

Psykisk ohälsa bland Barn, Unga och Unga vuxna i Skåne



Omslagsbild: Maria Fridh

Denna rapport är sammanställd av:
Epidemiologisk bevakning och analys
Enheten för Folkhälsa och social hållbarhet
Clinical Research Center, Jan Waldenströms gata 35
Skånes universitetssjukhus Malmö
Region Skåne

Psykisk ohälsa bland Barn, unga och unga vuxna i Skåne

Författare: Maria Fridh, Martin Lindström, Maria Rosvall

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	7
Introduktion	9
Deltagare och metoder	10
Resultat: Psykisk ohälsa bland Barn och Unga	
Sociodemografi	
Ålder och kön.....	12
Födelseland	17
Socioekonomisk ställning	20
Vem/vilka barnet bor tillsammans med	23
Levnadsvanor och livsstil	
Rökning.....	23
Alkoholkonsumtion	26
Matvanor.....	27
Fysisk aktivitet	29
Skola och sociala relationer	
Skoltrivsel	31
Studiesvårigheter	33
Lätt för att prata med föräldrar	35
Lätt för att prata med kamrater	37
Ingen nära vän.....	38
Låg tillit och lågt socialt deltagande	39
Mobbing, trakasserier och hot	
Mobbing.....	41
Trakasserier via mobiltelefon eller internet	41
Allvarligt hotad	43
Närstående person dricker för mycket alkohol.....	45
Hälsa	
Övervikt/fetma respektive bantrning.....	46
Funktionsnedsättning	
Läs- och skrivsvårigheter	49
ADHD/ADD	50
Rörelsehinder.....	51
Asthma.....	52
Framtidstro	54

Resultat: Psykisk ohälsa bland unga vuxna

Sociodemografi	
Ålder och kön.....	56
Födelse land	56
Socioekonomisk ställning	57
Levnadsvanor och livsstil	
Rökning.....	58
Alkoholkonsumtion	59
Låg fysisk aktivitet.....	60
Spel.....	61
Ekonomiska och psykosociala faktorer	
Ekonomisk stress.....	63
Trivsel i bostadsområdet	64
Kränkning.....	64
Hot om våld.....	66
Utsatt för våld.....	66
Svagt emotionellt stöd.....	67
Svagt praktiskt stöd	68
Hälsa och sjukvårdskonsumtion	
Övervikt, fetma och undervikt	70
Saknar kontroll över sin hälsa	72
Otillfredsställda vårdbehov.....	73
Referenser	74

SAMMANFATTNING

Bland ungdomar i årskurs 6, 9 och gymnasiets årskurs 2 i Skåne är psykisk ohälsa i form av psykiska och fysiska symtom och stress generellt vanligare i högre årskurser och vanligare bland flickor än pojkar. Lägst andel barn och unga med flera psykiska eller somatiska besvär i veckan ses i familjer där båda föräldrarna arbetar. Vidare är förekomsten av sådana besvär högre bland barn som bor mest hos den ena föräldern eller som inte bor med någon av föräldrarna. Det finns tydliga skillnader i levnadsvanor där ungdomar som upplever nedstämdhet, ångest/oro, stress eller flera psykiska eller somatiska besvär varje vecka generellt har mer ofördelaktiga levnadsvanor som rökning, riskkonsumtion av alkohol, låg fysisk aktivitet, konsumtion av snabbmat eller avstår frukost.

Det finns även tydliga skillnader i det sociala nätverket och en högre förekomst av studiesvårigheter och lägre skoltrivsel bland ungdomar med psykisk ohälsa. Att ha svårigheter att tala med föräldrar eller kompisar vid problem är betydligt vanligare bland de ungdomar som uppger att de inte är nöjda med sig själva, nedstämda, stressade eller upplever flera psykiska eller somatiska symtom i veckan. Andelen ungdomar som saknar en nära vän är dubbelt så hög bland de ungdomar som rapporterar minst två psykiska eller somatiska symtom per vecka jämfört med ungdomar utan flera sådana symtom. Vidare är den generella tilliten och det sociala deltagandet lägre bland ungdomar som mår psykiskt dåligt. Flera av ovan nämnda samband mellan levnadsvanor, socialt nätverk och psykisk ohälsa kan gå åt båda hållen – exempelvis orkar en tonåring med psykiska besvär inte vara lika aktiv på sin fritid som en tonåring utan sådana besvär samtidigt som ett lägre socialt deltagande i olika aktiviteter kan bidra till en sämre hälsa.

Den fysiska hälsan påverkar ungdomars välmående och det är vanligare att ungdomar med olika typer av funktionsnedsättning, astma eller fetma uppger sig må psykiskt dåligt. Bland ungdomar i åk 6 med läs- och skrivsvårigheter är det nästan dubbelt så många som känner sig nere mer än en gång i veckan jämfört med ungdomar utan sådana besvär. Det är även betydligt vanligare med bantning eller att man vill gå ned i vikt bland ungdomar som känner sig nedstämda eller som inte är nöjda med sig själva.

Att vara utsatt för mobbing eller trakasserier via mobiltelefon eller internet påverkar den psykiska hälsan. Det är mer än dubbelt så vanligt med psykiska besvär i form av nedstämdhet eller förekomst av flera psykiska eller somatiska besvär bland ungdomar som mobbats eller trakasserats via mobiltelefon eller internet. Värst är det för de ungdomar som utsatts för detta vid ett flertal tillfällen. Även att bli allvarligt hotad påverkar den psykiska hälsan negativt och andelen ungdomar med minst två psykiska eller somatiska besvär i veckan är betydligt högre bland ungdomar som utsatts för sådana hot. En annan typ av hot kan utgöras av att ha en närstående person som man anser dricker för mycket alkohol. De ungdomar som anser att det finns en närstående person som dricker för mycket alkohol rapporterar betydligt oftare magont mer än en gång i veckan liksom de oftare rapporterar sig besvär av flera psykiska eller somatiska symtom varje vecka än andra ungdomar.

Att se möjligheter och inte hinder för sin framtid är viktigt för alla människor. De allra flesta barn och unga ser ljust på framtiden. De ungdomar som känner sig nedstämda mer än en gång i veckan ser dock mindre ofta ljust eller mycket ljust på framtiden än andra ungdomar. Ett liknande mönster ses för de ungdomar som rapporterar minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka.

I den vuxna befolkningen är psykisk ohälsa vanligare bland yngre än bland äldre, och vanligare bland kvinnor än bland män. De yngsta kvinnorna (18-21 år) utmärker sig allra mest med andelar runt 40 %. Psykisk ohälsa har samband med en rad andra riskfaktorer för dålig hälsa. Orsak och verkan kan alltid diskuteras; psykisk ohälsa leder till ökat riskbeteende men dessa beteenden kan i sig försämra den psykiska hälsan. I åldersgruppen 18-34 år finner man att kvinnor och män med psykisk ohälsa oftare röker, har en stillasittande fritid, upplever ekonomisk stress, har riskabla spelvanor, trivs dåligt och är svagt socialt förankrade i sitt bostadsområde, har känt sig kränkta, har utsatts för hot om våld, upplever svagt emotionellt och praktiskt stöd, saknar känsla av att ha kontroll över sin egen hälsa och oftare har otillfredsställda vårdbehov.

INTRODUKTION

Den psykiska hälsan i den svenska befolkningen har försämrats sedan 1980-talet med en ökning av psykisk ohälsa under hela 1990-talet, en kulmen omkring år 2001 och därefter en viss minskning, utom bland de unga där besvären fortsatt att öka under 2000-talet.¹ Yngre mår sämre än äldre, kvinnor mår sämre än män och sämst mår unga kvinnor i åldern 16-24 år.¹ Folkhälsoenkäterna i Skåne visar alla samma mönster: de unga kvinnorna sticker ut. Att denna grupp är utsatt bekräftas även i andra enkätundersökningar samt i statistik över psykiatrisk sjukhusvård. Omkring dubbelt så många kvinnor som män vårdas för självmordsförsök, behandlas med antidepressiva läkemedel och vårdas på sjukhus för depression och ångestillstånd.¹ Självmord och sjukhusvård på grund av alkohol- och narkotikamissbruk är däremot vanligare bland män.¹ Psykisk ohälsa kan i förlängningen leda till sjukskrivning^{1,2} och under perioden 2000-2006 ökade antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar bland unga under 30 år, men minskade betydligt i åldern 30 till 64 år.¹ Utvecklingen har varit sämre för kvinnor än för män, och skillnaden mellan könen ökar redan under högstadieåren. Från en liten övervikt av nedstämdhet bland flickor i årskurs 5 är det nästan tre gånger fler flickor än pojkar som känner sig nedstämda i årskurs 9.¹ Psykiska och psykosomatiska besvär är vanligare bland flickor (i synnerhet nedstämdhet och oro), men ökningstakten över tid har varit liknande för både pojkar och flickor.³ I en totalundersökning av svenska elever i årskurs 9 år 2009 uppgav 37 % av flickorna och 16 % av pojkarna att de ofta eller alltid haft två eller flera psykosomatiska besvär (exempelvis huvudvärk, magont, sömnproblem, känt sig ledsen, spänd eller yr) under det senaste halvåret.⁴

I denna rapport redovisas resultat från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012⁵ samt Folkhälsoenkät Skåne 2008⁶ där vi närmare analyserat sambanden mellan å ena sidan sociodemografiska faktorer, levnadsvanor, skola, socialt nätverk, mobbing/trakasserier, fysisk hälsa och å andra sidan psykisk ohälsa i Skånes yngre befolkning (barn och unga i årskurs 6, 9 och gymnasiets årskurs 2, samt unga vuxna i åldern 18-34 år.)

