 2005. Tillgänglig på URL: www.scb.se
15. Rydenstam K. *Tid för vardagsliv – Kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/91 och 2000/01*. *Levnadsförhållanden Rapport 99*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 2003.
16. Rasmussen F, Johansson M, Hansen HO. Trends in overweight and obesity among 18-year-old males in Sweden between 1971 and 1995. *Acta Paediatr*. 1999;88(4):431-7.
17. Bremberg S. *Sociala skillnader i ohälsa bland barn i Sverige – en litteraturöversikt*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
18. Bremberg S. *Ojämlighet i hälsa: perspektiv, begrepp och mått*: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
19. West P, Sweeting H. Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland. *Soc Sci Med*. 2004;59(1):13-27.
20. Hammarström A. *Ungdomsarbetslöshet och ohälsa. Resultat från en två-årsuppföljning*. Stockholm: Karolinska Institutet; 1986.
21. Koivusilta LK, Rimpela AH, Kautiainen SM. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health*. 2006;6(1):110.

22. Hagquist C. Health inequalities among adolescents – the impact of academic orientation and parents' education. *European Journal of Public Health*. 2006;(in press 2006).
23. Hjern A, Bremberg S. Social aetiology of violent deaths in Swedish children and youth. *J Epidemiol Comm Health*. 2002;56:688-92.
24. Palaszewski B, Auer A. Utländsk bakgrund spelar mindre roll för betygen. *Välfärd*. 2006(1).
25. Statens folkhälsoinstitut, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO), Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO), Jämställdhetsombudsmannen (JämO). Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa. Statens folkhälsoinstitut, 2006. Tillgänglig på URL: <http://www.fhi.se>
26. Marmot M, Grip G. Statussyndromet: hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur och kultur; 2006.
27. Erikson E. Ungdomens identitetskriser. Stockholm: Natur och Kultur; 1969.
28. Coleman J. Tonårspsykologi. Lund: Liber; 1982.
29. Graham P. *The End of Adolescence*. Oxford: Oxford Medical Publications; 2004.
30. Piaget J, Gruber HE, Vonèche JJ. *The essential Piaget*. London: Routledge & Kegan Paul; 1977.
31. Johannisson K. Om nyttan av att vara sjuk I: Qvarsell R, Rosén A-S, red. Rapport - Forskningsrådsnämnden. Stockholm: Forskningsrådsnämnden (FRN); 1995. p. 9-14.
32. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD-10). Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
33. American Psychiatric Association. MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. Danderyd: Pilgrim Press; 2002.
34. Nordenfelt. Livskvalitet och hälsa: teori & kritik. Solna: Almqvist & Wiksell; 1991.

35. Rothstein B. Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politisk logik. Stockholm: SNS; 1994.
36. World Health Organisation. The Ottawa charter for health promotion. Health Promotion. 1986;1:iii-v.
37. Wikipedia contributors. Stress (medicine). Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2006. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/Stress_%28medicine%29
38. Clow A, Thorn L, Evans P, Hucklebridge F. The awakening cortisol response: methodological issues and significance. *Stress*. 2004;7(1):29-37.
39. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*. 1998;338(3):171-9.
40. Epel ES, Blackburn EH, Lin J, Dhabhar FS, Adler NE, Morrow JD, et al. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2004;101(49):17312-5.
41. Macleod J, Davey Smith G, Heslop P, Metcalfe C, Carroll D, Hart C. Are the effects of psychosocial exposures attributable to confounding? Evidence from a prospective observational study on psychological stress and mortality. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(12):878-84.
42. Goodyer IM. Life experiences, development and childhood psychopathology. Chichester: Wiley; 1990.
43. Goldberg DP. The origins of common mental disorders: vulnerability, destabilisation, and restitution. 2005.
44. Campbell SB. Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36(1):113-49.
45. Compas BE. Promoting successful coping during adolescence. In: Rutter M, editor. *Psychosocial Disturbances in Young People*. Cambridge University press; 1995. p. 247-.
46. Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Soc Sci Med*. 1993;36:1047-52.
47. McMahon SD, Grant KE, Compas BE, Thurm AE, Ey S. Stress and psychopathology in children and adolescents: is

- there evidence of specificity? *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(1):107-33.
48. Dalianis-Karamatzakis A. Children in Turmoil during the Greek civil war 1946-49: today's adults: a longitudinal study on children confined with their mothers in prison. Stockholm: Karolinska Institutet, akademisk avhandling; 1994.
 49. Räsänen E. Excessive life changes during childhood and their effects on mental and physical health in adulthood. *Acta Paedopsychiatr*. 1992;55(1):19-24.
 50. Gähler M. Life After Divorce. Economic, social and psychological well-being among Swedish adults and children following family dissolution. Stockholm: Swedish Institute for Social Research. Dissertation Series no 32; 1998.
 51. Rutter M. Invulnerability or why some children are not damaged by stress. In: Rutter M, editor. *Directions in child mental health*. London: Springer medical & scientific books; 1979. p. 53-73.
 52. Maughan B, McCarthy G. Childhood adversities and psychosocial disorders. *Br Med Bull*. 1997;53(1):156-69.
 53. Rutter M, Rutter M. *Developing Minds*. London: Penguin; 1992.
 54. Rutter M. Childhood experiences and adult psychosocial functioning. *Ciba Found Symp*. 1991;156(189):189-200.
 55. Magnusson D, Stattin H. Person-context interaction theories. I: Lerner R, (editor). *Theoretical models of human development*. New York: Wiley; 1997.
 56. Bergman L, Magnusson D. A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 1997;9:291-319.
 57. Kagan J, Snidman N. *The Long Shadow of Temperament* The Belknap Press; 2002.
 58. Haidt J. *The Happiness Hypothesis*: Basic Books; 2005.
 59. Schwartz JE, Friedman HS, Tucker JS, Tomlinson-Keasey C, Wingard DL, Criqui MH. Sociodemographic and psychosocial factors in childhood as predictors of adult mortality. *Am J Public Health*. 1995;85(9):1237-45.

60. Keller MC, Nesse RM. Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *J Affect Disord.* 2005;86(1):27-35.
61. Layard R. *Happiness: lessons from a new science.* London: Allen Lane; 2005.
62. Wikipedia contributors. List of emotions. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2006. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/List_of_emotions
63. Lindahl M, Theorell T, Lindblad F. Test performance and self-esteem in relation to experienced stress in Swedish sixth and ninth graders-saliva cortisol levels and psychological reactions to demands. *Acta Paediatr.* 2005;94(4):489-95.
64. World Health Organisation. *World Health Report.* Geneva: WHO; 2002.
65. Sen A. Health: perception versus observation. Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. *Br Med J.* 2002;324:860-1.
66. Willis P. *Learning to labour: how working class kids get working class jobs.* Farnborough: Saxon House; 1977.
67. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* New York: Academic Press; 1977.
68. Rose G. *The strategy of preventive medicine.* New York: Oxford University Press; 1998.
69. Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P, Munk-Jorgensen P, Bhugra D. First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *J Affect Disord.* 2005;87(2-3):151-60.
70. Institutet för social forskning (SOFI). *Levnadsnivåundersökningarna.* SOFI, 2000. Tillgänglig på URL: www.sofi.su.se/LNU2000/
71. Erikson R, Åberg R, red. *Välfärd i förändring: levnadsvillkor i Sverige 1968-1981.* Stockholm: Prisma i samarbete med Inst. för social forskning; 1984.

72. Wångby M, Magnusson D, Stattin H. Time trends in the adjustment of Swedish teenage girls: a 26-year comparison of 15-year-olds. *Scand J Psychol.* 2005;46(2):145-56.
73. Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O. Prevalence of headache in Swedish schoolchildren, with a focus on tension-type headache. *Cephalalgia.* 2004;24(5):380-8.
74. Cederblad M, Höök M. Vart sjätte barn har psykiska störningar. *Läkartidningen.* 1986;81:953-9.
75. Hagnell O, Ojesjo L, Otterbeck L, Rorsman B. Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby Study. A point prevalence study of the 1957 Lundby cohort of 2,612 inhabitants of a geographically defined area who were re-examined in 1972 regardless of domicile. *Scand J Soc Med Suppl.* 1994;50:1-77.
76. Jonsson J, Lundberg O, Tham H, editors. *Tabeller och figurer: Bilaga till rapport nr 5: Välfärd i förändring.* Stockholm: Institutet för social forskning, Stockholms universitet; 1984.
77. Danielson M. *Svenska skolbarns hälsovanor 2001/02.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
78. Wennerholm P, Danielson M. *Skolbarns hälsa och välbefinnande 1985-2001: En reliabilitets- och validitetsrapport från Skolbarns hälsovanor.* Statens folkhälsoinstitut, 2005. Tillgänglig på URL: www.fhi.se
79. Hagquist C, Starrin B, Sundh M. *Ung i Värmland 1988-2002.* Karlstad: Karlstad University Studies; 2004.
80. Grufman M, Carlsten C, Krabbe M, Berg-Kelly K. Health and health behaviours among Swedish adolescents during a period of social change. *Acta Paediatr.* 1999;88(12):1380-4.
81. *Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Så har vi det 1999! En studie från Göteborg om ungdomars livsstil och hälsa.* Göteborg: Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus; 1999.
82. Forsell Y, Dalman C. *Psykisk ohälsa hos unga.* Stockholm: Epidemiologiska enheten Stockholms läns landsting; 2004.

83. Rahmqvist M, Carstensen J. Trend of psychological distress in a Swedish population from 1989 to 1995. *Scand J Soc Med.* 1998;26(3):214-22.
84. CAN. Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2004. Stockholm: CAN; 2004.
85. Olsson G, von Knorring A. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;99(5):324-31.
86. Socialstyrelsen. Flickor som skadar sig själva. En kartläggning av problemets omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
87. Socialstyrelsen. Att följa och analysera självmord. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
88. Dalman C, Wicks S, Jörgensen L. Psykiatrisk vårdkonsumtion i Stockholms län 1998-2004. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting; 2005.
89. Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, IkAheimo K, Helenius H. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(9):1134-45.
90. Allebeck P, Brandt L, Nordstrom P, Asgard U. Are suicide trends among the young reversing? Age, period and cohort analyses of suicide rates in Sweden. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;93(1):43-8.
91. Hultén A, Wasserman D. Suicide among young people aged 10-29 in Sweden. *Scand J Soc Med.* 1992;20(2):65-72.
92. NASP. Statistik. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, 2006. Tillgänglig på URL: www.ki.se/suicide/
93. Standar R, red. Kriminalstatistik 2004. Stockholm: BRÅ; 2005.
94. Rutter M, Smith D, editors. Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes. Chichester: Wiley; 1995.

95. Prosser J, McArdle P. The changing mental health of children and adolescents: evidence for a deterioration? *Psychol Med.* 1996;26(4):715-25.
96. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 1998;248(1):14-21.
97. Tynjälä J, Kannas L. Koululaisten nukkumistottumukset, unen laatu ja väsyneisyys vuosina 1984-2002. I: Kannas L, editor. *Koululaisten terveys ja terveystyöskäyttötyminen muutoksessa: WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta.* Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto; 2005.
98. Sillanpää M, Anttila P. Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren. *Headache.* 1996;36(8):466-70.
99. Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J. Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics.* 2005;115(4):e434-42.
100. Hakala P, Rimpela A, Salminen JJ, Virtanen SM, Rimpela M. Back, neck, and shoulder pain in Finnish adolescents: national cross sectional surveys. *Br Med J.* 2002;325(7367):743.
101. Karvonen S, Vikat A, Rimpela M. The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland. *J Adolesc.* 2005;28(1):1-16.
102. Anttila P, Metsähonkala L, Sillanpää M. Long-term trends in the incidence of headache in Finnish schoolchildren. *Pediatrics.* 2006;117(6):e1197-201.
103. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004;45(8):1350-62.
104. West P, Sweeting H. Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003;44(3):399-411.
105. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Fischer SA. Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *J Abnorm Psychol.* 1993;102(1):110-20.

106. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*. 2003;289(23):3095-105.
107. Twenge JM. The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *J Pers Soc Psychol*. 2000;79(6):1007-21.
108. World Health Organization - Regional Office for Europe. Health Behavior in School-aged Children. A World Health Organization Collaborative Cross-national Study. København: WHO/Europe; 2006.
109. Due P, Holstein BE, editors. Skolebørnsundersøgelsen 2002. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet; 2003.
110. Dür W, Mravlag K. Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; 2002.
111. The Finnish National Public Health Institute (KTL). Health Behaviour and Health among Finnish Adult Population. Helsinki: KTL; 2006.
112. Statistisk sentralbyrå (SSB). Levekårsundersøkelsene. Oslo; Kongsvinger: SSB; 2006.
113. Kjøller M, Rasmussen NK, editors. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2002.
114. Rutter M, editor. Antisocial behavior by young people. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
115. Maughan B, Iervolino AC, Collishaw S. Time trends in child and adolescent mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2005;18(4):381-5.
116. Verhulst F, van der Ende J, Rietbergen A. Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96(1):7-13.

117. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *J Abnorm Child Psychol.* 2003;31(1):1-11.
118. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psychiatry.* 1996;169(6):705-12.
119. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry.* 2005;186:132-5.
120. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc.* 2000;23(1):47-55.
121. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003;44(8):1191-8.
122. Gunnell D, Wehner H, Frankel S. Sex differences in suicide trends in England and Wales. *Lancet.* 1999;353(9152):556-7.
123. Mittendorfer Rutz E, Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2004;13(5):321-31.
124. De Leo D, Evans R. International Suicide Rates - Recent Trends and Implications for Australia. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2003.
125. Bogner H, Gallo J. Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2004;39(2):126-32.
126. Fischer AH, editor. *Gender and Emotion: Social Psychological Perspectives* Cambridge University Press; 2000.
127. Simon RW, Nath LE. Gender and Emotion in the United States: Do Men and Women Differ in Self-Reports of Feelings and Expressive Behavior? *American Journal of Sociology.* 2004;109:1137-76.
128. Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychol Med.* 1999;29(5):1043-53.

129. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Valimaa R, Danielson M, Overpeck M. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Soc Sci Med*. 2005.
130. Post A, Gilljam H, Meurling L, Bremberg S, Galanti MR. Validity of self-reports in a cohort of Swedish adolescent smokers and smokeless tobacco (snus) users. *Tob Control*. 2005;2:114-7.
131. Tamakoshi A, Ohno Y, Yamada T, Aoki K, Hamajima N, Wada M, et al. Depressive mood and suicide among middle-aged workers: findings from a prospective cohort study in Nagoya, Japan. *J Epidemiol*. 2000;10(3):173-8.
132. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):371-7.
133. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395-405.
134. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(3):450-5.
135. Skolverket. Barn, elever, personal och utbildningsresultat. Kommunal nivå – avseende år 2004. Skolverket, 2005. Tillgänglig på URL: www.skolverket.se
136. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. 2002(3):URL: www.update-software.com/abstracts/ab000564.htm.
137. Love JM, Harrison L, Sagi-Schwartz A, van IMH, Ross C, Ungerer JA, et al. Child care quality matters: how conclusions may vary with context. *Child Dev*. 2003;74(4):1021-33.
138. Sylva. EPPE Effects of Early preschool education. 2004. Tillgänglig på URL: k1.ioe.ac.uk/schools/ecpe/eppe/eppe/pubsprintversion.htm
139. Andersson BE. Effects of public day-care: a longitudinal study. *Child Dev*. 1989;60(4):857-66.

140. Broberg A, Wesselt H, Lamb M, Hwang C. Effects of day care on the development of cognitive abilities in 8-year-olds: a longitudinal study. *Development Psychology*. 1997;33:62-9.
141. Bohlin G, Hagekull B. Behavior problems in Swedish four-year olds. The importance of maternal sensitivity and social context. In: McKinsey, Crittenden P, Hartl Claussen A, editors. *Organization of attachment relationships: maturation, culture, and context*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.; 2000. p. 75–96.
142. Sveriges Kommuner och Landsting. *Aktuellt om skola och barnomsorg* Sveriges Kommuner och Landsting, 2005. Tillgänglig på URL: www.skl.se
143. Bremberg S. *Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa?* Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2001.
144. Flynn JR. Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure. *Psychological Bulletin*. 1987;101(2):171-91.
145. Gustafsson J. Schooling and intelligence: Effects of track of study on level and profile of cognitive abilities. *International Education Journal*. 2001;2(4):166.
146. Emanuelsson I, Reuterberg S, Svensson A. Changing Differences in Intelligence? Comparisons between Groups of 13-Year-Olds Tested from 1960-1990. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 1993;37(4):259-77.
147. Skolverket. *Nationella utvärderingen av grundskolan 2003. Sammanfattande huvudrapport*; 2004.
148. OECD. *Learning for Tomorrow's World – First Results from PISA 2003*. 2004. Tillgänglig på URL: www.pisa.oecd.org
149. Skolverket. *Pisa 2003 – svenska femtonåringars kunskaper och attityder i ett internationellt perspektiv – sammanfattning av rapport 254*. 2004. Tillgänglig på URL: www2.skolverket.se/BASIS/skolbok/webext/trycksak/DDD/1374.pdf
150. Björklund A, Edin P-A, Fredriksson P, Krueger A. *Education, equality, and efficiency – An analysis of Swedish school reforms during the 1990s*. Uppsala: Institute for Labour Market Policy Evaluation; 2004.

151. Skolverket. Utbildningsresultat 2005 – Riksnivå. Skolverket, 2005. Tillgänglig på URL: www.skolverket.se/
152. Teddie C, Reynolds D. The International Handbook on School Effectiveness Research. London: Falmer Press; 1997.
153. MacBeath J, Mortimore P. Improving school effectiveness. Buckingham: Open University press; 2001.
154. Wilson DB, Gottfredson DC, Najaka S. School-bases prevention of problem behaviors: a meta analysis. *J Quantitative Criminology*. 2001;17(3):245-72.
155. Lindberg L, Larsson N, Bremberg S. Ungdomars psykiska hälsa. Utvärdering av ett mätinstrument. Huddinge: Centrum för Barn och Ungdomshälsa; 1999.
156. Anderson J, Werry JS. Emotional and behavioral problems. In: Pless IB, editor. *The epidemiology of childhood disorders*. New York: Oxford University Press; 1994. p. 304-38.
157. Rutter M, Maughan B, Mortimore P, Ouston J. *Fifteen thousand hours*. London: Open Books; 1979.
158. Grosin L. Skolklimat, prestation och anpassning i 21 mellan- och 20 högstgadieskolor. Stockholm: Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen; 2004.
159. Utbildnings- och kulturdepartementet. Skolans ledningsstruktur – Om styrning och ledning i skolan. SOU 2004:116; 2004.
160. Rosenthal R, DiMatteo MR. Meta-analysis: recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:59-82.
161. Frykman J. *Ljusnande framtid. Skola, social mobilitet och kulturell identitet*. Lund: Historiska media; 1998.
162. Kallós D. *Den nya pedagogiken*. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 1978.
163. Vignoles A, Levacic R, Walker J, Machin S, Reynolds D. *The Relationship between Resource Allocation and Pupil Attainment: A Review*. London: London School of Economics; 2000.

164. Pliszka SR. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 7):50-8.
165. Masi G, Tomaiuolo F, Sbrana B, Poli P, Baracchini G, Pruneti CA, et al. Depressive symptoms and academic self-image in adolescence. *Psychopathology*. 2001;34(2):57-61.
166. McGiverin J, Gilman D, Tillitski C. A meta-analysis of the relation between class size and achievement. *Elementary School Journal*. 1989;90(1):47-56.
167. Mosteller F. The Tennessee study of class size in the early school grades. *Future Child*. 1995;5(2):113-27.
168. Molnar A, Smith P, Zahorik J, Palmer A, Halbach A, Ehrle K. Evaluating the SAGE program: A pilot program in targeted pupil-teacher reduction in Wisconsin. *Educ Eval Policy Anal*. 1999;21(2):13.
169. Nye B, Hedges LV, Konstantopoulos S. The long-term effects of small classes: A five-year follow-up of the Tennessee class size experiment. *Educ Eval Policy Anal*. 1999;21(2):127-42.
170. Andersson C, Häkkinen I. En utvärdering av personalförstärkningar i grundskolan. Stockholm: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering; 2005.
171. Statistiska Centralbyrån. Barns villkor. Stockholm: SCB; 2005.
172. Skolverket. Attityder till skolan. Stockholm: Skolverket; 2004.
173. Fjelkner M. Lärarna hjälplösa inför självmorden bland unga. DN. 2005.(2005-08-24).
174. Karasek R, Theorell T. Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
175. Wennerholm P, Bremberg S. När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan. En systematisk forskningsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
176. Gillander-Gådin K, Hammarström A. School related health - a cross-sectional study among young boys and girls. *Int J Health Services*. 2000;30(4):797.

177. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35(7):1171-90.
178. Witkowska E, Menckel E. Perceptions of sexual harassment in Swedish high schools: experiences and school-environment problems. *Eur J Public Health*. 2005;15(1):78-85.
179. Danielson M, Sundbaum B. *Mobbning bland skolbarn*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2003.
180. Utbildnings- och kulturdepartementet. Trygghet, respekt och ansvar – om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever. Prop. 2005/06:38 2005-10-26, 2005. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se/sb/d/5359/a/52047
181. Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg E, Sacco FC, Little TD. Creating a peaceful school learning environment: the impact of an antibullying program on educational attainment in elementary schools. *Med Sci Monit*. 2005;11(7):CR317-25.
182. Frey KS, Hirschstein MK, Snell JL, Edstrom LV, MacKenzie EP, Broderick CJ. Reducing playground bullying and supporting beliefs: an experimental trial of the steps to respect program. *Dev Psychol*. 2005;41(3):479-90.
183. Konu AI, Lintonen TP, Rimpela MK. Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being. *Health Educ Res*. 2002;17(2):155-65.
184. Persson J. Flickor ställer högre krav på sig själva i skolan. *Välfärd*. 2005(3):10-1
185. OECD. PISA 2000; 2001. Tillgänglig på URL: www.oecd.org
186. Markham WA, Aveyard P. A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organisation and pedagogic practice. *Soc Sci Med*. 2003;56(6):1209-20.
187. Wennerholm P, Bremberg S. Bättre skolprestationer med ökat föräldrainsflytande. En systematisk forskningsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
188. Björnsson M. Den demografiska utvecklingen och övergången till högskolan. U06.001. Utbildnings- och kulturdepartemen-

- tet, 2006. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se/sb/d/108/a/57617
189. Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection? *Soc Sci Med.* 2001;53(3):305-20.
 190. Nordström Skans O. Har ungdomsarbetslöshet långsiktiga effekter? Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU); 2004.
 191. Utbildnings- och kulturdepartementet. Unga utanför SOU 2003:92. Stockholm: Utbildnings- och kulturdepartementet; 2003.
 192. OECD. Labour Market Statistics Database. 2004. Tillgänglig på URL: www1.oecd.org/scripts/cde/
 193. Lassnigg L. Youth Labour Market Policy in Austria 1980-1997. Institute for Advanced Studies Austria, 1998. Tillgänglig på URL: www.oecd.org/dataoecd/40/38/1925668.pdf
 194. Collins P. Unemployment, employment & population 20-24 yrs Scotland. 2006 (Personligt meddelande)
 195. StatsWales. Public Reports: Population and Migration. National Assembly for Wales – StatsWales, 2006. Tillgänglig på URL: www.statswales.wales.gov.uk/ReportFolders/ReportFolders.aspx
 196. Griffiths M. Claimant count unemployment for persons aged 20-24 in Wales. 2006 (Personligt meddelande)
 197. Grisafi Favre E. Resident population by occupational status, age and sex, 1970-2000. 2006 (Personligt meddelande)
 198. Statistiska Centralbyrån. Ungdomars etablering. Generationsklyftan 1980–2003. Stockholm: SCB; 2005.
 199. Åberg R. Analys av ULF material. 2006 (Personligt meddelande)
 200. Bauman Z. The individualized society. Cambridge: Polity Press; 2001.
 201. Sennett R. The Corrosion of Character: Personal Consequences of Work in the New Capitalism W W Norton & Co Ltd; 2000.

202. Theorell T, editor. Psykosocial miljö och stress: Studentlitteratur; 2002.
203. Rutter M, editor. Psychosocial Disturbances in Young People Cambridge University press; 1995.
204. Bremberg S. Does an increase of low-income families affect child health inequalities? A Swedish case study. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(8):584-8.
205. Socialdepartementet. Ekonomiskt utsatta barn. Ds 2004:41. Stockholm: Socialdepartementet; 2004.
206. Nahum R-A. Child Health and Family Income: Does the Gradient Hold for Sweden? Uppsala: Department of Economics, Uppsala University (manuscript); 2005.
207. Östberg V, Fritzell J. Ekonomi och barns välfärd. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2003;80(3):228-36.
208. Socialstyrelsen. Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
209. Statistiska Centralbyrån. Inkomstfördelningsundersökningen 2004. Statistiska Centralbyrån, 2006. Tillgänglig på URL: www.scb.se
210. Shaw M. Housing and Public Health. *Annual Review of Public Health*. 2004;25(1):397-418.
211. Statens Bostadskreditnämnd. En egen härd – Unga vuxnas etablering på bostadsmarknaden. Stockholm: Miljö- och samhällsbyggnadsdepartementet; 2005.
212. Sellström E, Bremberg S. Närmiljöns betydelse för barns och ungdomars hälsa och välbefinnande – en systematisk kunskapsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
213. Kalff AC, Kroes M, Vles JS, Hendriksen JG, Feron FJ, Steyaert J, et al. Neighbourhood level and individual level SES effects on child problem behaviour: a multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(4):246-50.
214. Silver E, Mulvey E, Swanson J. Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited. *Soc Sci Med*. 2002;55(8):1457.

215. Leventhal T, Brooks-Gunn J. Moving to opportunity: an experimental study of neighborhood effects on mental health. *Am J Public Health*. 2003;93(9):1576-82.
216. Fagg J, Curtis S, Stansfeld S, Congdon P. Psychological distress among adolescents, and its relationship to individual, family and area characteristics in East London. *Soc Sci Med* (1982). 2006;63(3):636-48.
217. Drukker M, Kaplan C, Schneiders J, Feron FJ, van Os J. The wider social environment and changes in self-reported quality of life in the transition from late childhood to early adolescence: a cohort study. *BMC Public Health*. 2006;6(1):133.
218. Andersson R. Etnisk och socioekonomisk segregation i Sverige 1990-1998. I: Socialdepartementet, red. Välfärdens förutsättningar Arbetsmarknad, demografi och segregation SOU 2000:37. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
219. Integrationsverket. Segregation är inte längre ett storstadsfenomen. Integrationsverket, 2004. Tillgänglig på URL: www.integrationsverket.se
220. World Health Organisation. World report on violence and health. 2002.
221. Söderberg J. Civilisering, marknad och våld i Sverige 1750 – 1850: Almqvist och Wiksell; 1993.
222. Hupkes G. The law of constant travel time and trip rates. *Futures*. 1982;14:38–46.
223. Kahneman D, Krueger AB, Schkade DA, Schwarz N, Stone AA. A survey method for characterizing daily life experience: the day reconstruction method. *Science*. 2004;306(5702): 1776-80.
224. Sörbom A. The protest of the individual. Political consumerism. Axess, 2003. Tillgänglig på URL: www.axess.se
225. Utbildnings- och kulturdepartementet. Makt att bestämma – rätt till välfärd. Regeringens proposition 2004/05:2. Utbildningsdepartementet, 2004. Tillgänglig på URL: www.riksdagen.se
226. Larner MB, Zippiroli L, Behrman RE. When school is out: analysis and recommendations. *Future Child*. 1999;9(2):4-20.

227. Bremberg S. Kommunala insatser som kan förbättra psykisk hälsa bland barn och ungdom – några exempel på analyser av effekter och kostnader. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, publiceras hösten 2006.
228. Mahoney J, Stattin H, Magnusson D. Youth recreation center participation and criminal offending: A 20-year longitudinal study of Swedish boy. *International Journal of Behavioral Development*. 2001;(in press).
229. Persson A, Kerr M, Stattin H. Why a leisure context is linked to normbreaking for some girls and not others: personality characteristics and parent-child relations as explanations. *Journal of Adolescence*. 2004;27:583-98.
230. Svenska Kommunförbundet. Om kultur- och fritidssektorerna. Kostnader Svenska Kommunförbundet, 2004. Tillgänglig på URL: www.skl.se
231. Dalman C, Bremberg S. Hur satsar vi på barnen? Insatser för barn och ungdom i Stockholms län mätt i kronor. Huddinge: Centrum för Barn- & ungdomshälsa; 1999.
232. Statistiska Centralbyrån. Barn och deras familjer 2002. Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 2004.
233. Halford W, Sanders M, Behrens B. Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *J Fam Psychol*. 2001;15(4):750-68.
234. Rosenfeld A, Wise N. *Hyper-Parenting: Are You Hurting Your Child by Trying Too Hard?* New York: St. Martin's Press 2000.
235. Hougaard B. *Curlingföräldrar och servicebarn: en handbok i barnuppfostran*. Stockholm: Pan; 2005.
236. Socialdepartementet. Barn och misshandel SOU 2001:18; 2001.
237. Bremberg S, editor. *Nya verktyg för föräldrar. Förslag till nya former av föräldrastöd*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
238. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*. 1979;109(2):186-204.