DELTAGARE OCH METODER

Deltagare

Barn och unga

Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 ⁵ är en totalundersökning om skånska barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. En enkät delades ut till elever i årskurs 6 och 9 i 32 av 33 skånska kommuner (endast Lunds kommun avstod från att delta) och till elever i gymnasiets årskurs 2 i samtliga skånska kommuner. Enkäten besvarades anonymt av 9 650 elever i årskurs 6, av 9 791 elever i årskurs 9 och av 9 987 elever i gymnasiets årskurs två, vilket innebär en svarsfrekvens på 85 %, 83 % samt 72 % för respektive årskurs (svarsfrekvens baserad på det elevantal kommunerna uppgett till Region Skåne/Kommunförbundet Skåne).

Unga vuxna

Folkhälsoenkät Skåne 2008 ⁶ är Region Skånes tredje folkhälsoenkät riktad till den vuxna befolkningen. Tidigare folkhälsoenkäter genomfördes år 2000 och 2004. Folkhälsoenkäterna skickades ut med post till ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldern 18-80 år. Svarsfrekvensen var 54.1 % motsvarande 28 198 personer. I åldrarna 18-80 år svarade 12 726 män och 15 472 kvinnor. I åldrarna 18-34 år svarade 2 624 män och 3 569 kvinnor. Svaren har kalibrerats med hänsyn till ålder, kön, födelseland, civilstånd, inkomst och utbildning för att kompensera för det selektiva bortfall som förekommer i enkätundersökningar.

Psykisk ohälsa

Barn och unga

För att mäta psykisk ohälsa i Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 användes frågeinstrumentet HBSC-SCL med åtta frågor, vilket är väl validerat ⁷ och har använts under många år i WHO:s stora undersökningar om skolbarns hälsovanor. ^{8,9} Fyra av frågorna handlar om psykiska besvär (nedstämdhet, irritation/dåligt humör, ängslan/oro, sömnsvårigheter), och fyra om somatiska besvär som kan vara uttryck för psykologisk belastning (huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen, yrsel). Ungdomarna fick ange hur ofta de haft dessa besvär under de senaste 6 månaderna med svarsalternativen: ”I stort sett varje dag”, ”mer än en gång i veckan”, ”Ungefär en gång i veckan”, ”Ungefär en gång i månaden” och ”Sällan eller aldrig”. Eftersom psykiska och somatiska besvär ofta hänger ihop redovisar vi även andelen ungdomar som haft minst två besvär (psykiska eller somatiska) per vecka under det senaste halvåret. Vidare ställdes en fråga om

stress: ”Känner du dig stressad i din vardag? och en fråga om nöjdhet: ”Känner du dig nöjd med dig själv?” där svarsalternativen var: ”Ja, ofta”, ”Ja ibland” och ”Nej, nästan aldrig”. Vidare fanns en fråga avseende i vilken grad ungdomarna kände sig stressade av sitt skolarbete.

Unga vuxna

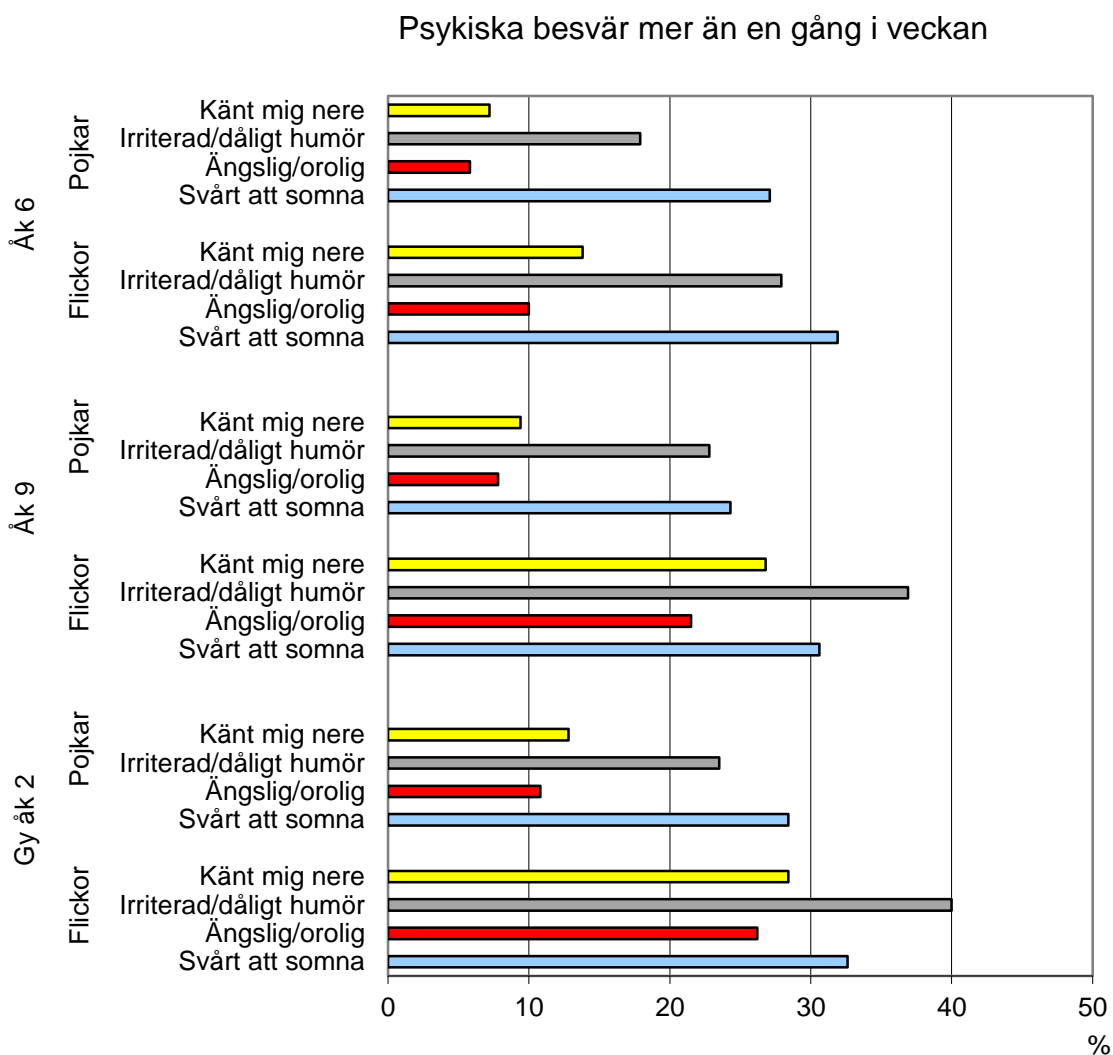
I Folkhälsoenkät Skåne användes ett annat frågeinstrument för att mäta psykisk ohälsa; General Health Questionnaire med 12 frågor (GHQ-12).¹⁰ De 12 frågorna handlar om koncentration, sömnsvårigheter, om man känt att man gjort nytta, kunnat fatta beslut, varit spänd, inte klarat av problem, uppskattat det man gjort, kunnat ta itu med sina problem, känt sig olycklig och nedstämd, trott på sig själv, haft känslor av värdelöshet samt varit någorlunda lycklig under de senaste veckorna. Varje fråga har fyra svarsalternativ (av typen ”mer än vanligt”, ”som vanligt”, ”Mindre än vanligt”, ”Mycket mindre än vanligt), varav två alternativ räknas som ”Bra psykisk hälsa” och två som ”Dålig psykisk hälsa”.¹⁰ Vid tre eller fler ”dåliga” svar av tolv möjliga har individens psykiska hälsa klassificerats som dålig. Detta frågeinstrument har tidigare använts i många regionala och nationella folkhälsoenkäter i Sverige med samma gränsdragning.¹¹ Frågeinstrumentet GHQ-12 mäter alltså inte något specifikt psykiskt besvär eller någon psykisk sjukdom, utan fångar upp psykisk ohälsa mer generellt i en befolkning.^{10, 12} GHQ-12 har använts över hela världen och är väl validerat.¹² Internationella studier har visat samband mellan psykisk ohälsa mätt med GHQ-12 och ökad sjuklighet,¹³ sjukvårdskonsumtion,¹⁴ och dödlighet.^{15, 16, 17}