239. Östergren PO, Hanson BS. Forskning om socialt nätverk och socialt stöd – metod eller teoriproblem? *Socialmedicinsk Tidskrift*. 1990;67(1-2):38-42.
240. Cohen S, Gottlieb BJ, Underwood LG. Social Relationships and Health. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BJ, editors. *Social support measurements and intervention*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 3-25.
241. Vernberg EM. Psychological adjustment and experiences with peers during early adolescence: reciprocal, incidental, or unidirectional relationships? *J Abnorm Child Psychol*. 1990;18(2):187-98.
242. Windle M. A longitudinal study of stress-buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*. 1992;28:522-30.
243. Windle M. A study of friendship characteristics and problem behaviors among middle adolescents. *Child Dev*. 1994;65(6):1764-77.
244. Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *J Abnorm Psychol*. 2004;113(1):155-9.
245. Zimmerman MA, Ramirez-Valles J, Zapert KM, Maton KI. A longitudinal study of stress-buffering effects for urban african-american male adolescent problem behaviors and mental health. *Journal of Community Psychology*. 2000;28:17-33.
246. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *J Urban Health*. 2001;78(3):458-67.
247. Kendler KS, Myers J, Prescott CA. Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):250-6.
248. Peirce RS, Frone MR, Russell M, Cooper ML, Mudar P. A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychol*. 2000;19(1):28-38.

249. Orford J. Community psychology. Theory and practice. Chichester: Wiley; 1992.
250. Berkman L, Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 137-73.
251. Post SG. Altruism, Happiness, and Health: It's Good to Be Good. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2005; 12(2):66-77.
252. Bourdieu P. Distinction. London: Routledge; 1986.
253. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. *Am J Sociology*. 1988;94:95-120.
254. Putnam R, Leonardi R, Nanetti R. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.
255. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(8):619-27.
256. Inglehart R, Basanez M, Diez-Medrano J, Halman L, Luijkx R, editors. Human Beliefs and Values. Mexico: Soglo Veintiuno Ediciones; 2004.
257. Putnam RD. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community Simon & Schuster Ltd; 2000.
258. Aristoteles, Stalley RF, Barker E. Politics. Oxford; New York: Oxford University Press; 1998.
259. Nussbaum M, Sen A. The Quality of Life. Oxford: Oxford University Press; 1993.
260. Brown S. A Boon for Caregivers. *Psychology Today*. 2005.
261. Rosenberg G. Plikten, profiten och konsten att vara människa: Bonniers; 2003.
262. Vignau J, Bailly D, Duhamel A, Vervaecke P, Beuscart R, Collinet C. Epidemiologic study of sleep quality and troubles in French secondary school adolescents. *J Adolesc Health*. 1997;21(5):343-50.

263. LeBourgeois MK, Giannotti F, Cortesi F, Wolfson AR, Harsh J. The relationship between reported sleep quality and sleep hygiene in Italian and American adolescents. *Pediatrics*. 2005;115(1 Suppl):257-65.
264. Riemann D, Berger M, Voderholzer U. Sleep and depression –results from psychobiological studies: an overview. *Biological psychology*. 2001;57(1-3):67-103.
265. Mayers A, Baldwin D. The relationship between sleep disturbance and depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2006;10(1):2-16.
266. Klackenberg G. Sleep behaviour studied longitudinally. Data from 4–16 years on duration, night-awakening and bed-sharing. *Acta paediatrica Scandinavica*. 1982;71(3):501-6.
267. Tynjälä J, Kannas L, Valimaa R. How young Europeans sleep. *Health Educ Res*. 1993;8(1):69-80.
268. Nordlund G, Norberg H, Lennerenäs M, Gillberg M, Pernler H. Dyngsrytm och skolarbete. Pedagogiska institutionen Umeå universitet, 2004. Tillgänglig på URL: www.pedag.umu.se
269. Thorleifsdottir B, Bjornsson JK, Benediktsdottir B, Gislason T, Kristbjarnarson H. Sleep and sleep habits from childhood to young adulthood over a 10-year period. *J Psychosom Res*. 2002;53(1):529-37.
270. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*. 2003;111(2):302-7.
271. Yang CK, Kim JK, Patel SR, Lee JH. Age-related changes in sleep/wake patterns among Korean teenagers. *Pediatrics*. 2005;115(1 Suppl):250-6.
272. Rydell A, Bremberg S. TV-konsumtion och barns hälsa och anpassning. En systematisk kunskapsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
273. Kubey RW, Csíkszentmihályi M. *Television and the quality of life : how viewing shapes everyday experience*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1990.
274. Medierådet. *Unga & Medier 2005*. Stockholm: Medierådet; 2005.

275. Marklund U. Skolbarns hälsovanor under ett decennium. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1997.
276. Anderson CA. An update on the effects of playing violent video games. *J Adolesc.* 2004;27(1):113-22.
277. Dill KE, Dill JC. Video game violence: A review of the empirical literature. *Aggression & Violent Behavior.* 1998;3(4):407-28.
278. Sherry JL. The effects of violent video games on aggression: A meta-analysis. *Human Communication Research.* 2001;27(3):409-31.
279. Griffiths M. Violent video games and aggression: A review of the literature. *Aggression & Violent Behavior.* 1999;4(2):203-12.
280. Lager A, Bremberg S. Hälsoeffekter av tv- och datorspelade: en systematisk genomgång av vetenskapliga studier. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
281. Subrahmanyam K, Greenfield P, Kraut R, Gross E. The impact of computer use on children's and adolescents' development. *Journal of Applied Developmental Psychology.* 2001;22(1):7-30.
282. Marshall SJ, Biddle SJ, Gorely T, Cameron N, Murdey I. Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28(10):1238-46.
283. Ungdomsstyrelsen. New game: om unga och datorspel. Rapport No. 2006:2. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2006.
284. Perez CE. Children who become active. *Health Rep.* 2003;14 Suppl:17-28.
285. Gordon-Larsen P, Adair LS, Popkin BM. Ethnic differences in physical activity and inactivity patterns and overweight status. *Obes Res.* 2002;10(3):141-9.
286. O'Loughlin J, Gray-Donald K, Paradis G, Meshefedjian G. One- and two-year predictors of excess weight gain among elementary schoolchildren in multiethnic, low-income, inner-city neighborhoods. *Am J Epidemiol.* 2000;152(8):739-46.

287. Eriksson TH. "Dataspelen styrde hela mitt liv". Aftonbladet, 2004. Tillgänglig på URL: www.aftonbladet.se/vss/foraldrar/story/0,2789,578296,00.html
288. Brundin S. "Fler datorspelsberoende än narkomaner i Sverige". IDG.se, 2004. Tillgänglig på URL: www.idg.se/ArticlePages/200404/14/20040414110926_CS/20040414110926_CS.dbp.asp
289. Persson A. "Tv-spel gör barn beroende". Dagens nyheter, 2004. Tillgänglig på URL: www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.sp?d=147&a=351612
290. Robinson TN, Chen HL, Killen JD. Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. *Pediatrics*. 1998;102(5):E54.
291. Kraut R, Kiesler S, Boneva B, Cummings JN, Helgeson V, Crawford AM. Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*. 2002;58(1):49-74.
292. Anderson B, Tracey K. Digital living – The impact (or otherwise) of the Internet on everyday life. *American Behavioral Scientist*. 2001;45(3):456-75.
293. Franzen A. Social capital and the Internet: Evidence from Swiss panel data. *Kyklos*. 2003;56(3):341-60.
294. Jennings MK, Zeitner V. Internet use and civic engagement – A longitudinal analysis. *Public Opinion Quarterly*. 2003;67(3):311-34.
295. Hakala PT, Rimpela AH, Saarni LA, Salminen JJ. Frequent computer-related activities increase the risk of neck-shoulder and low back pain in adolescents. *Eur J Public Health*. 2006.
296. Diepenmaat AC, van der Wal MF, de Vet HC, Hirasing RA. Neck/shoulder, low back, and arm pain in relation to computer use, physical activity, stress, and depression among Dutch adolescents. *Pediatrics*. 2006;117(2):412-6.
297. Statistiska Centralbyrån. Privatpersoners användning av datorer och Internet 2005; Statistiska Centralbyrån, 2005.
298. Ling R. Adolescent girls and young adult men: Two sub-cultures of the mobile telephone. Telenor, 2001. Tillgänglig på URL: www.telenor.com/

299. Ling R. The socio-linguistics of SMS: An analysis of SMS use by a random sample of Norwegians. In: Ling R, Pedersen P, editors. *Mobile communications: Renegotiation of the social sphere*. London: Springer; 2005. p. 335–49.
300. Ling R, Yttri B, Andersen B, Diduca D. Mobile communication and social capital in Europe. In: Nyri K, editor. *Mobile Democracy: Essays on Society, Self and Politics*. Vienna: Passagen Verlag; 2003.
301. Theorell T. *Kultur för hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
302. McKinney CH, Antoni MH, Kumar M, Tims FC, McCabe PM. Effects of guided imagery and music (GIM) therapy on mood and cortisol in healthy adults. *Health Psychol*. 1997;16(4):390-400.
303. Schellenberg EG. Music lessons enhance IQ. *Psychol Sci*. 2004;15(8):511-4.
304. Konlaan BB, Theobald H, Bygren LO. Leisure time activity as a determinant of survival: a 26-year follow-up of a Swedish cohort. *Public Health*. 2002;116(4):227-30.
305. Ziehe T. *Kulturanalyser, ungdom, utbildning, modernitet*. Stockholm: Symposium; 1993.
306. Holden. *Capturing Cultural Value How culture has become a tool of government policy*. Demos, 2004. Tillgänglig på URL: www.demos.co.uk/catalogue/culturalvalue/
307. DiLorenzo TM, Bargman EP, Stucky-Ropp R, Brassington GS, Frensch PA, LaFontaine T. Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Prev Med*. 1999;28(1):75-85.
308. Norris R, Carroll D, Cochrane R. The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *J Psychosom Res*. 1992;36(1):55-65.
309. Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim L. Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(1):CD003683.

310. Field T, Diego M, Sanders CE. Exercise is positively related to adolescents' relationships and academics. *Adolescence*. 2001;36(141):105-10.
311. Koivusilta L, Arja R, Andres V. Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Soc Sci Med*. 2003;57(4):577-93.
312. Ericsson I. Motor skills, attention and academic achievements - An intervention study in school year 1-3. Malmö: Lärarutbildningen, Malmö högskola; 2003.
313. Ommundsen Y. Can sports and physical activity promote young peoples' psychosocial health? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2000;120(29):3573-7.
314. Wang J, Patten SB. Prospective study of frequent heavy alcohol use and the risk of major depression in the Canadian general population. *Depress Anxiety*. 2002;15(1):42-5.
315. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(11):1039-44.
316. Paschall MJ, Freisthler B, Lipton RI. Moderate alcohol use and depression in young adults: findings from a national longitudinal study. *Am J Public Health*. 2005;95(3):453-7.
317. Sexton H, Lipton RI, Nilssen O. Relating alcohol use and mood: results from the Tromso study. *J Stud Alcohol*. 1999;60(1):111-9.
318. CAN. Mindre narkotika och alkohol bland skolelever och mönstrande. 2006-06-14, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2006. Tillgänglig på URL: www.can.se
319. Romelsjö A. Klart samband mellan alkoholkonsumtion och skador. *Läkartidningen*. 1991;88(15):1351-2.
320. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(3):CD003024.
321. Andreasson S, red. Den svenska supen i det nya Europa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.

322. Alkoholinförelutredningen. Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid. SOU 2005:25. Stockholm: Socialdepartementet; 2005.
323. Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Res Health*. 2002;26(1):22-34.
324. Rey JM, Martin A, Krabman P. Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(10):1194-205.
325. Goodman E, Capitman J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens *Pediatrics*. 2000;106(4):748-55.
326. Duncan B, Rees DI. Effect of Smoking on Depressive Symptomatology: A Reexamination of Data from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Am J Epidemiol*. 2005.
327. de Muinck Keizer-Schrama SMPF, Mul D. Trends in pubertal development in Europe. *Hum Reprod Update*. 2001;7(3):287-91.
328. Hunt E. The Role of Intelligence in Modern Society. Are social changes dividing us into intellectual haves and have-nots? The question pushed aside in the 1970s is back, and the issues are far from simple. *American Scientist*. 1995.
329. Shonkoff JP, Philips D. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Institute of Medicine (IOM). Washington, D.C.: National Academy Press 2000.
330. Holloway M. Flynn's Effect. Intelligence scores are rising. *Scientific American*. 1999.
331. Sternberg RJ. Successful intelligence: finding a balance. *Trends in Cognitive Science*. 1999;3(11):436-42.
332. Hinshaw SP. Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. *Psychol Bull*. 1992;111(1):127-55.
333. Sternberg RJ, Grigorenko EL, Bundy DA. The Predictive Value of IQ. *Merrill-Palmer Quarterly*. 2001;47(1):1-41.

334. Fergusson DM, John Horwood L, Ridder EM. Show me the child at seven II: childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(8):850-8.
335. Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O, Hansson K. Intelligence and temperament as protective factors for mental health. A cross-sectional and prospective epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1995;245(11-19).
336. Batty G, Mortensen E, Osler M. Childhood intelligence in relation to later psychiatric disorder: evidence from a Danish birth cohort study. *Br J Psychiatry*. 2005;187:180-1.
337. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Br J Psychiatry*. 2001;179:324-9.
338. Gunnell D, Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *Br J Psychiatry*. 2005;187:206-8.
339. Clausen JS. Adolescent competence and the shaping of the life course. *Am J Sociology*. 1991;96:805-42.
340. Lachman ME, Weaver SL. The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74(3):763-73.
341. Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramirez M. Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Dev Psychopathol*. 1999;11(1):143-69.
342. Batty GD, Der G, Macintyre S, Deary IJ. Does IQ explain socioeconomic inequalities in health? Evidence from a population based cohort study in the west of Scotland. *Br Med J*. 2006;332(7541):580-4.
343. Svensson A, Emanuelsson I, Reuterberg I. Changes in intelligence from 1960 to 1995 in relation to cohort, gender, and socioeconomic background: Paper presented at the AERA Annual Meeting, Chicago, 24-28 March; 1997.

344. Nathanelsson K. The Development of the Supply of Skills across Countries and the Evolution of Wage Inequality. Uppsala: Department of Economics, Uppsala University; 2003.
345. Rutter M, Rutter M. Developing Minds. London: Penguin; 1992.
346. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol*. 1997;25(2):115-52.
347. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU, 2004.
348. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(1):CD003380.
349. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention for Preventing Depression in Adolescent Offspring of Depressed Parents. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(12):1127-34.
350. Center for Health Research. Adolescent Coping With Depression (CWD-A) Course. Center for Health Research, 2002. Tillgänglig på URL: www.kpchr.org/public/news/newACWD.asp
351. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *Br Med J*. 2004;328(7434):265-0.
352. Andersson G, Bergstrom J, Hollandare F, Carlbring P, Kaldo V, Ekselius L. Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2005;187:456-61.
353. Livanda. Kognitiv beteendeterapi på Internet. Livanda, 2006. Tillgänglig på URL: www.livanda.se/
354. von Knorring L, Bejerot S, Björkelund C, Fahlén T, Fredrikson M, Rydelius P-A, et al. Behandling av ångestsyndrom. SBU, 2005. Tillgänglig på URL: www.sbu.se/
355. Wikipedia contributors. Mindfulness. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2006. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/Mindfulness

356. Törneke N. Mindfulness och psykoterapi. Svenska föreningen för Kognitiv Psykoterapi, 2002. Tillgänglig på URL: www.kognitiva.org/Mindfulness.html
357. Astin JA. Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychother Psychosom.* 1997;66(2): 97-106.
358. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med.* 1998;21(6):581-99.
359. Williams KA, Kolar MM, Reger BE, Pearson JC. Evaluation of a Wellness-Based Mindfulness Stress Reduction intervention: a controlled trial. *Am J Health Promot.* 2001;15(6):422-32.
360. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(2):275-87.
361. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(1):31-40.
362. Canter PH, Ernst E. Insufficient evidence to conclude whether or not Transcendental Meditation decreases blood pressure: results of a systematic review of randomized clinical trials. *J Hypertens.* 2004;22(11):2049-54.
363. Socialstyrelsen. ADHD hos barn och vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
364. Ogden T. Social kompetens och problembeteende i skolan: kompetensutvecklande och problemlösande arbete. Stockholm: Liber; 2003.
365. Webster-Stratton C. Utveckla barns emotionella och sociala kompetens. Stockholm: Gothia; 2003.
366. Kimber B. Att främja barns och ungdomars sociala och emotionella utveckling. Teori och praktik. Handbok för pedagoger. Stockholm: Ekelunds Förlag; 2003.

367. Wilson KG, Stelzer J, Bergman JN, Kral MJ, Inayatullah M, Elliott CA. Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25(2):241-52.
368. Slovic P. Perception of risk. *Science.* 1987;236:280-5.
369. WHO. Reducing risks. Geneva: WHO; 2002.
370. Beck U. Risk society. Towards a new modernity. London: Sages; 1992.
371. Larsson B. Copingstrategier hos barn och tonåringar i skolåldern. *Socialmedicinsk Tidskrift.* 1995(1):25-9.
372. Hampel P, Petermann F. Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *J Adolesc Health.* 2006;38(4):409-15.
373. Plancherel B, Bolognini M. Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence* 1995;18(4):459-74.
374. Wennerholm P. Systematisk sammanställning av litteratur som behandlar effekter av olika former av coping. Statens folkhälsoinstitut, 2005. Tillgänglig på URL: www.fhi.se/upload/12669/coping.pdf
375. Glyshaw K, Cohen LH, Towbes LC. Coping strategies and psychological distress: prospective analyses of early and middle adolescents. *Am J Community Psychol.* 1989;17(5):607-23.
376. Bombardier CH, D'Amico C, Jordan JS. The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behav Res Ther.* 1990;28(4):297-304.
377. Ross CE, Mirowsky J. Explaining the social patterns of depression: control and problem solving--or support and talking? *J Health Soc Behav.* 1989;30(2):206-19.
378. Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents. New York: Plenum; 1997.
379. Arborelius E. "Du bestämmer!" – en metod för hälsovägledning i årskurs 9. Statens Folkhälsoinstitut, 2003. Tillgänglig på URL: www.fhi.se
380. Hellsten T, Kronqvist D. Ju mindre du gör desto mer får du gjort: om livets paradoxer. Göteborg: Cordia; 2004.

381. De Graaf J, Wann D, Naylor TH. *Affluenza: The All-Consuming Epidemic*. San Fransisco: Barrett-Koehler Publishers; 2001.
382. Schwartz B. *The Paradox of Choice: Why More Is Less*. HarperCollins 2004.
383. Eccleston C, Yorke L, Morley S, Williams AC, Mastroyannopoulou K. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(1):CD003968.
384. McGrath PJ, Humphreys P, Keene D, Goodman JT, Lascelles MA, Cunningham SJ, et al. The efficacy and efficiency of a self-administered treatment for adolescent migraine. *Pain*. 1992;49(3):321-4.
385. Ewart CK, Harris WL, Iwata MM, Coates TJ, Bullock R, Simon B. Feasibility and effectiveness of school-based relaxation in lowering blood pressure. *Health Psychol*. 1987;6(5):399-416.
386. Goldbeck L, Schmid K. Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(9):1046-54.
387. Means MK, Lichstein KL, Epperson MT, Johnson CT. Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. *Behav Res Ther*. 2000;38(7):665-78.
388. Osterhaus SO, Passchier J, van der Helm-Hylkema H, de Jong KT, Orlebeke JF, de Grauw AJ, et al. Effects of behavioral psychophysiological treatment on schoolchildren with migraine in a nonclinical setting: predictors and process variables. *J Pediatr Psychol*. 1993;18(6):697-715.
389. Labbe EE. Treatment of childhood migraine with autogenic training and skin temperature biofeedback: a component analysis. *Headache*. 1995;35(1):10-3.
390. Kroner-Herwig B, Mohn U, Pothmann R. Comparison of biofeedback and relaxation in the treatment of pediatric headache and the influence of parent involvement on outcome. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 1998;23(3):143-57.

391. Sartory G, Muller B, Metsch J, Pothmann R. A comparison of psychological and pharmacological treatment of pediatric migraine. *Behav Res Ther.* 1998;36(12):1155-70.
392. Scharff L, Marcus DA, Masek BJ. A controlled study of minimal-contact thermal biofeedback treatment in children with migraine. *J Pediatr Psychol.* 2002;27(2):109-19.
393. Wenck LS, Leu PW, D'Amato RC. Evaluating the efficacy of a biofeedback intervention to reduce children's anxiety. *J Clin Psychol.* 1996;52(4):469-73.
394. Humphreys PA, Gevirtz RN. Treatment of recurrent abdominal pain: components analysis of four treatment protocols. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2000;31(1):47-51.
395. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. Exploding the self-esteem myth. *Sci Am.* 2005;292(1):70-7.
396. Andrews JA, Duncan SC. Examining the reciprocal relation between academic motivation and substance use: effects of family relationships, self-esteem, and general deviance. *J Behav Med.* 1997;20(6):523-49.
397. Bandura A. *Self-efficacy: The Exercise of Control.* Basingstoke: W H Freeman & Co; 1997.
398. Bandura A, Pastorelli C, Barbaranelli C, Caprara GV. Self-efficacy pathways to childhood depression. *J Pers Soc Psychol.* 1999;76(2):258-69.
399. McFarlane AH, Bellissimo A, Norman GR. The role of family and peers in social self-efficacy: links to depression in adolescence. *Am J Orthopsychiatry.* 1995;65(3):402-10.
400. Benight CC, Harper ML. Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *J Trauma Stress.* 2002;15(3):177-86.
401. Ungdomsstyrelsen. *De kallar oss unga. Ungdomsstyrelsens Attityd- och värderingsstudie 2003.* Ungdomsstyrelsen, 2003. Tillgänglig på URL: www.ungdomsstyrelsen.se
402. Antonovsky A. *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being.* San Francisco: Jossey-Bass; 1979.

403. Cederblad M, Hansson K. Sense of coherence – a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group. *Isr J Med Sci.* 1996;32(3-4):194-9.
404. Nasser EF, Overholser JC. Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111:125-32.
405. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Blizard R. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *Br Med J.* 2002;324:1551.
406. Balk D. Sibling death, adolescent bereavement, and religion. *Death Stud* 1991;15(1):1-20.
407. Neeleman J, Lewis G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of epidemiology and community health.* 1999;53(4):204-10.
408. Eckersley R, Dear K. Cultural correlates of youth suicide. *Soc Sci Med.* 2002;55(11):1891-904.
409. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *The Journal of nervous and mental disease.* 2000;188(8):543-6.
410. Socialdepartementet. Regeringens proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. 1996. Tillgänglig på URL: www.riksdagen.se
411. Socialdepartementet. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1995:5. Socialdepartementet, 1995. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se/sb/d/108/a/25124
412. Socialdepartementet. Källa till chans. Nationell handlingsplan för den social barn- och ungdomsvården. SOU 2005:81; 2005.
413. Stinzing G. Åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, 2001. Tillgänglig på URL: www.socialstyrelsen.se
414. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1999; 1999.
415. Utbildningsdepartementet. Från dubbla spår till Elevhälsa – i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling. Slutbetän-

- kande av Elevvårdsutredningen. SOU 2000:19. Utbildningsdepartementet, 2000. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se/
416. Areskog B, Berg AÅs, Bremberg S, Cullhed S, Kippel U, Mobjörk S, et al. Ungdomsmottagningen i Linköping – redovisning av 3 1/2 års verksamhet. *Läkartidningen*. 1981;78:4135-8.
 417. Wiksten-Almströmer M. Ungdomsmottagningar – nätverk med helhetssyn på ungas problem *Läkartidningen*. 2006;203:289-92.
 418. Platon, Lindskog C, Thesleff H. Staten. Nora: Nya Doxa; 1993.
 419. Wikipedia contributors. Modernism. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2005. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/Modernity
 420. Wikipedia contributors. Postmodernity. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2005. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/Postmodernity
 421. Aries P. Centuries of childhood. London: Jonathan Cape; 1962.
 422. Furedi F. The children who won't grow up. *Spiked*. 2003(29 July).
 423. Fornäs J, red. Ungdomskulturer: identitet motstånd. Stockholm: Symposium; 1987.
 424. Weber M. Class, status, party. In: Gerth HH, Mills CW, editors. *From Max Weber: Essays in sociology*. New York: Routledge and Kegan Paul; 1958.
 425. Twenge JM, Zhang L, Im C. It's beyond my control: a cross-temporal meta-analysis of increasing externality in locus of control, 1960-2002. *Pers Soc Psychol Rev*. 2004;8(3):308-19.
 426. Inglehart R. *Modernization and postmodernization*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1997.
 427. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change, and democracy*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 2005.
 428. Inglehart R. *Globalization and Postmodern Values*. Institute for Social Research at University of Michigan, 2005. Tillgänglig på URL: wvs.isr.umich.edu

429. Holmberg S, Weibull L, SOM-institutet, red. Lyckan kommer, lyckan går: trettio kapitel om politik, medier och samhälle: SOM-undersökningen 2004. Göteborg: SOM-institutet Göteborgs universitet; 2005.
430. Rokeach M. The nature of human values. New York London: Free Press; Collier Macmillan; 1973.
431. Maercker A. Association of Cross-Cultural Differences in Psychiatric Morbidity With Cultural Values: A Secondary Data Analysis. *German J Psychiatry*. 2001;4:17-23.
432. Norris P, Inglehart R. Sacred and Secular. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
433. Kautto M, Fritzell J, Hvinden B, Kvist J, Uusitalo H, editors. Nordic welfare states in the European context. London: Routledge; 2001.
434. Socialdepartementet. Valfärdsbokslut för 1990-talet. SOU 2001:73. Stockholm: Socialdepartementet; 2001.
435. Illich I. Medical nemesis. New York: Pantheon; 1976.
436. Rosen C. The Overpraised American. *Policy Review*. 2005(133).
437. Furedi F. Therapy culture: cultivating vulnerability in an uncertain age. London: Routledge; 2004.
438. Sommers HC, Satel S. One Nation Under Therapy: How the Helping Culture Is Eroding Self-Reliance: St Martin's Press; 2005.
439. Lasch C. The Culture of Narcissism. New York: Norton; 1978.
440. Svendsen L. Terapikulturen sjukförklarar människolivet SvD. 2006(18 maj).
441. Kierkegaard S. Begreppet ångest. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 1963.
442. Sartre JP. Varat och intet. Göteborg: Korpen; 1983.
443. Aronen ET, Soininen M. Childhood depressive symptoms predict psychiatric problems in young adults. *Can J Psychiatry*. 2000;45(5):465-70.

444. Bremberg S, Hjern A, Widlund G. Barns uppväxtmiljö styr kognitiv utveckling. BVCs 4-årskontroll redskap i kommunal planering. Läkartidningen. 1996;93(17):1614-6.
445. Olweus D. To bully/victim problems in school: Intervention and Prevention. Norway: University of Bergen, Department of Psychosocial Science; 1991.
446. Grieve J. Organisation of schools in Canada. 2006 (Personligt meddelande)
447. Hedwall K, Olsson G, Skjönberg B, Wester K. Att granska och förbättra kvalitet. Om kvalitetsutveckling i skola, förskola, skolbarnsomsorg och vuxenutbildning – en kunskapsöversikt över aktuell forskning och utveckling samt dokumenterad erfarenhet. Stockholm: Myndigheten för Skolutveckling; 2002.
448. Utbildningsdepartementet. Utvecklingsplan för förskola, skola och vuxenutbildning. Skr 19996/97:112. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 1996.
449. Wikipedia contributors. Kaizen. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2005. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/Kaizen
450. NE författare. Kvalitetscirkel. Nationalencyklopedin, 2005. Tillgänglig på URL: www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=234212
451. Holmstrand L, Härnsten G. Förutsättningar för forskningscirklar i skolan. En kritisk granskning. Stockholm. Myndigheten för Skolutveckling, 2003.
452. Scherp H. PBS - problembaserad skolutveckling. Karlstad Universitet, 2005. Tillgänglig på URL: www.pbs.kau.se/
453. Göteborgs stad. Balanserade styrkort i Göteborgs Stad. Göteborgs Stad, 2006. Tillgänglig på URL: www.balansen.goteborg.se
454. Bremberg S, Denneberg I, Jansson B, Lindén U, Nilsson A. Elever lär sig minska risken för arbetsskador genom att förbättra skolans arbetsmiljö. Ett försök vid gymnasiets yrkeslinjer. Grön rapport no 264. Stockholm: Arbetsmiljöfonden och Socialmedicin, Kronan; 1991.
455. Wikipedia contributors. ISO 9000. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2006. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/ISO_9000

456. Spicker P. Social Policy. London: Prentice Hall; 1995.
457. Wikipedia contributors. Lisbon Strategy. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2006. Tillgänglig på URL: en.wikipedia.org/wiki/Lisbon_Strategy
458. Levi L. Blott lik gagnar föga till. Svenska Dagbladet, 2005-12-14, 2005. Tillgänglig på URL: www.svd.se
459. Schröder L. Ungdomsarbetslösheten i ett internationellt perspektiv. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU); 2000.
460. Lindquist U, Mårtensson K, Wennemo I. Felriktad yrkesutbildning ger brist på industriarbetar. DN. 2006(30 mars).
461. Lindquist U. Gymnasieskolans program riktade mot industrin. Landsorganisationen i Sverige, 2006. Tillgänglig på URL: www.lo.se
462. Utbildnings- och kulturdepartementet. Anställ Unga! Delbetänkande av Koordinatörn för unga till arbete SOU 2006:61. Stockholm: Utbildnings- och kulturdepartementet; 2006.
463. Utbildnings- och kulturdepartementet. Arbetslivet som lärmiljö Dir. 2006:34. Utbildnings- och kulturdepartementet, 2006. Tillgänglig på URL: rixlex.riksdagen.se
464. Skolverket. Nationella kvalitetsgranskningar 2000 Stockholm: Skolverket; 2000.
465. Skolverket. Utvärdering av vägledning inom det offentliga skolväsendet. 2005. Tillgänglig på URL: www.skolverket.se
466. Skolverket. Utbildningsinfo.se. Skolverket, 2006. Tillgänglig på URL: www.utbildningsinfo.se
467. Socialdepartementet. Förordning (2001:309) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut. 2001. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se
468. Socialdepartementet. Förordning (2002:1085) med instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2002. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se
469. Socialdepartementet. Förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen. 1996. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se