PSYKISK OHÄLSA BLAND BARN OCH UNGA

Sociodemografiska faktorer

Ålder

Andelen elever med psykiska och somatiska symtom ökar under tonåren, generellt mer bland flickor än pojkar, vilket leder till en ökande skillnad mellan könen.¹⁸ Figur 1 visar andelen skånska ungdomar i årskurs 6, 9 och gymnasiets årskurs 2 som deltog i undersökningen Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 som uppgett att de haft besvär av nedstämdhet, irritation/dåligt humör, ängslan/oro respektive sömnsvårigheter mer än en gång i veckan under det senaste halvåret. Andelen är generellt högre bland flickor än pojkar i alla årskurser. Alla symtom ökar med åldern utom sömnsvårigheter som angavs av drygt var fjärde pojke och var tredje flicka med lite variation över årskurserna. Nedstämdhet och ängslan/oro ökar betydligt mer bland flickor än pojkar med den största ökningen mellan årskurs 6 och årskurs 9. Bland flickor anges nedstämdhet av var sjunde flicka i årskurs 6 och drygt var fjärde flicka i årskurs 9 och i gymnasiets årskurs 2. Motsvarande siffror bland pojkar ligger på ungefär hälften så höga andelar i respektive årskurs. Bland flickor anges ängslan/oro av var tionde flicka i årskurs 6, drygt var femte flicka i årskurs 9 och drygt var fjärde flicka i gymnasiets årskurs 2. Flickor i de två äldsta årskurserna anger ängslan/oro i mer än dubbelt så hög utsträckning jämfört med pojkar i motsvarande ålder. De vanligaste symtomen är dock irritation/dåligt humör bland flickor (ökar från drygt var fjärde flicka i årskurs 6 % till 40 % på gymnasiet) och svårigheter att somna bland pojkar (ungefär var fjärde pojke i samtliga årskurser).

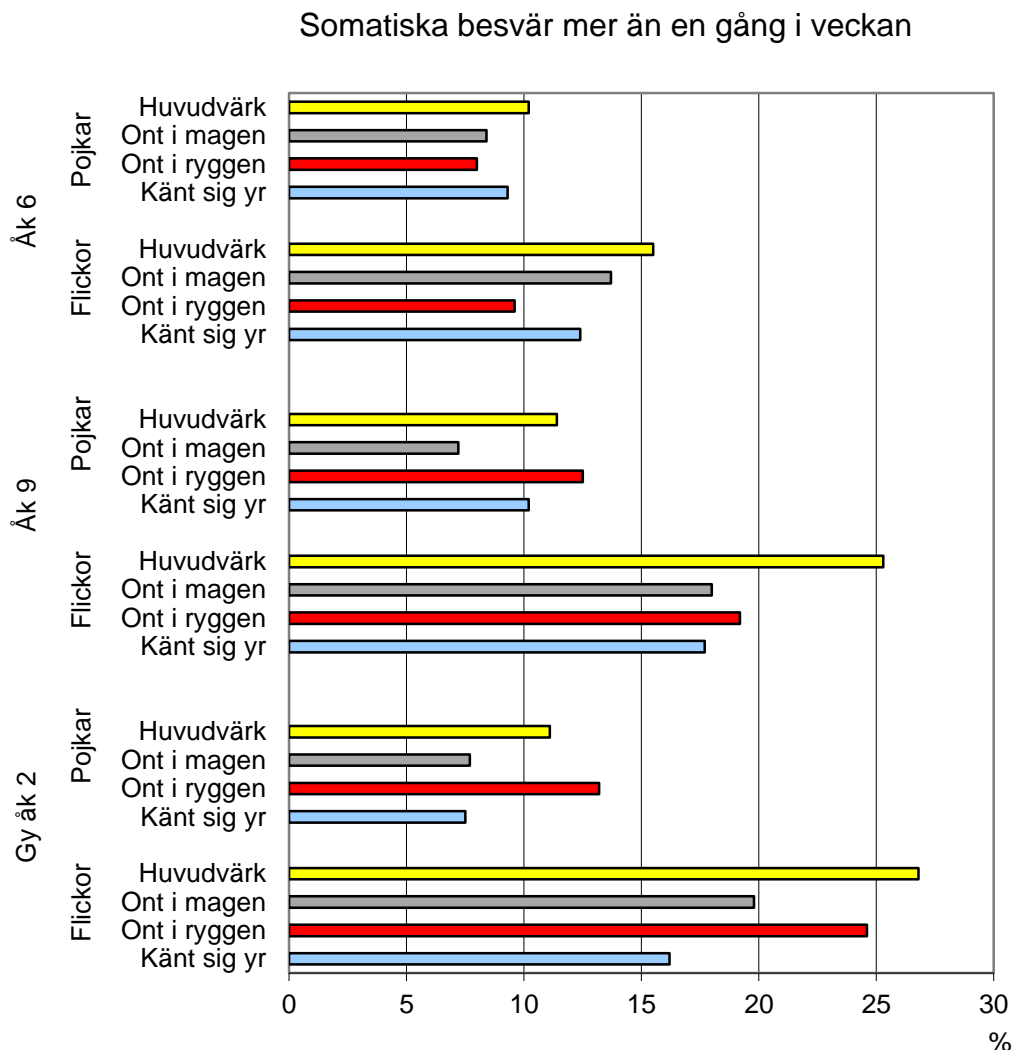


Figur 1. Andelen flickor och pojkar i årskurs 6, 9 och gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de haft olika typer av psykiska besvär mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna.

Det är inte ovanligt att samma individer har flera symtom samtidigt. Bland pojkarna uppgav 13% av pojkarna i årskurs 6 att de haft två eller fler psykiska symtom mer än en gång i veckan under det senaste halvåret och på gymnasiet var motsvarande andel 19%. Bland flickorna var motsvarande siffror 22 % och 36 % (visas inte i figur).

Figur 2 visar andelen skånska ungdomar i årskurs 6, 9 och gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de haft besvär av huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen respektive yrsel mer än en gång i veckan under det senaste halvåret. Flickor har generellt mer besvär än pojkar. Bland flickor ökar andelen med huvudvärk, ont i magen och ont i ryggen med åldern. På gymnasiet har mer än var fjärde flicka huvudvärk, knappt var fjärde ont i ryggen och var femte flicka ont i magen oftare än en

gång i veckan. Bland pojkar ser mönstret annorlunda ut. Andelen med huvudvärk respektive ont i magen ligger runt 7-10 % i alla tre årskurser medan andelen med ont i ryggen ökar från 7 % bland pojkar i yngsta årskursen till 13 % i den äldsta. Yrsel är vanligast i årskurs 9 bland både flickor och pojkar.

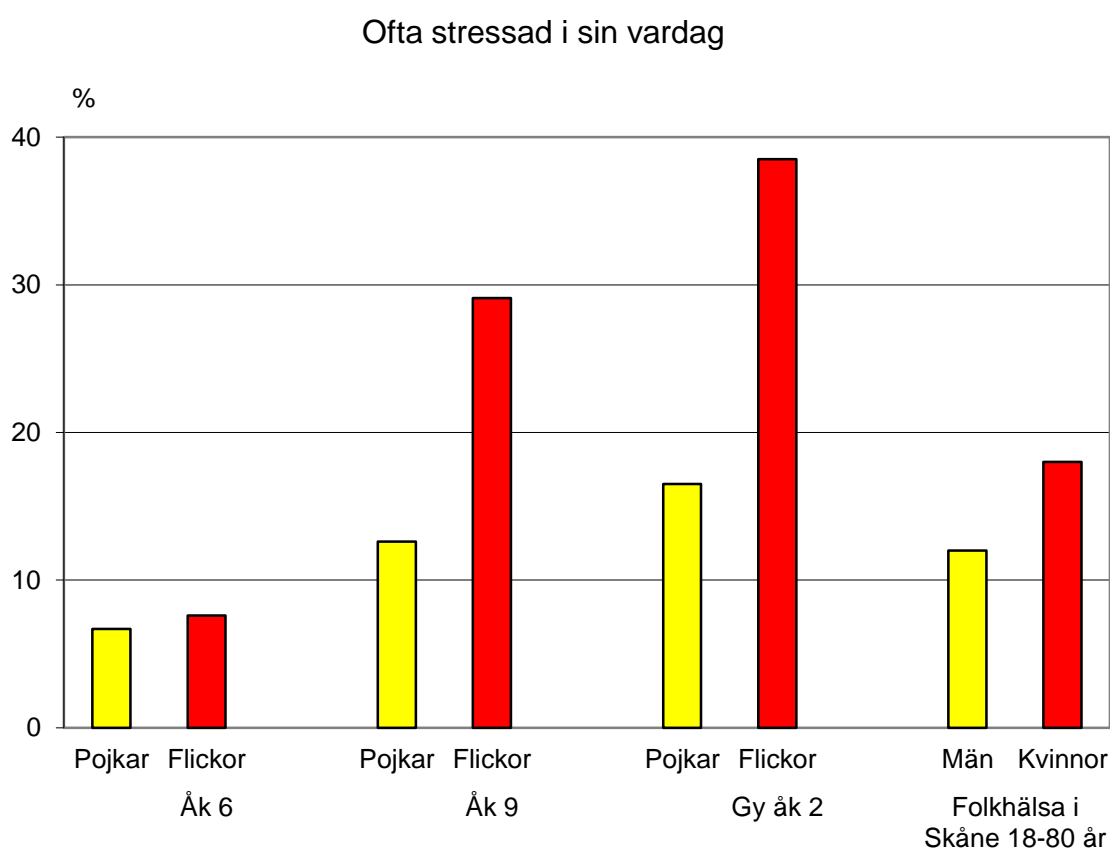


Figur 2. Andelen flickor och pojkar i årskurs 6, 9 och gymnasiet årskurs 2 som uppgett att de haft olika typer av somatiska besvär mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna.

Andelen som har två eller fler samtidiga somatiska besvär mer än en gång i veckan ökar med åldern bland flickor (från 13 % i årskurs 6 till 24 % i gymnasiet) men inte bland pojkar (runt 8 % i alla åldrar) (Visas inte i figur).

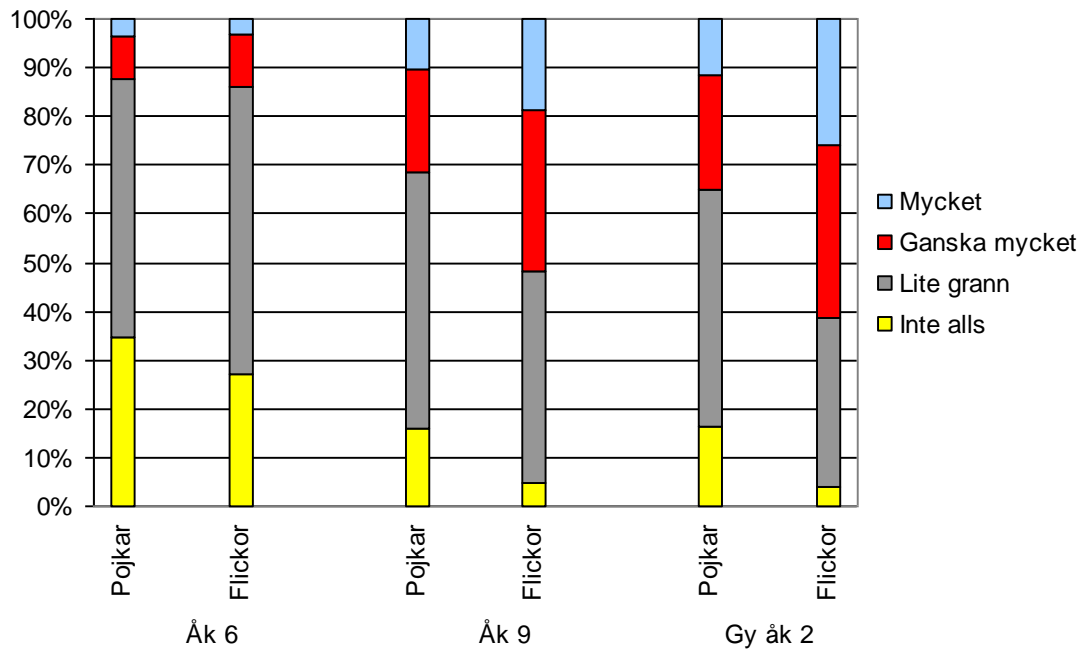
Psykiska och somatiska symtom hänger ofta ihop. Andelen ungdomar som i Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 uppgett sig ha haft minst två besvär (psykiska eller somatiska) per vecka under det senaste halvåret ökade något bland pojkar (från drygt var femte till drygt var fjärde pojke) med högre årskurs och betydligt mer bland flickor med högre årskurs (från var tredje till varannan flicka i yngsta respektive högsta årskursen) (visas inte i figur).

Andelen ungdomar som ofta känner sig stressade i sin vardag ökar tydligt med åldern (Figur 3). I årskurs 6 är andelen runt 7 % bland både pojkar och flickor, men i högsta årskursen är andelen 17% bland pojkar och 38 % bland flickor. I de två äldsta årskurserna är det mer än dubbelt så vanligt att flickor ofta känner sig stressade jämfört med pojkar i samma ålder.



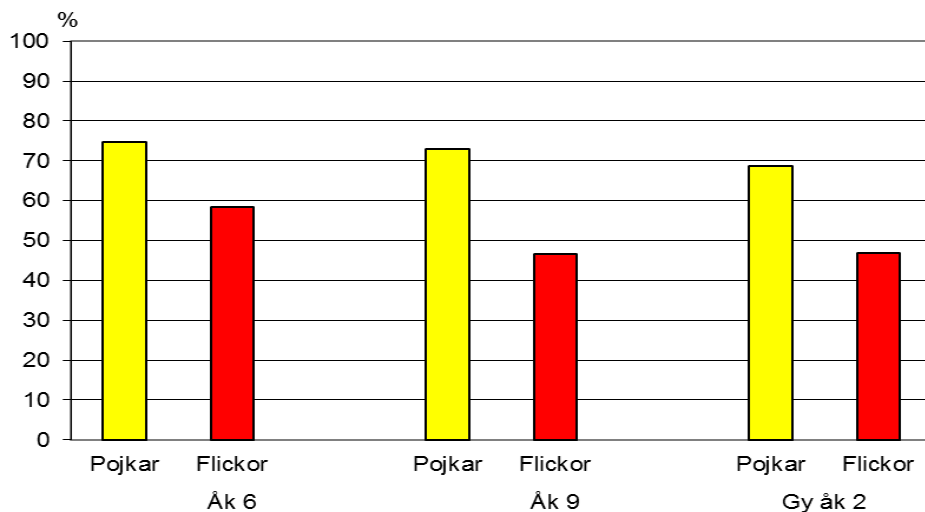
Figur 3. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som uppgett att de *ofta känner sig stressade i sin vardag*.

Skolan är ofta den största källan till stress bland barn och unga.¹⁹ Figur 4 visar andelen ungdomar som besvarat Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 som känner sig stressade av sitt skolarbete. Upplevelsen av stress ökar med stigande ålder och andelen som är ganska eller mycket stressade av skolarbetet är betydligt högre bland flickor än pojkar i de två äldsta årskurserna.



Figur 4. Andelen flickor och pojkar i respektive åldersklass som uppgett *olika grader av stress av skolarbetet*.

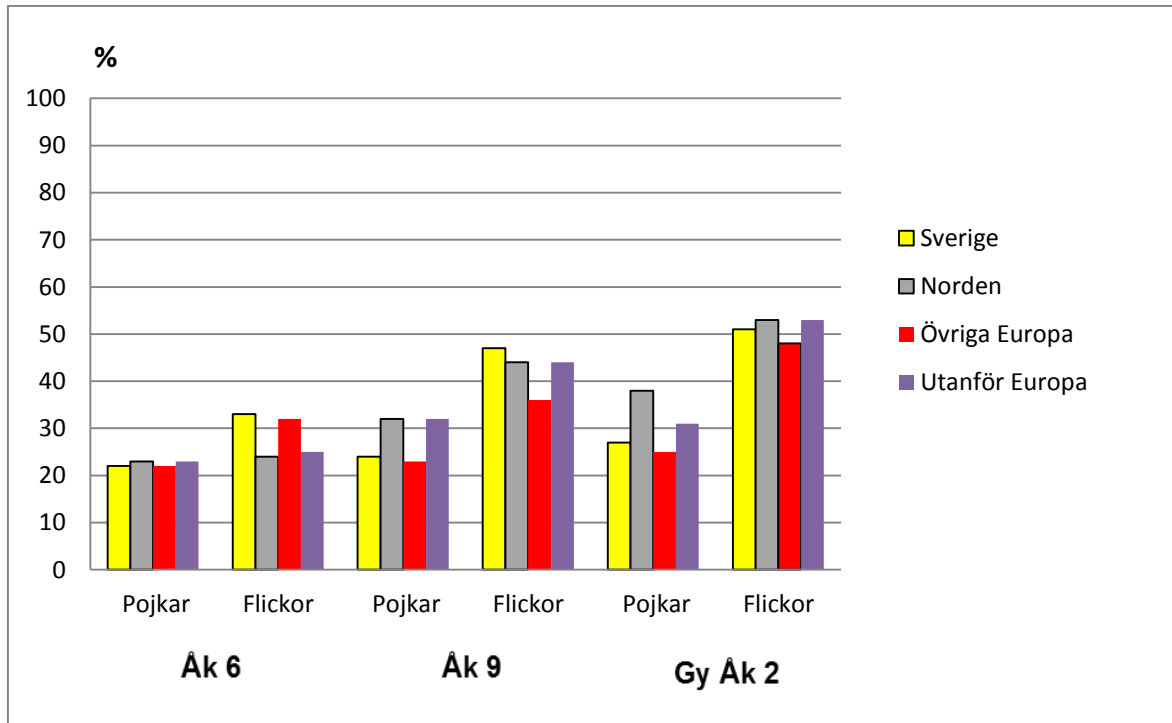
Ungdomarna som besvarade Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 fick frågan ”Känner du dig nöjd med dig själv?” med svarsalternativen ”Ja, oftast”, ”Ja, ibland” och ”Nej, nästan aldrig”. Figur 5 visar att pojkar betydligt oftare uppgett sig vara nöjda med sig själva än flickor. Mest nöjda är pojkar och flickor i årskurs 6. Med åldern sjunker andelen som oftast är nöjd med sig själv. Minskningen är liten för pojkarna och stor för flickorna, med en tydlig försämring mellan årskurs 6 och 9. I gymnasiets årskurs 2 uppger knappt 70 % av pojkarna och mindre än hälften av flickorna att de ofta är nöjda med sig själva.