470. SKL. Öppna jämförelser av landstingens sjukvård. 2006-06-19, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, 2006. Tillgänglig på URL: www.skl.se
471. Öfverberg C, Bremberg S. Går det att förklara varför ungdomars psykiska hälsa är bättre i vissa skolor? En studie av skyddsfaktorer i olika skolmiljöer. Stockholm: Samhällsmedicin; 2000.
472. Nilsson B. FoU enhetens arbete vid SKL. 2006 (Personligt meddelande)
473. Finansdepartementet. Jämförelsevis - Styrning och uppföljning med nyckeltal i kommuner och landsting. SOU 2005:110. 2005. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se
474. Frampton I, et al. Youthinmind. Youthinmind Ltd, 2006. Tillgänglig på URL: www.youthinmind.co.uk/
475. Ungdomsstyrelsen. Ung idag 2006. Ungdomsstyrelsen, 2006. Tillgänglig på URL: www.ungdomsstyrelsen.se
476. Höskoleverket. Granskning av lärarutbildningen: Lärarutbildningen har allvarliga brister. Höskoleverket, 2005. Tillgänglig på URL: web2.hsv.se/publikationer/pressmeddelanden/2005/050321_1a.shtml
477. Stattin H. When do preschool conduct problems link to social adjustment problems? In: Bergman LR, Cairns RR, Nilsson L-G, Nystedt L, editors. Developmental Science and the Holistic Approach: Lawrence Erlbaum Associates; 2000.
478. Mellbin T, Sundelin C, Vuille J. Från 4 år till 10. Stockholm: Socialstyrelsen; 1982.
479. Verhulst F, van der Ende J. Six-year developmental course of internalizing and externalizing problem behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(5):924-31.
480. Sylva K. School influences on children's development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35(1):135-70.
481. World Health Organisation. Prevention of Mental Disorders; 2004.
482. Socialstyrelsen. Resursfördelning i åtta kommuner. En pilotstudie med fokus på barn och unga. Socialstyrelsen, 2006. Tillgänglig på URL: www.socialstyrelsen.se

483. Socialdepartementet. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 1986. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se
484. International Society for Equity in Health. Definitions. 2005. Tillgänglig på URL: www.iseqh.org/workdef_en.htm
485. Regeringskansliet. Mål för jämställdhetspolitiken. 2006. Tillgänglig på URL: www.regeringen.se
486. Cederblad M. Från barndom till vuxenliv: en översikt av longitudinell forskning. Stockholm: Gothia och Centrum för utvärdering av socialt arbete; 2003.
487. SOFI. Institutet för social forskning 2006. Tillgänglig på URL: www.sofi.su.se
488. CHESS. Centre for Health Equity Studies. 2006. Tillgänglig på URL: www.chess.su.se
489. Socialstyrelsen. Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa – förslag till nationella och återkommande undersökningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
490. Goodman R, et al. Comparing the strengths and difficulties Questionnaire and the CBCL: is small beautiful? 1999.
491. Goodman R. Psychometric properties of the strength and difficulties questionnaire. *Journal of the American academy of child and adolescents psychiatry*. 2001;40:1337-45.
492. Hagquist C, Andrich D. Measuring subjective health among adolescents in Sweden. A Rasch-analysis of the HBSC – Instrument. *Social Indicators Research*. 2004;68:201–20.
493. Giles J. Internet encyclopaedias go head to head. *Nature*. 2005;438(7070):900-1.

Kommittédirektiv



Ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan

**Dir.
2005:61**

Beslut vid regeringssammanträde den 19 maj 2005

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att analysera ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan. Syftet är att få en samlad bild av vilka faktorer i ungdomars livsvillkor som kan antas ligga bakom ökningen av stress och stressrelaterade symptom. Med ungdom avses i detta sammanhang i huvudsak barn och ungdomar mellan 13 och 25 år.

Utredaren skall sammanställa kunskap om vilka faktorer i ungdomars livssituation som orsakar stress och föreslå metoder och tillvägagångssätt för att bidra till att minska orsakerna till stress. Utredaren skall också överväga hur samhällets insatser kan samordnas för att motverka stress bland ungdomar.

Vidare skall utredaren lämna förslag till förbättringar när det gäller att följa utvecklingen av ungdomars psykiska hälsa över tid och övrig statistik och kunskapsinsamling på området. Utredaren skall också ur ett helhetsperspektiv analysera samhällets stöd till de drabbade och identifiera områden av särskild vikt för ungdomars psykiska hälsa som kan behöva utvecklas och stärkas.

Bakgrund

Den ungdomspolitiska propositionen

I propositionen Makt att bestämma – rätt till välfärd (prop. 2004/05:2), föreslog regeringen två övergripande mål för den nationella ungdomspolitiken. Målen skulle ersätta de tidigare antagna målen för den nationella ungdomspolitiken. I propositionen presenterade regeringen vidare bland annat ungdomspolitiska prioriteringar och ett ungdomspolitiskt handlingsprogram.

Frågor som angavs bli prioriterade i arbetet för att förbättra ungdomars tillgång till makt och välfärd de närmaste åren är att öka sysselsättningen, stärka ungdomars tillgång till utbildning och att göra fler bostäder tillgängliga för ungdomar. Regeringen angav också att insatser för ungdomars hälsa och trygghet, ungdomars möjlighet till inflytande och delaktighet samt ungdomars möjlighet till fritid och kultur var prioriterade. Riksdagen har ställt sig bakom förslagen i propositionen om nya övergripande mål och huvudområden för samordning och redovisning av den nationella ungdomspolitiken samt ändringar i skollagen (1985:1100) (bet. 2004/05:KrU02, rskr. 2004/05:94).

Ungdomar och psykisk ohälsa

Att skapa förutsättningar för en god hälsa är kanske den mest grundläggande aspekten av välfärd. Regeringen har drivit en aktiv välfärdspolitik och gjort omfattande satsningar på folkhälsan under många år. De flesta barn och ungdomar mår bra i Sverige i dag. Majoriteten av de tillfrågade i ungdomsgruppen i den s.k. ULF-studien (SCB:s studier om levnadsvanor 2002) bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott – 91 procent av de unga männen och 86 procent av de unga kvinnorna (i åldern 16–24 år). Även i internationell jämförelse har svenska ungdomar det generellt sett mycket bra.

Samtidigt ökar utsattheten och ohälsan hos vissa grupper av ungdomar. Ett ökande antal ungdomar vittnar om olika former av psykosomatiska besvär såsom huvudvärk, ångest, sömnbesvär och svårigheter att klara vardagen, vilket kan utgöra ett allvarligt hinder för deras möjlighet till välfärd. Enligt Socialstyrelsens Folkhälso-rapport 2005 har för såväl pojkar som flickor andelen med ett eller flera psykosomatiska symptom ökat kontinuerligt sedan mitten av 1980-talet. Apotekets försäljning av antidepressiva läkemedel till ungdomar i åldern 15–24 år fördubblades under åren 1999 till 2002. Enligt Folkhälso-rapporten 2005 betingas denna konsumtionsökning troligen i första hand av att läkare numera är mer benägna att skriva ut dessa läkemedel till unga patienter än vad de varit tidigare.

Ökningen av psykisk ohälsa bland ungdomar kan få allvarliga och långsiktiga konsekvenser både för de drabbade individerna och för samhällsekonomin. Forskningen visar att psykiska besvär såsom ångslan, oro, ångest, sömnproblem och nedstämdhet har sam-

band med förhållanden i samhället som berör den enskildes livssituation. Besvären kan variera beroende på kön, ålder, etnicitet, geografisk hemvist, funktionshinder, sexuell läggning, socialt nätverk, social position och materiella resurser.

Stress är ett växande problem bland barn och ungdomar. I sin grundform är stress en naturlig reaktion på en situation som upplevs som utmanande. Skadlig blir stressreaktionen först om den är långvarig och om ingen återhämtning tillåts. Långvarig stress kan orsaka olika former av kroppsliga symptom. Kroppsliga symptom som exempelvis huvud-, mag- och ryggvärk kan föregå psykiska besvär, men de kan också vara en konsekvens av psykisk ohälsa och används därför ofta som en indikator på lindrigare former av psykiska besvär (s.k. psykosomatiska symptom).

Andelen ungdomar som upplever lätt ängslan, oro eller ångest har tredubblats sedan 1988/89. Även sömnbesvär har nära tredubblats bland äldre ungdomar mellan 16 och 24 år. Unga kvinnor, ungdomar födda utomlands, ungdomar som bor i storstäder och elever i gymnasieskolan anger i högre utsträckning än andra ungdomar att de upplever stress.

Diskriminering på grund av bland annat kön, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning eller eventuella funktionshinder leder till att många ungdomar mår dåligt. Undersökningar i Sverige och Norge tyder på att unga homosexuella, bisexuella och transpersoner i många avseenden har en sämre psykisk hälsa än andra ungdomar. Många flickor och unga kvinnor utsätts för sexuella trakasserier och våld av såväl äldre som yngre män. Även pojkar och unga män blir trakasserade på grund av kön, då vanligtvis av andra pojkar och män.

Sambandet mellan ungdomars drogvanor och psykisk hälsa har studerats sparsamt. Emellertid visar uppgifter från en studie i Stockholm bland 2 000 elever att det förekommer att elever dricker när de känner sig nere eller har problem. Från årskurs 7 till årskurs 8 fördubblades denna andel bland flickorna.

Dialogforum om hälsa och utsatthet

Inom ramen för de dialogfora som ungdomsministern genomförde under beredningen av den ungdomspolitiska propositionen diskuterades bland annat området hälsa och utsatthet med ett antal ungdomsorganisationer. Flera av deltagarna uppgav att stress var en

viktig orsak till den försämrade psykiska hälsan hos ungdomar. Särskilt stressen i skolan lyftes fram och deltagarna efterfrågade ett ökat samarbete mellan skola, ungdomsråd och elevråd för att utarbeta konkreta åtgärder för att minska stressen.

Barnombudsmannen om stress i barns och ungdomars vardag

I Barnombudsmannens rapport *Stress i barns och ungas vardag*, (BR 2003:02) föreslår Barnombudsmannen bland annat att regeringen tar initiativ till en kunskapsöversikt av befintlig forskning om barns och ungdomars negativa stress samt att resultatet görs vägledande för fortsatta insatser med utgångspunkt i barnkonventionen och den nationella ungdomspolitikens övergripande mål. Barnombudsmannen föreslår vidare att regeringen i ökad utsträckning verkar för en helhetssyn på barns och ungdomars livsvillkor. Enligt Barnombudsmannen ger tvärsektoriellt arbete på myndighetsnivå med utgångspunkt i barnkonventionen och i den nationella ungdomspolitikens ett värdefullt kunskapsutbyte och skapar förutsättningar för myndigheter som lyder under olika politikområden att gemensamt verka för att utvecklingen av negativ stress bland barn och ungdomar motverkas.

I Barnombudsmannens rapport *Upp till 18 – fakta om barn och ungdomar* (BR 2004:06) anges att stressen har ökat bland barn och ungdomar. Olika faktorer i skolmiljön är vad som stressar eleverna mest. Läxorna utgör stressmoment bland de äldre ungdomarna (13 år och uppåt) och avsaknaden av lugn och ro bland de yngre (9–12 år). Bland pojkar i åldern 10–17 år är det cirka 40 procent som känner sig stressade en eller flera gånger i veckan. Bland flickor i motsvarande åldersgrupp ökar andelen med åldern. I åldersgruppen 16–17 år svarar hela 68 procent att de känt sig stressade varje vecka.

Mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram ett förslag på en nationell kontinuerlig studie för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa. Socialstyrelsen genomförde under åren 2003 och 2004 pilotstudier om psykisk hälsa bland skolelever i årskurserna 6 och 9. Pilotstudierna genomfördes med hjälp av datainsamlingar baserade på självskattning av psykisk hälsa och omfattade

mer än 10 000 elever i 21 kommuner. Resultaten från pilotstudierna visar att upplevda psykosomatiska besvär ökar med barns och ungdomars ålder, att flickor upplever psykosomatiska besvär i betydligt större utsträckning än pojkar, att barn till utlandsfödda föräldrar har mer psykosomatiska besvär än barn till svenskfödda föräldrar samt att den psykiska hälsan varierar mellan olika geografiska områden. I vissa stadsdelar i Göteborg var andelen ungdomar med besvär mer än dubbelt så hög som i andra stadsdelar. I rapporten redovisas också resultat från undersökningar i Värmland som visar att skillnader i självskattad hälsa mellan olika ungdomsgrupper är stor och att gapet mellan ungdomar med bättre respektive sämre hälsa ökar över tid.

Stöd till föreningslivets arbete

I juni 2004 avsatte regeringen 10 miljoner kronor ur Allmänna arvsfonden till stöd för föreningslivets arbete med att motverka och förebygga psykisk ohälsa samt utveckla metoder för att bearbeta problem när de redan uppstått (U2004/2698/UNG). Stöd skall bland annat utgå till projekt som syftar till att stärka ungdomars tilltro till förmågan och möjligheten att själva – och tillsammans med andra – påverka sin vardag samt till metodutvecklingsarbete för att förebygga negativ stress på lokal nivå. Vidare skall projekt där vuxna tillsammans med ungdomar utvecklar metoder för att bearbeta och motverka problem när de redan uppstått få stöd, liksom projekt som utvecklar samverkan mellan olika sociala aktörer, offentliga samhällsorgan och ideella organisationer. Satsningen skall pågå under tre år.

Behovet av en utredning

Regeringen utpekar i propositionen Makt att bestämma – rätt till välfärd (prop. 2004/05:2), ungdomars hälsa som ett prioriterat område inom ungdomspolitik. Ökningen av självupplevd psykisk ohälsa har ökat hos ungdomar på senare tid. Stress och symptom på stress hör till de vanligaste och snabbast ökande formerna av psykisk ohälsa bland ungdomar. Detta finns dokumenterat genom rapporter från flera myndigheter och organisationer. Bristen på kunskap om förändringar i barns och ungdomars psykiska hälsa

över tid försvårar dock analysen av vilka orsakerna är. Det finns också ett behov av att samla den kunskap som finns för att kunna ge en helhetsbild av barns och ungdomars symptom och problem. Mot denna bakgrund bedömer regeringen att det finns ett behov av att låta analysera ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan. En särskild utredare bör därför tillkallas.

Uppdragets inriktning och omfattning

Utredaren skall sammanställa kunskap om vilka faktorer i ungdomars livssituation som framkallar stress. Med ungdomar avses i detta sammanhang i huvudsak barn och ungdomar mellan 13 och 25 år. Syftet är att få en samlad bild av vilka faktorer i ungdomars livsvillkor som kan antas ligga bakom ökningen av stress och stressrelaterade symptom. Kunskapssammanställningen skall omfatta såväl projekt och utredningar inom olika samhällssektorer som aktuell forskning.

Ungdomars vanor och hälsa utvecklas i samspel med omgivningen, t.ex. med föräldrar, skolklassen och kamrater. Ungdomar är naturligtvis inte en homogen grupp utan en grupp där exempelvis kön, ålder, geografisk hemvist, sexuell läggning, funktionshinder samt sociala eller ekonomiska och kulturella förhållanden eller funktionshinder skapar olika förutsättningar och villkor, varför skillnader inom ungdomsgruppen bör belysas. Utredaren skall i sitt arbete beakta individen ur ett helhetsperspektiv varvid olika symptom och problem skall sättas in i sitt sociala, ekonomiska och kulturella sammanhang. Studier pekar på att unga kvinnor upplever stress i högre grad än unga män, varvid ett könsperspektiv skall anläggas i såväl utredningens kunskapssammanställning som dess analys och förslag.

Eftersom skolan är en arbetsplats för de flesta ungdomar, bör betydelsen av stressfaktorer i skolmiljön särskilt uppmärksammas i arbetet. Fokus skall därför ligga på elevens arbetssituation och den psykosociala arbetsmiljön i skolan. Ett annat viktigt område att analysera är stressfaktorer för ungdomar vid övergången mellan skola och arbetsliv samt mellan skola och fortsatta studier och hur stress i dessa sammanhang kan motverkas. Vidare skall utredaren sammanställa kunskap om hur psykisk hälsa och alkohol- och drogkonsumtion samvarierar. I uppdraget ingår även att överväga

hur samhällets insatser kan samordnas för att motverka en ökning av stress och stressrelaterade symptom hos ungdomar. I sammanhanget bör särskilt beaktas ungdomsmottagningarnas roll i att kunna erbjuda ungdomarna ett tidigt och adekvat stöd.

Det ingår i utredarens uppdrag att sammanställa inhämtad kunskap, analysera samt föreslå metoder och tillvägagångssätt för att bidra till att minska orsakerna till stress. Utredaren skall, om behov konstateras föreligga, lämna förslag på förbättringar när det gäller att följa utvecklingen av ungdomars psykiska hälsa över tid och statistik och kunskapsinsamling på området. Utredaren skall också ur ett helhetsperspektiv analysera samhällets stöd till de drabbade och identifiera områden av särskild vikt för ungdomars psykiska hälsa som kan behöva utvecklas och stärkas.

Utredaren skall i förekommande fall lyfta fram områden där författningsförändringar kan bedömas vara nödvändiga för att genomföra de förslag som lämnas.

En utgångspunkt för utredarens arbete skall vara de ungdomspolitiska mål som riksdagen med anledning av regeringens proposition har fattat beslut om och som anger inriktningen för den nationella ungdomspolitiken (prop. 2004/05:2).

Utredaren skall i sitt arbete beakta regeringens övergripande mål om jämställdhet mellan könen.

Arbetsformer och redovisning av uppdraget

Utredaren skall bedriva sitt arbete i nära samarbete med de statliga myndigheter som berörs av utredarens arbete bl.a. Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Barnombudsmannen, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), Institutet för psykosocial medicin (IPM), Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Statens skolverk och Ungdomsstyrelsen. Kunskap och erfarenheter från den nu pågående arvsfondssatsningen avseende föreningslivets arbete med att motverka och förebygga psykisk ohälsa bör tas till vara.

Utredaren skall knyta en ungdomsreferensgrupp till sig så att ungdomars egna erfarenheter tas till vara. I gruppen skall både föreningsanslutna och icke-föreningsanslutna ungdomar beredas möjlighet att delta. Utredaren skall bereda ungdomarna själva en möjlighet att ge förslag på hur de kan påverka sin vardag för att kunna motverka och förebygga psykisk ohälsa. Utredaren skall i

sitt arbete, vid behov, även inhämta synpunkter från berörda inom skolan, såsom exempelvis skolhälsovården och organ för elevinflytande för att få fram förslag till konkreta åtgärder. Utredaren skall även samråda med andra viktiga aktörer som t.ex. Sveriges Kommuner och Landsting, ungdomsorganisationer som organiserar elever och studenter och andra berörda organisationer samt med företrädare för unga på väg in i arbetslivet.

Utredaren skall i sitt arbete ta till vara internationella kunskaper och erfarenheter inom området.

Utredaren skall slutredovisa sitt uppdrag senast den 15 maj 2006.

(Utbildnings- och kulturdepartementet)

Kommittédirektiv



Tilläggsdirektiv till Utredningen om ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan (U 2005:03)

**Dir.
2006:12**

Beslut vid regeringssammanträde den 2 februari 2006

Förlängd tid för uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 19 maj 2005 har statsrådet Hallengren tillkallat en särskild utredare med uppdrag att analysera ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan. Utredaren skall sammanställa kunskap om vilka faktorer i ungdomars livssituation som orsakar stress och föreslå metoder och tillvägagångssätt som kan bidra till att minska orsakerna till stress. Utredaren skall också överväga hur samhällets insatser kan samordnas för att motverka stress bland ungdomar. Vidare skall utredaren lämna förslag till förbättringar när det gäller att följa utvecklingen av ungdomars psykiska hälsa över tid och övrig statistik och kunskapsinsamling på området. Utredaren skall också ur ett helhetsperspektiv analysera samhällets stöd till de drabbade och identifiera de områden som är av särskild vikt för ungdomars psykiska hälsa och som kan behöva utvecklas och stärkas. Utredaren skall enligt direktiven redovisa sitt uppdrag senast den 15 maj 2006.

Utredningstiden förlängs. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 15 augusti 2006.

(Utbildnings- och kulturdepartementet)

Centrala aktörer

Arbetslivsinstitutet

Arbetslivsinstitutet ska bidra till ett arbetsliv med goda villkor och utvecklingsmöjligheter för både kvinnor och män och bedriver temaforskning bl.a. om skolans arbetsliv. I temat ingår forskare från många olika vetenskapliga områden förutom de självklara som pedagogik, sociologi och språkvetenskap. Aktuella samhällsproblem som lyfts fram är våld, hot, mobbning, allergier, buller och stress och psykisk ohälsa. Den samlade forskningen återfinns på webbplatsen SKOLLIV, www.skolliv.nu. Några av Tema Skollivs forskningsprojekt är (1) Elevsamtal (2) Stämningsskapande processer i klassrummet – icke verbal interaktion (3) Datoranvändning och hälsa bland gymnasieelever (4) Relationen lärare – elev ur ett system- och omvärldsperspektiv (5) Sexuella trakasserier i skolan (6) Hälsa – kan man välja själv? Strategier och valmöjligheter för läraren och (7) Framgångsrikt skolledarskap i olika skolkulturer.

Arbetsmiljöverket

I Arbetsmiljöverkets verksamhetsprogram för 2004–2006 är skolan en prioriterad bransch. Med skolan menas den utbildning som kommunerna ansvarar för i egen regi samt fristående skolor. Arbetsmiljöverkets prioritering omfattar alla anställda – lärare, skolledare och övrig personal – samt elever från och med årskurs noll i grundskolan till och med gymnasieskolan. Tillsynen inriktas på att få arbetsgivare att systematiskt undersöka arbetsförhållandena och bedöma riskerna för ohälsa och olycksfall till följd av: stress och arbetsbelastning, belastningsergonomi, mobbning, våld och hot, buller, samt risker i samband med kemiundervisning och träslöjd.

Riskerna ska dokumenteras och leda till åtgärder så att ohälsa och olycksfall bland elever och personal förebyggs. Under perioden

genomförs också en informationsinsats för att öka politikernas kunskap om arbetsmiljölagen och om det ansvar de själva har för att skapa en god arbetsmiljö och motverka ohälsa och olycksfall. De informeras om vikten av att vid planering av förändringar bedöma konsekvenserna avseende risker för ohälsa och olycksfall. Vidare pågår arbete med inriktning på säkrare miljöer vid praktisk arbetslivsorientering och arbetsförlagd utbildning. Både skolor och arbetsgivare är målgrupp för informations- och inspektionsinsatser. Under hösten 2005 genomförde Arbetsmiljöverket en enkätundersökning bland elever födda 1994. Syftet var att börja kartlägga hur elever upplever sin skolmiljö. De resultat som studien visar är tänkta att användas som planeringsunderlag i Arbetsmiljöverkets tillsynsverksamhet, men även som underlag för andra myndigheter och beslutsfattare. De ämnesområden som behandlas i enkäten är den organisatoriska och psykosociala arbetsmiljön, skolans fysiska arbetsmiljö samt hälsa och olycksfall. Resultatet av enkäten är sammanställt i rapport 2006:3, Elevers skolmiljö – en undersökning hösten 2005 av barn födda 1994.

Samverkansmöten mellan Arbetsmiljöverket och Skolverket har genomförts under 2006 med avsikten att genomföra regelbundna möten fram till 2010. En samverkansfråga är hur Skolverket och Arbetsmiljöverket kan delge varandra information om och erfarenheter av tillsynsaktiviteter när det gäller funktionshindrade barn och ungdomars lär- och arbetsmiljöer.

Arvsfondsdelegationen

Stöd ur Allmänna arvsfonden skall enligt lagen främja verksamhet av ideell karaktär till förmån för barn, ungdomar och personer med funktionshinder. Regeringen har beslutat att under 2005–2008 avsätta 30 miljoner kronor ur Allmänna arvsfonden till Arvsfondsdelegationens förfogande för stöd som syftar till att utveckla metoder hos föreningslivet för att motverka och förebygga ungdomars psykiska ohälsa.

Aktuella projekt inom satsningen gäller bl.a. (1) ungdomar vars skolgång inte fungerar ska delta i en individuellt fokuserad insats på skolan och i lokala ideella föreningar (2) information om homosexuella-, bi- och transsexuella (HBT) personer till olika aktörer som kommer i kontakt med målgruppen och självbildstärkande verksamhet för HBT-ungdomar (3) nya behandlingssätt för krig-

straumatiserade flyktingungdomar och ungdomar på institution (4) information, stöd och verksamheter för invandrade ungdomar för att bättre kunna hantera negativ stress (5) information och självhjälsgrupper för spelmissbrukande ungdomar i samarbete mellan föreningar, skolor och studieförbund (6) förebygga och motverka psykisk ohälsa hos unga som drabbats av sorg genom att en förälder eller syskon gått bort.

Barnombudsmannen

Barnombudsmannens huvudsakliga uppgifter är att företräda barn och unga, driva på genomförandet av barnkonventionen, bevaka efterlevnaden av barnkonventionen, informera och bilda opinion, kunskapsinhämtning, forskning och statistik samt internationellt kunskapsutbyte kring barnkonventionen. Bland ombudsmannens prioriterade områden återfinns bl.a. hälsa och stress, mobbning och arbetsmiljön i skolan. Barnombudsmannen har regelbundna kontakter med barn och ungdomar för att ta reda på vad de tycker i aktuella frågor. Kontakterna sker bland annat genom besök på skolor och i föreningar, genom brev- och telefonkontakter och via myndighetens webbplats. Ett par gånger om året tar Barnombudsmannen hjälp av ett antal kontaktklasser som svarar på enkätfrågor. Resultaten från enkätstudien publiceras i rapportform. Under 2006 har man publicerat en rapport om arbetsmiljön i skolan, Vill man gå på toa ligger man illa till. Till sin hjälp har Barnombudsmannen även flera barn- och ungdomsråd, samt ett expertråd. Varje år lämnar Barnombudsmannen en rapport till regeringen. Den tar upp barns och ungas situation i Sverige, deras möjligheter och problem.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap stödjer, initierar och utvärderar forskning inom områdena arbetsmarknad, arbetsorganisation, arbete och hälsa, folkhälsa, välfärd, omsorg och sociala relationer. Rådet har även ett samordningsansvar för forskning om äldre, handikapp, internationell migration och etniska relationer samt socialvetenskaplig alkoholforskning. I rådets forskningsstrategi för perioden 2005–2008 anges de forskningsområden som bör prioriteras för särskilda initiativ. Bland dessa ingår bl.a. hälsans be-

stämningfaktorer, olivträdsprojektet – en tvärvetenskaplig kohortstudie samt interventionsforskning, experimentell och kvasiexperimentell forskning om bl.a. placering av ungdomar. Sedan 2003 har rådet beviljat medel till omkring 60 olika projekt/programstöd som berör barn och ungdom. Inriktningen på projekten varierar från studium av kroppsuppfattning i ett utvecklingspsykologiskt perspektiv och sociala skillnader i hälsa till primärprevention av psykisk ohälsa genom strukturerade pedagogiska program och betydelsen av arv och miljö för utvecklingen av hälsa och beteende från barndom till vuxenlivet. Under 2006 kommer rådet att utlysa två anställningar som forskarassistent med inriktning mot ungdomsforskning. Vidare utlyses fyra programstöd med inriktning mot barns hälsa i samarbete med Vetenskapsrådet.

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) bildades 1988 och utgör en sammanslutning av ungdomsmottagningarna i Sverige. För att kallas ungdomsmottagning anser FSUM att personalen ska bestå av minst barnmorska, och kurator eller psykolog samt konsulterande läkare. Personal ur dessa yrkesgrupper ska ha arbetstid särskilt avsatt för ungdomsmottagningen, vara delaktiga i verksamhetens utveckling och inte enbart vara personal som konsulteras vid behov. Majoriteten av mottagningarna tillhör denna kategori medan en mindre andel av medlemmarna inte uppfyller kraven. Huvudmannskapet för ungdomsmottagningarna varierar. Totalt har FSUM 230 mottagningar över hela landet. Av dessa har 10 % kommunen som huvudman, 43 % landstinget som huvudman, 40,9 % båda som huvudmän, och 6,1 % har annan huvudman.

I dag finns 197 ungdomsmottagningar som vänder sig till ungdomar upp till 25 år. Det övergripande målet för ungdomsmottagningarna är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. Man arbetar utifrån en helhetssyn på ungdomar där kroppslig, psykisk och social utveckling ingår. FSUM sammanställer varje år en besöksstatistik för ungdomsmottagningarna. År 2005 hade 54,3 % av mottagningarna sammanlagt 291 279 besök, varav 13,9 % pojkar och 86,1 % flickor.

Under våren genomförde Stockholms skolors ungdomsmottagning en enkätsstudie (633 ungdomar) för att bland annat studera psykisk hälsa. Resultaten kommer att presenteras i rapportform under hösten.