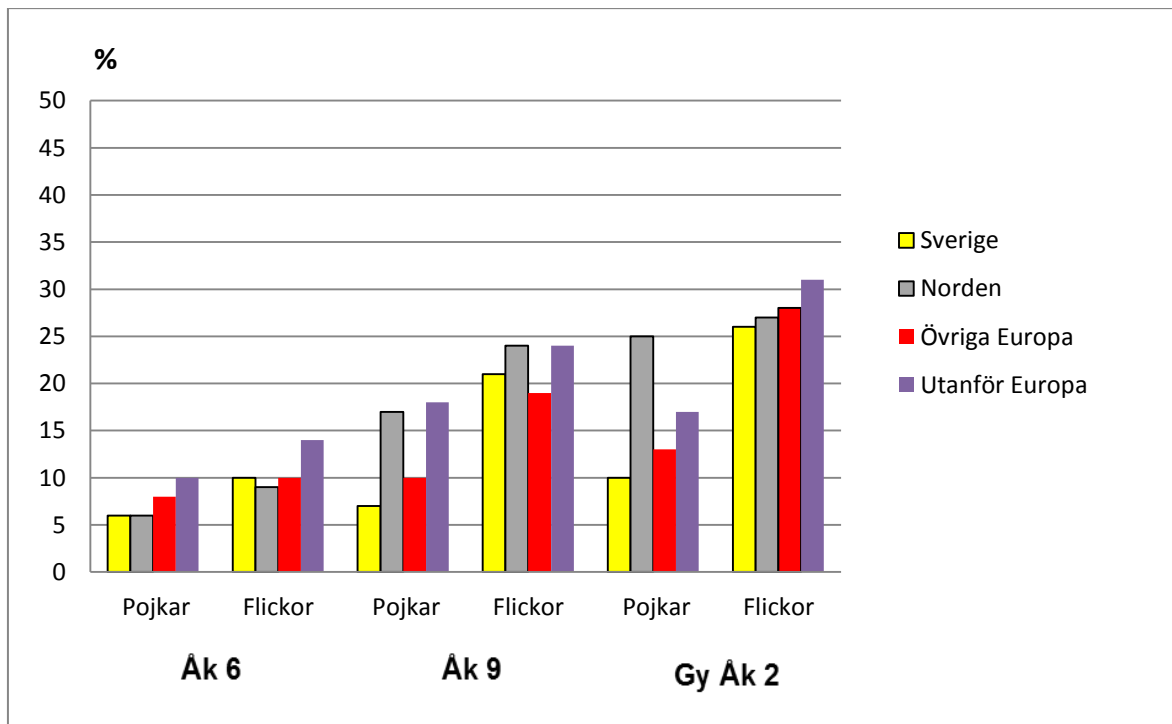
Figur 5. Andelen flickor och pojkar i respektive åldersklass som uppgett att de *ofta känner sig nöjda med sig själv*.

Födelseland

När man studerar sambandet mellan födelseland och förekomst av minst två psykiska eller somatiska symtom per vecka bland de ungdomar som besvarade Folkhälsoenkät Barn och Unga 2012 ses små skillnader i årskurs 6, årskurs 9 och årskurs 2 i gymnasiet (Figur 6). När psykisk ohälsa mäts som ångslan/oro ses genomgående en något högre andel bland ungdomar födda utanför Europa jämfört med svenskfödda ungdomar (Figur 7).

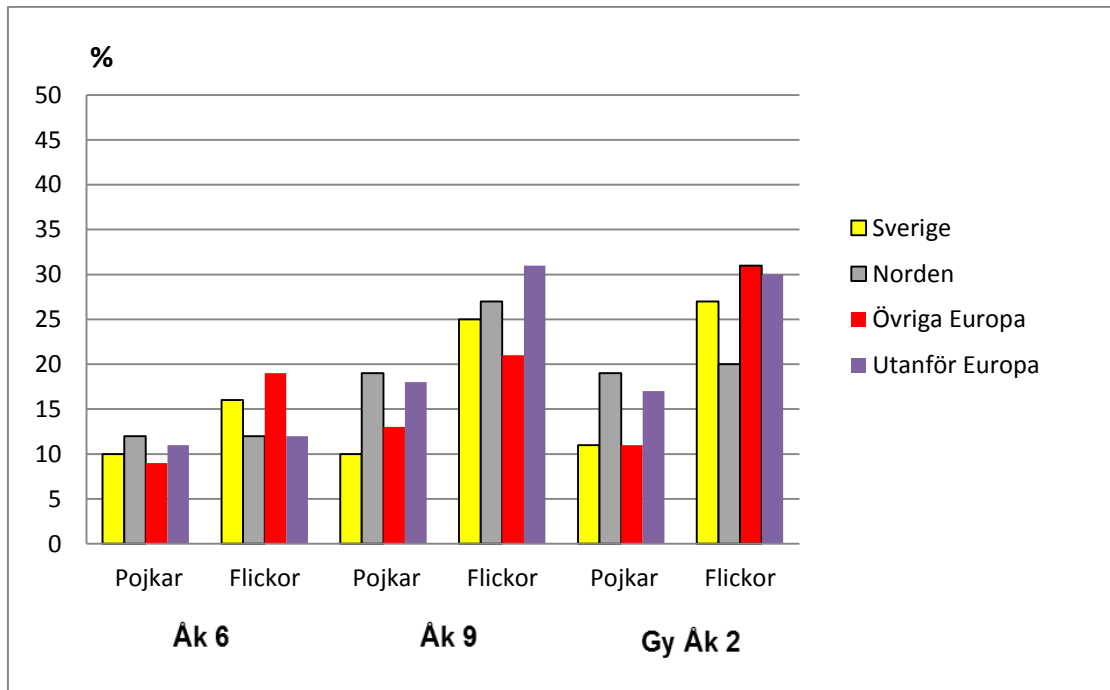


Figur 6. Andel flickor och pojkar med *minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka* fördelat på födelse-land.

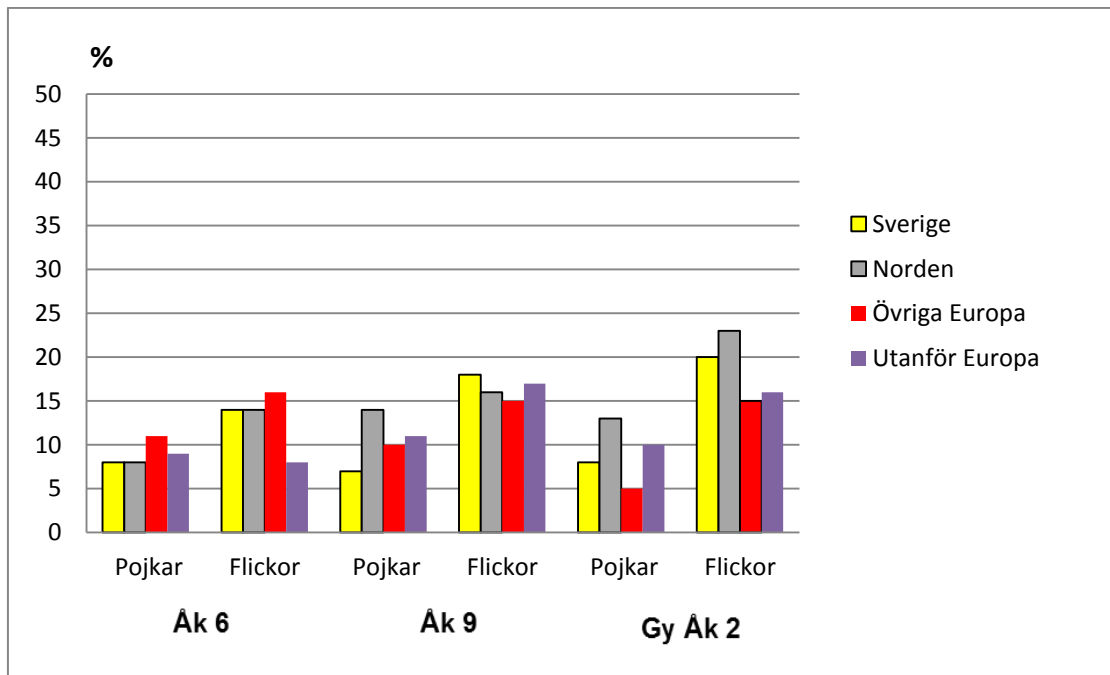


Figur 7. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som varit *ängsliga/oroliga* mer än en gång i veckan under det senaste halvåret fördelat på födelse-land.

När det gäller sambanden mellan födelse-land och förekomst av somatiska symtom som huvudvärk och ont i magen ses inget tydligt eller genomgående mönster (Figur 8 och 9).



Figur 8. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som haft *huvudvärk* mer än en gång i veckan under det senaste halvåret fördelat på födelse-land.

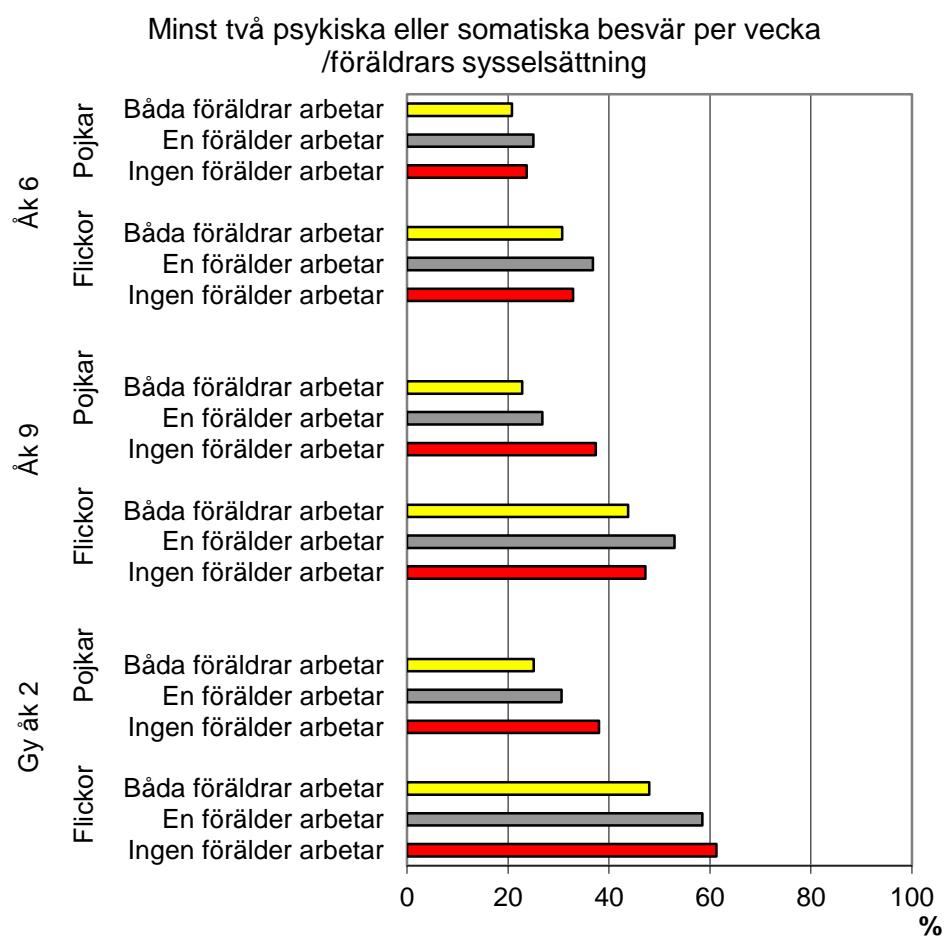


Figur 9. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som haft *ont i magen* mer än en gång i veckan under det senaste halvåret fördelat på födelse-land.

Socioekonomisk indelning

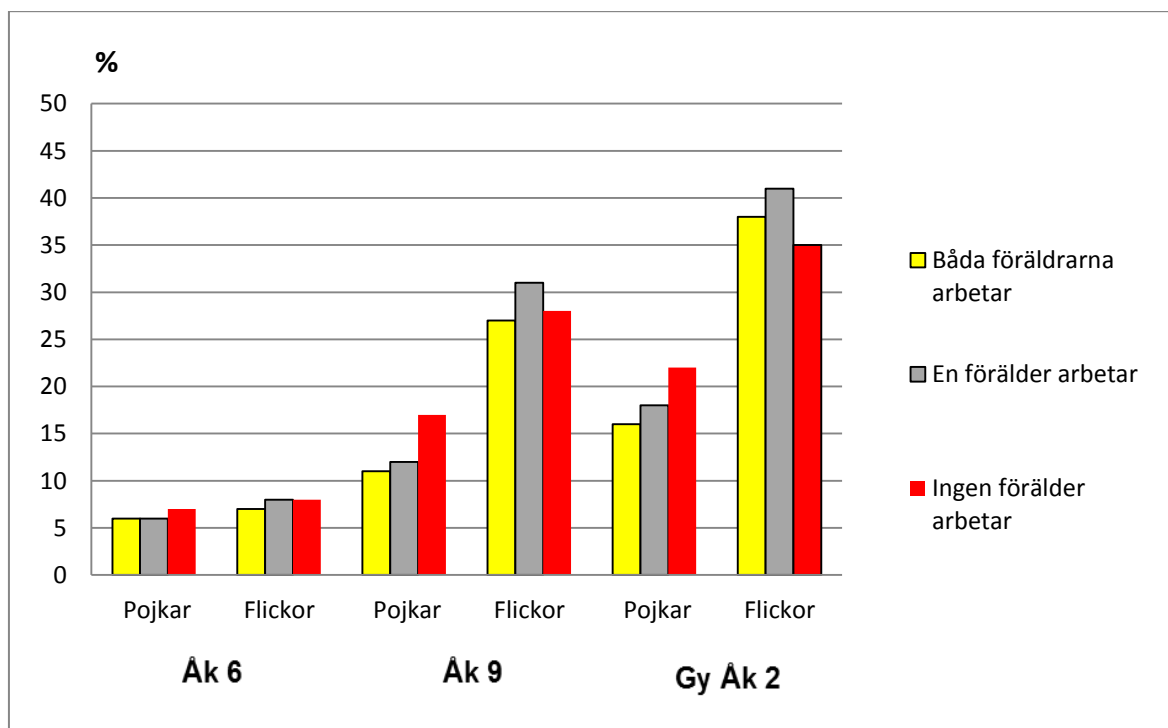
Precis som bland vuxna ses samband mellan en lägre socioekonomisk position och psykisk ohälsa bland barn och ungdomar.^{20, 21} En socioekonomisk indelning av barn kan göras utifrån föräldrarnas arbetssituation.

I Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 gjordes en socioekonomisk indelning av barnen utifrån föräldrarnas arbetssituation (båda föräldrar förvärvsarbetar, en förälder förvärvsarbetar respektive ingen förälder förvärvsarbetar). Figur 10 visar andelen pojkar och flickor som har minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka i de tre socioekonomiska grupperna. Lägst andel ses bland pojkar i årskurs 6 med två föräldrar som arbetar (20 %) och högst andel bland flickor i gymnasiet vars föräldrar inte arbetar (60 %). Generellt ses lägst andel barn med psykiska eller somatiska besvär i familjer där båda föräldrarna arbetar.



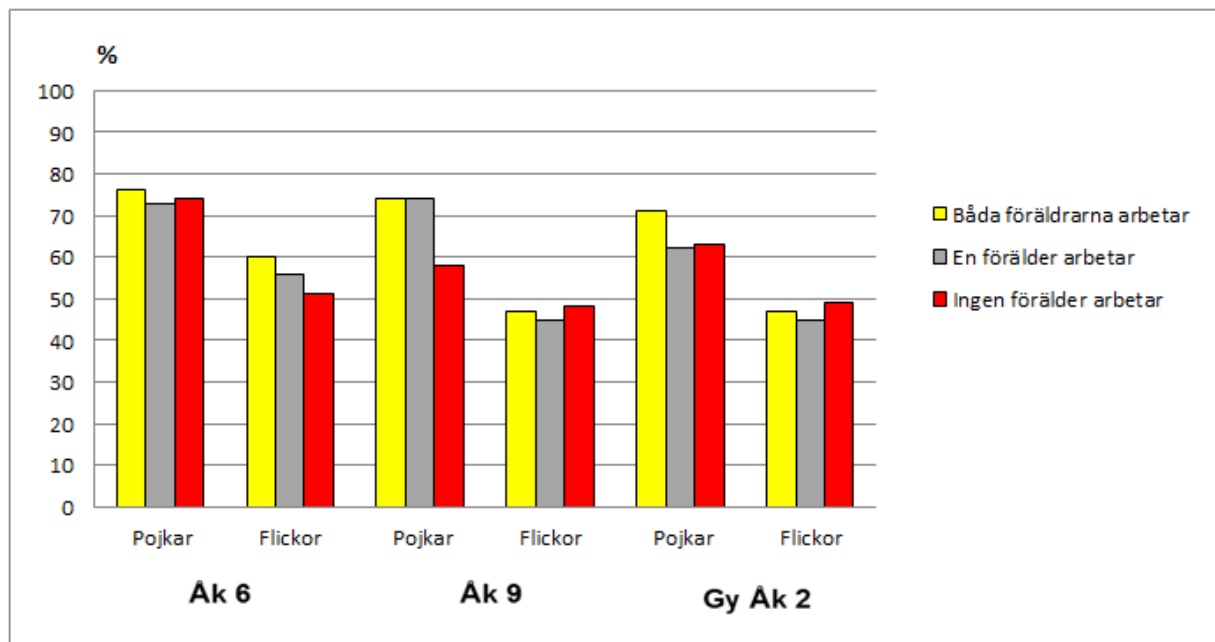
Figur 10. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som har *minst två psykiska eller somatiska* besvär per vecka efter föräldrarnas sysselsättning (båda arbetar, en arbetar, ingen arbetar).