Institutet för Psykosocial Medicin (IPM)

IPM – Institutet för Psykosocial Medicin – är en statlig forskningsmyndighet under Socialdepartementet som utvecklar och värderar psykosociala och psykosomatiska aspekter på olika hälso- och sjukdomsprocesser. IPM har till uppgift att bedriva forskning som är inriktad på praktisk tillämpning inom socialvårds-, hälsovårds- och arbetsmarknadsområdena samt på problem med anknytning till dessa områden. IPM ska också ägna uppmärksamhet åt teori- och metodutveckling för vetenskaplig forskning inom institutets verksamhetsområde. IPM uppmärksammar särskilt stress, arbetslöshet och de psykosociala konsekvenserna av detta. Forskningen vid IPM sker i nära samarbete med Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP). Ett område som särskilt berör denna utredning är forskning inriktad på skolmiljöns betydelse för elevens biopsykosociala hälsa.

Landsrådet för Sveriges Ungdomsorganisationer (LSU)

Landsrådet för Sveriges Ungdomsorganisationer, LSU, är samarbetsorganet för Sveriges Ungdomsorganisationer. Totalt representerar rådet omkring 102 av Sveriges Ungdomsorganisationer och cirka 700 000 ungdomar. LSU arbetar utifrån demokratisk grund för att stärka ungas föreningsliv i Sverige och i världen. Rådet är mötesplatsen och kompetenscentrat som med ett mångfalds- och rättighetsperspektiv bedriver en bred verksamhet inom ledarskap och organisationsutveckling, samt bedriver ungdomspolitik och påverkansarbete. Fokuseringen på ökat deltagande och engagemang i samhället är i sig självt hälsofrämjande. Vidare har LSU "öppenhet och tillgänglighet" som profilfråga och motverkar aktivt all form av diskriminering och arbetar aktivt med att det unga föreningslivet ska nå bredare, och till nya grupper, i samhället. Dessutom bedriver man en bred verksamhet under ämnen som t.ex. "ostressad och effektiv" för ledare inom medlemsorganisationerna.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har tillsynsansvaret för verksamheter som rör socialtjänst, hälsoskydd, smittskydd och hälso- och sjukvård och folkhälsa. Verksamheten inom Socialstyrelsen gäller tillsyn och kvalitet inom vården, folkhälsa, smittskydd, hur socialtjänsten ska arbeta och handikappsfrågor. Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att leda arbetet med att ta fram underlag för en Nationell handlingsplan för att förbättra barns miljörelaterade hälsa. Bakgrunden är ett initiativ från Världshälsoorganisationen (WHO), som vill att medlemsstaterna ska utveckla sitt arbete med nationella miljöhälsoplaner och ta fram särskilda planer för barns miljö och hälsa. Barnen ska lyftas fram som en utsatt grupp, särskilt känslig för miljöpåverkan. Både myndigheter/andra centrala aktörer och barn och ungdomar ska involveras i arbetet med handlingsplanen för barns miljö och hälsa. Våren 2005 gav Socialstyrelsen ut "Miljöhälso-rapport 2005" som fokuserar särskilt på barn. Den kommer att fungera som en kunskapsbas för arbetet med handlingsplanen. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt handlingsprogram för självmordsprevention. Förslagen skall vara riktade mot huvudmännen för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolhälsovård/elevhälsa. Vidare har Institutet för utveckling av sociala metoder (IMS) vid Socialstyrelsen i samarbete med Statens institutionsstyrelse (SiS) tagit fram en kunskapsöversikt om framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. Översikten handlar om framgångsrika amerikanska och europeiska preventionsprogram som i utvärderingar har visat sig minska ungdomars problembeteenden och främja barns sociala utveckling. I boken ges många exempel på välfungerande preventionsprogram som involverar familj, skola och när-samhälle.

Statens folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut är en statlig myndighet som har till huvuduppgift att förbättra folkhälsan. Verksamheten har vetenskaplig förankring. Statens folkhälsoinstitut ansvarar för sektorsövergripande uppföljning av folkhälsopolitiken och är ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet. Ett flertal systematiska kunskapssammanställningar kring frågor som

rör ungdomars psykiska hälsa har tagits fram. På webbplatsen finns ett uppslagsverk som rör barn och ungas hälsa. Utredningen refererar både till ett flertal av kunskapssammanställningarna och till uppslagsverket.

Statens folkhälsoinstitut skall till ett nationellt program för självmordsprevention ta fram förslag på befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner (regeringsbeslut nr 3 den 21 juli 2005). Redovisning skall ske till Socialdepartementet senast den 15 december 2006.

Statens skolverk

Skolverket är central förvaltningsmyndighet för det offentliga skolväsendet för barn, ungdomar och vuxna samt för förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen. Skolverkets främsta uppgift är utöva kvalitetskontroll genom uppföljning, utvärdering och inspektion av utbildning. I inspektionen av utbildning ingår både granskning av kvalitet och tillsyn.

Ett av inspektionsområdena är arbetsmiljö och delaktighet. Inom detta område granskas skolans studiemiljö utifrån både värdegrundsarbete och organisering (t.ex. elevinflytande). Skolverket genomför också regelbundna attitydundersökningar till elever, lärare och föräldrar. Undersökningarna tar upp bl.a. studiemiljö, stress och krav, kränkande behandling, elevinflytande etc.

Inom Skolverket finns också ett barn- och elevombud som företräder enskilda barns och elevers rättigheter utifrån den nya lagen mot diskriminering och annan kränkande behandling i alla verksamheter som omfattas av skollagen. Vidare har verket i samarbete med Arbetsmiljöverket tagit fram webbsidorna som främst vänder sig till elever och anställda i skolan samt till kommunpolitiker och andra som har ansvar för skolan.

Studenthälsan

Studenthälsan bedriver både ett förebyggande arbete och ett motagningsarbete för studenter med medicinska och psykologiska/sociala problem som har anknytning till studiesituationen, Studenthälsovård, i någon form, finns på 24 lärosäten i landet som, med några undantag,

också är huvudman för verksamheten. Två studenthälsomottagningar har delvis lärosätet som huvudman, en mottagning har det inte.

Mottagningarna har olika mycket resurser att förfoga över. Samtliga har emellertid minst en anställd sjuksköterska/företagsköterska och en kurator anställda, även om antalet timmar per vecka varierar kraftigt. Övriga yrkeskompetenser som finns i olika uträkning beroende på aktuell mottagning är förutom verksamhetsansvariga, läkare, sjukgymnast, barnmorska, psykolog, läkarsekreterare, friskvårdspedagog, gestaltterapeut, idrottspedagog- och lärare samt dietist. Sexton av studenthälsomottagningarna köper in tjänster utifrån eller knyter till sig extern kompetens genom olika avtal. Totalt arbetar omkring 150 personer på landets studenthälsomottagningar. Av dessa är 13 stycken pastorer eller präster avlönade av högskolan i fråga. De flesta högskolor har tillgång till studentpräster och pastorer.

År 2001 bildades ett informellt nätverk för Studenthälsans mottagningar för att bl.a. öka samverkan mottagningarna emellan. Man arbetar även för att ta fram enhetlig nationell statistik och kompetensutveckling och fortbildning samt direktiv, t.ex. för miniminivåer för bemanning av en studenthälsa i proportion till antal studenter. Eftersom en kartläggning 2004 visade att är 80–85 procent av besöken på Studenthälsan är av psykosocial karaktär arbetar man för att samtliga Studenthälsomottagningar skall bestå av såväl sjuksköterska, kurator och psykolog. Nätverket ordnar även återkommande nationella studenthälsokonferenser.

Sveriges förenade studentkår

Sveriges förenade studentkårer (SFS) är ett samarbetsorgan för cirka 70 av Sveriges studentkårer. Bland SFS medlemmar finns alla sorters kårer, allt från mindre kårer med runt 30 medlemmar till riktigt stora med 33 000 studenter. Medlemskårerna omfattar dessutom studenter från alla olika utbildningsinriktningar. Totalt omsluter SFS cirka 300 000 av landets 350 000 studenter som "medlemmars medlemmar". SFS har till uppgift att företräda sina medlemmars intressen samt bevaka och sprida information om utbildnings-, forsknings-, och studiesociala frågor som rör studenternas situation på ett nationellt plan. SFS har under åren producerat flera rapporter som berör området studenters studiesociala situation och hälsa. En fokusfråga för verksamheten under läsåret 2005/2006 är studenters

arbetsmiljö och hälsa. För syftet att uppmärksamma problemet bland studenter och skapa debatt kring hur problemet kan motverkas tog SFS fram en rapport – Stoppa pressarna!. Rapporten bygger på litteraturstudier kombinerat med en analys utifrån föreningens samlade erfarenheter, och avslutas med 17 punkter för att minska den psykiska ohälsan bland studenter.

Sveriges Kommuner och Landsting

Sedan den 1 januari 2005 samverkar Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet under ett gemensamt namn – Sveriges Kommuner och Landsting. Från och med 2007 blir Sveriges Kommuner och Landsting den nya intresseorganisationen för kommuner, landsting och regioner i Sverige. Förbundet har till huvuduppgift att utveckla den kommunala självstyrelsen och bevaka medlemmarnas intressen nationellt och internationellt. Verksamhetsplanen för 2006 innefattar elva prioriterade frågor: välfärdens finansiering, effektivitet och kvalitet, demokrati och självstyrelse, framgångsrik arbetsgivarpolitik, personal- och kompetensförsörjning, samverkan i vården, tillgänglighet i hälso- och sjukvården, ett utbildningssystem för bättre resultat, fler i jobb och ökad integration i arbetslivet, ökad hälsa – minskad sjukfrånvaro samt hållbar tillväxt.

Ungdomsstyrelsen

Ungdomsstyrelsen arbetar för att unga ska få tillgång till makt och välfärd genom att ta fram och förmedla kunskap om ungas levnadsvillkor, följa upp riksdagens och regeringens mål för den nationella ungdomspolitikerna, stödja kommunerna i deras ungdomspolitiska arbete, fördela bidrag till och stödja metodutveckling inom ungas fritid och föreningsliv samt jobba med internationellt ungdomssamarbete.

Ungdomsstyrelsen genomför under 2006–2007 en satsning på förebyggande och främjande verksamhet för unga i riskmiljöer, med inriktning på utveckling av kompetens, kvalitet och metoder inom kommunala och ideella organisationer. Bidrag ges för verksamhet som bedrivs för ungdomar i ett socialt utsatt område eller i ett område där det finns risk att ungdomar hamnar i ett socialt utanförskap. Myndigheten ska också stödja utvecklingen av drog-

fria mötesplatser. Ungdomsstyrelsen stöttar även olika projekt med målsättningen att bryta ungdomars utanförskap på arbetsmarknaden.

Ungdomsstyrelsen delar ut statsbidrag till ungdomsorganisationer. Bidragen är ett sätt att stödja ideellt engagemang bland ungdomar och stärka demokratin. Regeringen har dessutom gett Ungdomsstyrelsen i uppdrag att fördela upp till 15 procent av överskottet från AB Svenska Spel till ideell ungdomsverksamhet. Pengarna går i första hand till organisationer som inte kan få statsbidrag. Genom att administrera program för internationella ungdomsutbyten bidrar myndigheten till att fler ungdomar får möjligheter till internationella erfarenheter vilket kan ge ett värdefullt mervärde. Myndigheten får årligen i uppdrag att göra tematiska analyser inom något av ungdomspolitikens huvudområden. 2005 var fokus på ungdomars etablering på arbetsmarknaden, och under innevarande år är temat kultur och fritid. Kommande teman blir hälsa och utsatthet, lärande och personlig utveckling samt demokrati och delaktighet.

Underlag till avsnittet om psykisk ohälsa enligt internationella studier (Skolbarns hälsovanor) i kapitel 3

I tabellerna 1, 2 och 3 redovisas underlaget till avsnittet om internationella studier.

Tabell B4.1 Andel som har känt sig nere mer än en gång i veckan bland flickor och pojkar i åldern 15 år i elva europeiska länder 1983/84–2001/02

| Land | Kön | 1983/84 | 1985/86 | 1989/90 | 1993/94 | 1997/98 | 2001/02 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Sverige | Flickor | - | 14 | - | 20 | 24 | 35 |
| | Pojkar | - | 5 | - | 8 | 11 | 13 |
| Skottland | Flickor | - | 9 | - | 18 | 17 | 21 |
| | Pojkar | - | 8 | - | 8 | 6 | 10 |
| Wales | Flickor | - | 10 | - | 6 | 21 | 24 |
| | Pojkar | - | 8 | - | 2 | 13 | 12 |
| Spanien | Flickor | - | 14 | - | - | - | 29 |
| | Pojkar | - | 9 | - | - | - | 15 |
| Belgien (1) | Flickor | - | 14 | - | 18 | 20 | 21 |
| | Pojkar | - | 10 | - | 12 | 15 | 11 |
| Norge | Flickor | 12 | 13 | - | 12 | 15 | 23 |
| | Pojkar | 6 | 7 | - | 6 | 6 | 9 |
| Österrike | Flickor | 6 | 7 | 5 | 6 | 6 | 9 |
| | Pojkar | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 | 5 |
| Schweiz | Flickor | - | 23 | - | - | 26 | 19 |
| | Pojkar | - | 9 | - | - | 8 | 6 |
| Danmark (2) | Flickor | 12 | 13 | - | 12 | 15 | 23 |
| | Pojkar | 6 | 7 | - | 6 | 6 | 9 |
| Ungern | Flickor | - | 39 | - | 30 | 32 | 31 |
| | Pojkar | - | 29 | - | 16 | 20 | 18 |
| Finland | Flickor | 12 | 22 | - | 15 | 15 | 15 |
| | Pojkar | 6 | 19 | - | 8 | 8 | 6 |

(1) Fransktalande delen, (2) Ungefär en gång i veckan eller oftare

Källa: Skolbarns hälsovanor.

Tabell B4.2 Andel som har haft svårt att somna mer än en gång i veckan bland flickor och pojkar i åldern 15 år i elva europeiska länder 1983/84-2001/02

| Land | Kön | 1983/84 | 1985/86 | 1989/90 | 1993/94 | 1997/98 | 2001/02 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Sverige | Flickor | - | 17 | - | 22 | 22 | 28 |
| | Pojkar | - | 14 | - | 19 | 18 | 22 |
| Skottland | Flickor | - | 17 | - | 25 | 24 | 27 |
| | Pojkar | - | 16 | - | 16 | 16 | 18 |
| Wales | Flickor | - | 22 | - | 14 | 31 | 28 |
| | Pojkar | - | 16 | - | 7 | 21 | 20 |
| Spanien | Flickor | - | 18 | - | - | - | 21 |
| | Pojkar | - | 10 | - | - | - | 12 |
| Belgien (1) | Flickor | - | 26 | - | 11 | 14 | 29 |
| | Pojkar | - | 20 | - | 6 | 8 | 20 |
| Norge | Flickor | 12 | 17 | - | 18 | 17 | 18 |
| | Pojkar | 8 | 13 | - | 12 | 12 | 12 |
| Österrike | Flickor | 14 | 15 | - | 16 | 13 | 16 |
| | Pojkar | 10 | 8 | - | 9 | 7 | 10 |
| Schweiz | Flickor | - | - | - | - | 17 | 21 |
| | Pojkar | - | - | - | - | 8 | 12 |
| Danmark (2) | Flickor | 12 | 17 | - | 18 | 17 | 18 |
| | Pojkar | 8 | 13 | - | 12 | 12 | 12 |
| Ungern | Flickor | - | 25 | - | 12 | 17 | 21 |
| | Pojkar | - | 15 | - | 10 | 13 | 10 |
| Finland | Flickor | 20 | 27 | - | 13 | 15 | 19 |
| | Pojkar | 15 | 25 | - | 11 | 13 | 12 |

(1) Fransktalande delen, (2) Ungefär en gång i veckan eller oftare
Källa: Skolbarns hälsovanor.