Figur 11 visar andelen ungdomar som ofta känner sig stressade i de tre socioekonomiska grupperna. I årskurs 6 ses inga skillnader, men i de två högre årskurserna utmärker sig pojkar från familjer där ingen av föräldrarna arbetar med högre andelar än övriga två grupper.



Figur 11. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *ofta är stressade* i sin vardag efter föräldrarnas sysselsättning (båda arbetar, en arbetar, ingen arbetar).

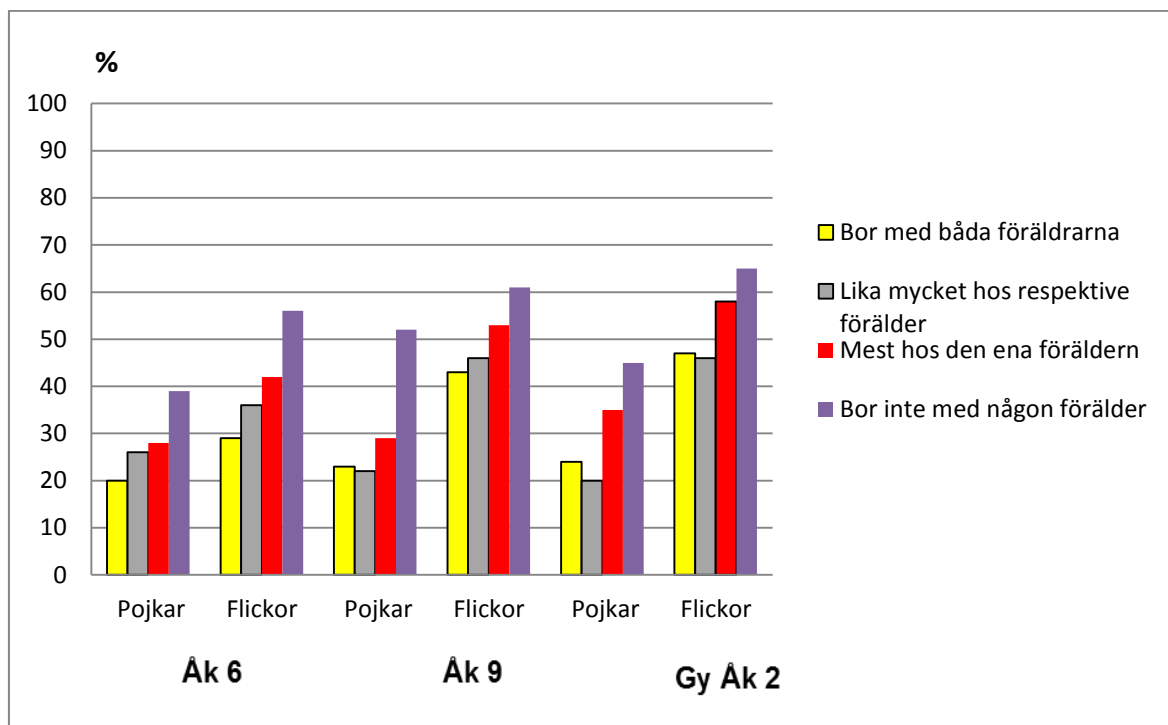
Figur 12 visar andelen ungdomar som ofta är nöjda med sig själv i de tre socioekonomiska grupperna. Generellt ses små skillnader, men bland pojkar i årskurs 9 utmärker sig de som kommer från familjer där ingen av föräldrarna arbetar med en lägre andel.



Figur 12. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som ofta är nöjda med sig själva efter föräldrarnas sysselsättning (båda arbetar, en arbetar, ingen arbetar).

Vem/vilka barnet bor tillsammans med

Figur 13 visar att andelen ungdomar som rapporterar minst två psykiska eller somatiska symtom per vecka generellt är högre bland de barn och unga som bor mest hos den ena föräldern respektive de barn och unga som inte bor tillsammans med någon av föräldrarna. Den senare gruppen är dock liten i årskurs 6.



Figur 13. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka* efter familjekonstellation (bor med båda föräldrarna, lika mycket hos respektive förälder, mest hos den ena föräldern, inte med någon av föräldrarna).