Tabell B4.3 Andel som har haft huvudvärk mer än en gång i veckan bland flickor och pojkar i åldern 15 år i elva europeiska länder 1983/84–2001/02

| Land | Kön | 1983/84 | 1985/86 | 1989/90 | 1993/94 | 1997/98 | 2001/02 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Sverige | Flickor | - | 13 | - | 26 | 30 | 24 |
| | Pojkar | - | 4 | - | 9 | 12 | 9 |
| Skottland | Flickor | - | 10 | - | 29 | 30 | 23 |
| | Pojkar | - | 5 | - | 9 | 14 | 11 |
| Wales | Flickor | - | 14 | - | 6 | 28 | 30 |
| | Pojkar | - | 7 | - | 2 | 12 | 12 |
| Spanien | Flickor | - | 18 | - | - | - | 29 |
| | Pojkar | - | 10 | - | - | - | 14 |
| Belgien (1) | Flickor | - | 16 | - | 15 | 16 | 28 |
| | Pojkar | - | 8 | - | 7 | 7 | 15 |
| Norge | Flickor | 13 | 15 | - | 17 | 20 | 20 |
| | Pojkar | 4 | 5 | - | 6 | 9 | 7 |
| Österrike | Flickor | 9 | 12 | 16 | 21 | 20 | 20 |
| | Pojkar | 3 | 3 | 5 | 9 | 4 | 9 |
| Schweiz | Flickor | - | 16 | - | - | 16 | 18 |
| | Pojkar | - | 6 | - | - | 6 | 7 |
| Danmark (2) | Flickor | 13 | 15 | - | 17 | 20 | 20 |
| | Pojkar | 4 | 5 | - | 6 | 9 | 7 |
| Ungern | Flickor | - | 27 | - | 25 | 27 | 31 |
| | Pojkar | - | 12 | - | 7 | 12 | 10 |
| Finland | Flickor | 12 | 26 | - | 18 | 22 | 26 |
| | Pojkar | 3 | 10 | - | 5 | 8 | 9 |

(1) Fransktalande delen, (2) Ungefär en gång i veckan eller oftare.

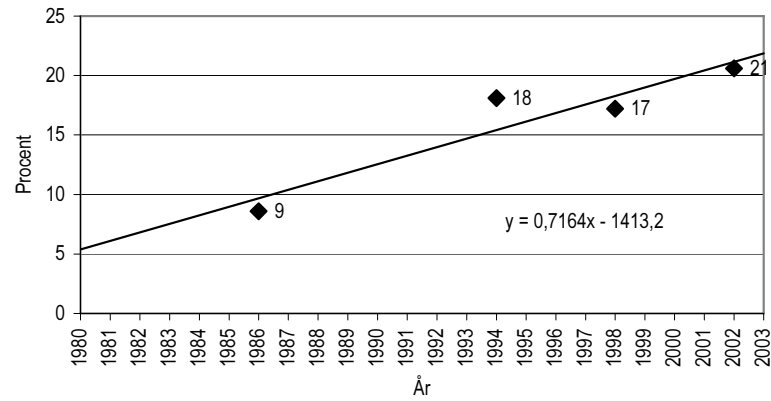
Källa: Skolbarns hälsovanor.

För beräkningen av kvoter i kapitel 3, tabell 3.2 har först regressionslinjen för varje tidsserie tagits fram. Kvoten motsvarar regressionslinjens värde 2001/02 dividerat med värdet 1985/86. Regressionslinjens värden de olika åren ges av linjens ekvation.

Tillvägagångssättet illustreras i figur B4.1 med hjälp av tidsserien för andelen 15-åriga flickor i Skottland som känner sig nere. Regressionslinjens värde 2001/02 är $1,4329 \cdot 11 + 5,3786 = 21,1405$ och värdet 1985/86 är $1,4329 \cdot 3 + 5,3786 = 9,6773$. Detta ger en kvot på

2,18 avrundat till två decimaler vilket också är den kvot som anges i kapitel 3, tabell 3.2.

Figur B4.1 Andel som har känt sig nere mer än en gång i veckan bland flickor i åldern 15 år i Skottland, 1985/86-2001/02



Källa: Skolbarns hälsovanor.

Hearing

En hearing om ungdomars psykiska genomfördes 2006-05-17 i Rosenbads konferenslokal med ca 110 inbjudna deltagare från departement, myndigheter, ungdomsorganisationer, representanter från kommuner och landsting samt frivilligorganisationer. De synpunkter som framfördes är inarbetade i utredningen. Programmet var följande.

| | | |
|-------|--|--|
| 09.00 | Inledning | Utredare Sven Bremberg |
| 09.05 | Ungdomspolitiken | Förskole- och ungdomsminister Lena Hallengren |
| 09.30 | Utveckling av psykisk ohälsa | Utredningssekreterare Anton Lager |
| 09.45 | Frågestund | |
| 10.00 | Kaffe | |
| 10.15 | Arbetsmarknaden | Professor Johan Fritzell, CHES |
| 10.30 | Individualisering | Generaldirektör Per Nilsson, Ungdomsstyrelsen |
| 10.45 | Videofilm | Riksföreningen Ungt bestämmande & Vivendus |
| 11.00 | Diskussion | |
| 11.45 | LUNCH | |
| 13.00 | Framtidsscenario | Utredare Sven Bremberg |
| 13.15 | Framtidsscenario | Margareta Persson, f.d. ordförande i Nationella Folkhälsokommittén |
| 13.30 | Metoder för att främja psykisk hälsa | Lennart Jonasson, Stadsdirektör Nacka |
| 13.45 | Socialt och emotionellt lärande i skolan | Leg. psykoterapeut Birgitta Kimber, Botkyrka kommun |
| 14.00 | Diskussion | |
| 14.45 | Åtgärder/sammanfattning | Utredare Sven Bremberg |
| 15.00 | Avslutning | |

Statens offentliga utredningar 2006

Kronologisk förteckning

1. Skola & Samhälle. U.
2. Omprövning av medborgarskap. Ju.
3. Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. N.
4. Svenska partnerskap – en översikt. Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
5. Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning. Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
6. Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt. En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. UD.
7. Studieavgifter i högskolan. U.
8. Mångfald och räckvidd. U.
9. Kontroll av varor vid inre gräns. Fi.
10. Ett förnyat programkontor. U.
11. Spel i en föränderlig värld. Fi.
12. Rattfylleri och sjöfylleri. Ju.
13. Djurskydd vid hästavel. Jo.
14. Samernas sedvanemarker. Jo.
15. Detaljhandel med nikotinläkemedel. S.
16. Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. Fö.
17. Ny häkteslag. Ju.
18. Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. Fö.
19. Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. Ju.
20. Tonnageskatt. Fi.
21. Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. Ju.
22. En sammanhållen diskrimineringslagstiftning. Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. Ju.
23. Nya skatteregler för idrotten. Fi.
24. Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. S.
25. Arbetslivsresurs. Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. N.
26. Sverige som värdland för internationella organisationer. UD.
27. Stöd till hälsobefrämjande tandvård. S.
28. Nya upphandlingsregler 2. Fi.
29. Teckenspråk och teckenspråkiga. Kunskaps- och forskningsöversikt. S.
30. Är rättvisan rättvis? Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. Ju.
31. Anställ unga! U.
32. God sed vid lönebildning – Utvärdering av Medlingsinstitutet. N.
33. Andra vägar att finansiera nya vägar. N.
34. Den professionella orkestermusiken i Sverige. U.
35. Värdepapper och kontrollavgifter. Fi.
36. För studenterna ... – om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. U.
37. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Ju.
38. Vuxnas lärande. En ny myndighet. U.
39. Ett utvidgat miljöansvar. M.
40. Utbildningens dilemma. Demokratiska ideal och andrafierande praxis. Ju.
41. Internationella sanktioner. UD.
42. Plats på scen. U.
43. Översyn av atomansvaret. M.
44. Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan, utbildning, avtal m.m. N.
45. Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: ”Det ser lite olika ut ...” En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. U.
46. Jakten på makten. Ju.

47. Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. Ju.
48. Bidragsbrott. Fi.
49. Asylsökande barn med uppgivenhets-symtom – trauma, kultur, asylprocess. UD.
50. En ny lag om värdepappersmarknaden. + Författningsbilaga. Fi.
51. Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra radio- och TV-rättsliga frågor. + Daisy. U.
52. Diskrimineringens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. Ju.
53. Partierna nominerar. Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. Ju.
54. Teckenspråk och teckenspråkiga. Översyn av teckenspråkets ställning. S.
55. Ny associationsrätt för försäkringsföretag. + Författningsförslag. Fi.
56. Ansvarsfull servering – fri från diskriminering. S.
57. En bättre tillsyn av missbrukarvården. S.
58. Sanktionsavgift i stället för straff – områdena livsmedel, foder och djurskydd. Jo.
59. Arbetslivets (o)synliga murar. Ju.
60. På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. Ju.
61. Asylförfarandet – genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. UD
62. Testa och öva i norra Sverige. Center i Arvidsjaur. N.
63. Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. Ju.
64. Internationella kasinon i Sverige. En utvärdering. Fi.
65. Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. S.
66. Hästtävlingar – på lika villkor. Jo.
67. Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till finansiering av service till sjöfolk. N.
68. Klenoder i tiden. En utredning om samlingar kring scen och musik. U.
69. Uppföljning av kostnadsutjämningen för kommunernas LSS-verksamhet. Fi.
70. Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. Ju.
71. Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. S.
72. Öppna möjligheter med alkohol. N.
73. Den segregerande integrationen. Om social sammanhållning och dess hinder. Ju.
74. En ny lag om värdepappersmarknaden. Supplement. Fi.
75. Jämställdhet i förskolan – om betydelsen av jämställdhet och genus i förskolans pedagogiska arbete. U.
76. Otillbörliga affärsmetoder. Jo.
77. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. U.

Statens offentliga utredningar 2006

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Omprövning av medborgarskap. [2]
Rattfylleri och sjöfylleri. [12]
Ny häkteslag. [17]
Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. [19]
Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. [21]
En sammanhållen diskrimineringslagstiftning.
Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. [22]
Är rättvisan rättvis?
Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. [30]
Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. [37]
Utbildningens dilemma
Demokratiska ideal och andrafierande praxis. [40]
Jakten på makten. [46]
Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. [47]
Diskrimineringens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. [52]
Partierna nominerar.
Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. [53]
Arbetslivets (o)synliga murar. [59]
På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. [60]
Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. [63]
Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. [70].
Den segregering integrationen.
Om social sammanhållning och dess hinder. [73]

Utrikesdepartementet

- Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt.
En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. [6]
Sverige som värdland för internationella organisationer. [26]
Internationella sanktioner. [41]
Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. [49]
Asylförfarandet – genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. [61]

Försvarsdepartementet

- Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. [16]
Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. [18]

Socialdepartementet

- Detaljhandel med nikotinläkemedel. [15]
Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. [24]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård. [27]
Teckenspråk och teckenspråkiga.
Kunskaps- och forskningsöversikt. [29]
Teckenspråk och teckenspråkiga.
Översyn av teckenspråkets ställning. [54]
Ansvarsfull servering – fri från diskriminering. [56]
En bättre tillsyn av missbrukarvården. [57]
Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. [65]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. [71]

Finansdepartementet

- Kontroll av varor vid inre gräns. [9]
Spel i en föränderlig värld. [11]
Tonnageskatt. [20]
Nya skatteregler för idrotten. [23]
Nya upphandlingsregler 2. [28]

Värdepapper och kontrolluppgifter. [35]
Bidragsbrott. [48]
En ny lag om värdepappersmarknaden.
+ Författningsbilaga. [50]
Ny associationsrätt för försäkrings-
företag. + Författningsförslag. [55]
Internationella kasinon i Sveige. En ut-
värdering. [64]
Uppföljning av kostnadsutjämnings-
kommunernas LSS-verksamhet. [69]
En ny lag om värdepappersmarknaden.
Supplement. [74]

Utbildnings- och kulturdepartementet

Skola & Samhälle. [1]
Studieavgifter i högskolan. [7]
Mångfald och räckvidd. [8]
Ett förnyat programkontor. [10]
Anställa unga! [31]
Den professionella orkestermusiken
i Sverige. [34]
För studenterna...
– om studentkårer, nationer och
särskilda studentföreningar. [36]
Vuxnas lärande. En ny myndighet. [38]
Plats på scen. [42]
Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi
barnkulturen. + Bilaga/rapport:
”Det ser lite olika ut...” En kartläggning
av den offentligt finansierade kulturen
för barn. [45]
Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra
radio- och TV-rättsliga frågor.
+ Daisy. [51]
Klenoder i tiden. En utredning om samlingar
kring scen och musik. [68]
Jämställdhet i förskolan – om betydelsen
av jämställdhet och genus i förskolans
pedagogiska arbete. [75]
Ungdomar, stress och psykisk ohälsa.
Analyser och förslag till åtgärder. [77]

Jordbruksdepartementet

Djurskydd vid hästavel. [13]
Samernas sedvanemarkar. [14]
Sanktionsavgift i stället för straff
– områdena livsmedel, foder och
djurskydd. [58]
Hästtävlingar – på lika villkor. [66]
Otillbörliga affärsmetoder. [76]

Miljö- och samhällsbyggnadsdepartementet

Ett utvidgat miljöansvar. [39]
Översyn av atomansvaret. [43]

Näringsdepartementet

Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning
i hela landet. [3]
Svenska partnerskap – en översikt.
Rapport 1 till Organisations-
utredningen för regional tillväxt. [4]
Organisering av regional utvecklingspolitik
– balansera utveckling och förvaltning.
Rapport 2 till Organisationsutredning-
en för regional tillväxt. [5]
Arbetslivsresurs.
Ett statligt ägt bolag efter sammanslag-
ning av Samhall Resurs AB (publ) och
Arbetslivstjänster. [25]
God sed vid lönebildning – Utvärdering av
Medlingsinstitutet. [32]
Andra vägar att finansiera nya vägar. [33]
Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan,
utbildning, avtal m.m. [44]
Testa och öva i norra Sverige. Center i
Arvidsjaur. [62]
Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till
finansiering av service till sjöfolk. [67]
Öppna möjligheter med alkohol. [72]