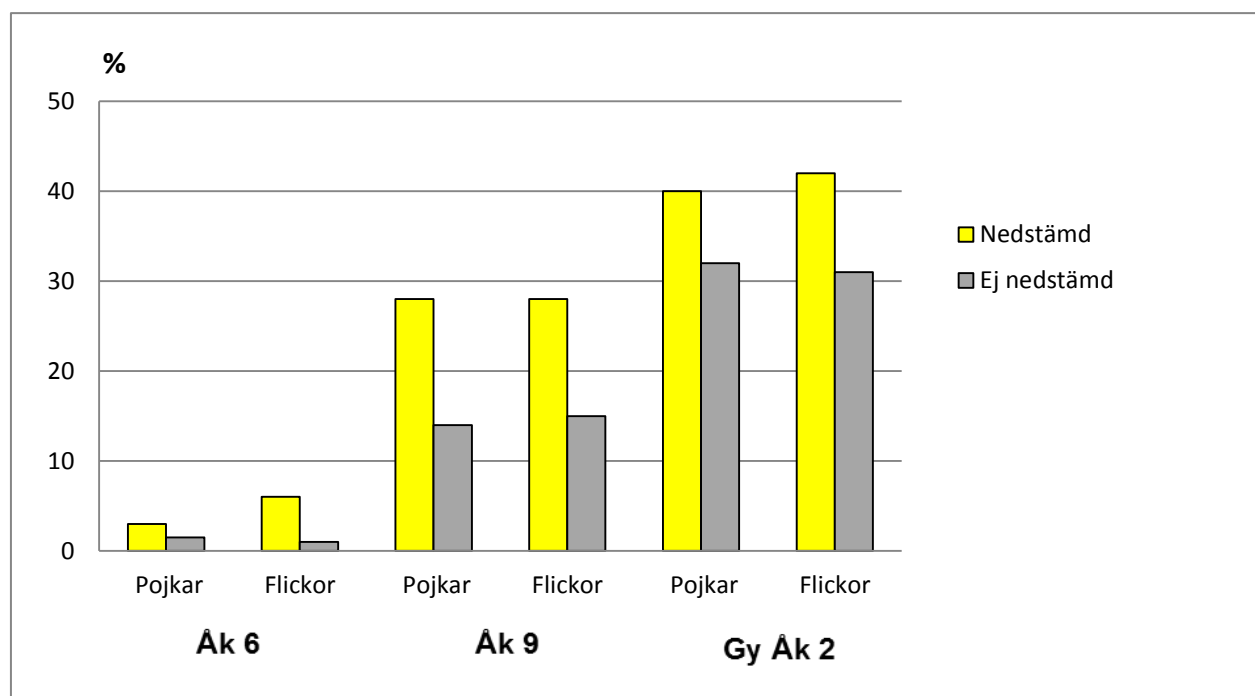
Levnadsvanor

Rökning

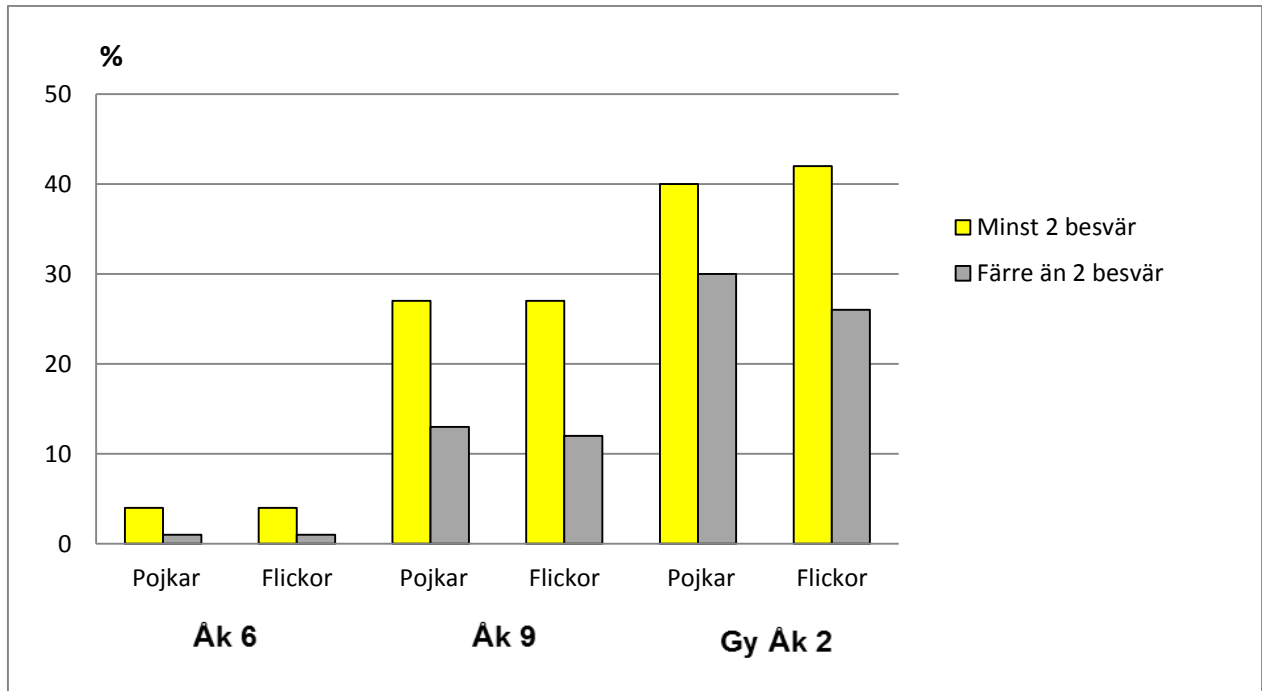
Att rökning är skadligt för hälsan är väl känt. De flesta börjar röka under ungdomsåren²² och det går fortare och behövs färre cigaretter för att etablera ett nikotinberoende hos ungdomar än hos vuxna.²³ Rökning är ungefär dubbelt så vanligt på gymnasiet som i årskurs 9, och fler flickor än pojkar röker (men den totala tobakskonsumtionen är jämn mellan könen eftersom pojkar oftare snusar).²⁴ Över tid har rökningen minskat i årskurs 9 men varit relativt oförändrad i gymnasiet.²⁴ År 2010 rökte 14 % av flickorna och 10 % av pojkarna dagligen i gymnasiets årskurs 2.²⁴ I Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 svarade 17 % av pojkarna och 19 % av flickorna i

årskurs 9 att de röker (innefattande rökning varje dag, nästan varje dag, när man är på fest eller ibland). I gymnasiets årskurs 2 uppgav var tredje pojke respektive flicka att de röker.⁵ Olika studier har visat att rökning är vanligare bland personer med psykisk ohälsa jämfört med personer utan psykisk ohälsa.^{25, 26} Tonåringar som börjar röka tidigt börjar även oftare med alkohol och droger under tonårsperioden.²⁷

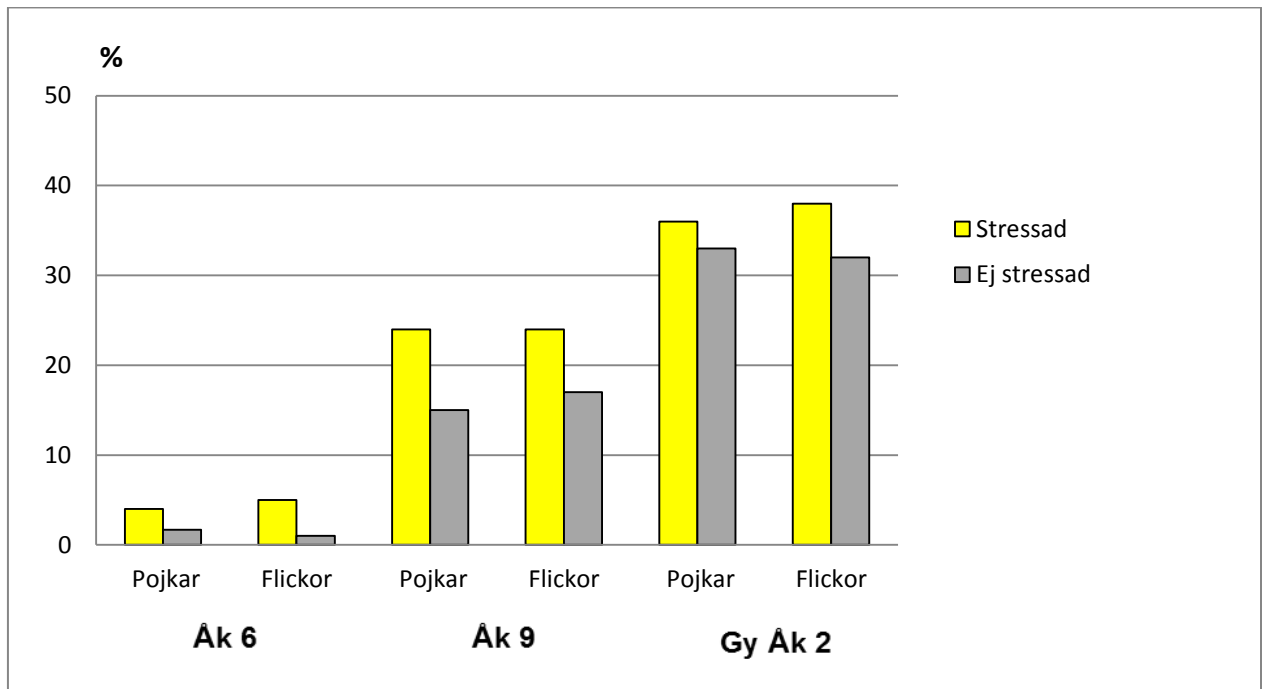
Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visar en högre andel rökare bland ungdomar som upplever nedstämdhet mer än en gång i veckan (Figur 14), minst två psykiska eller somatiska symtom per vecka (Figur 15) respektive ofta upplever stress (Figur 16).



Figur 14. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *röker* bland ungdomar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



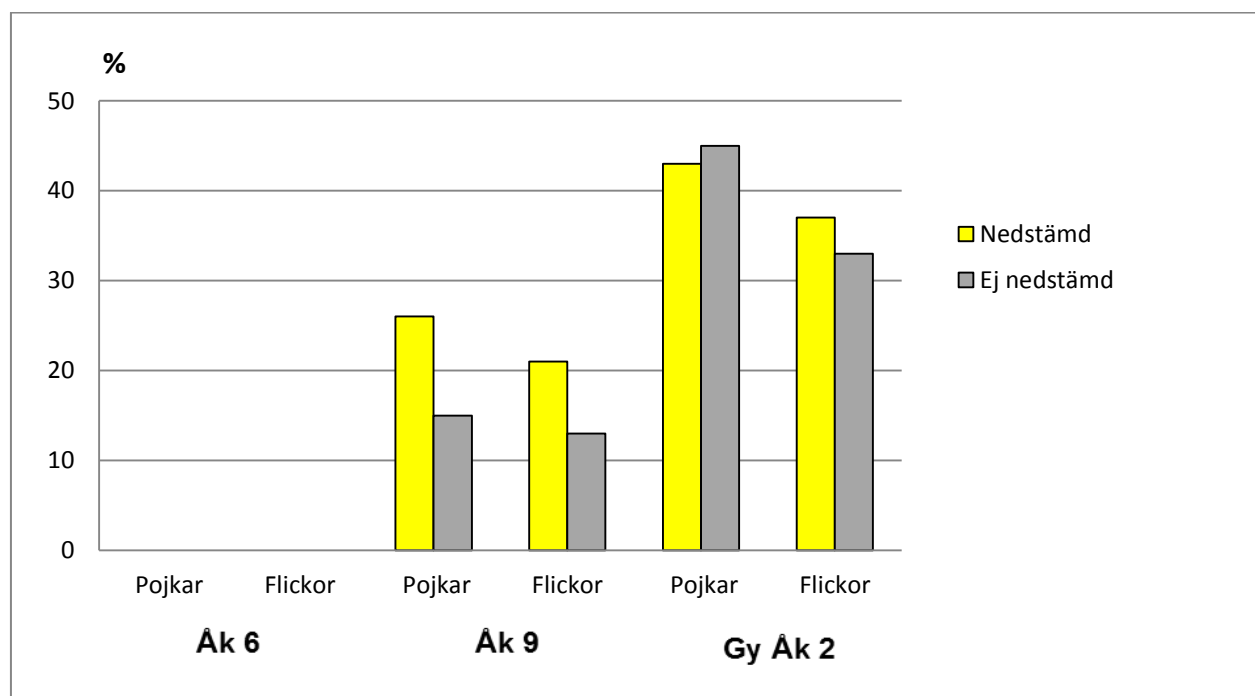
Figur 15. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *röker* bland ungdomar med respektive utan två eller fler psykiska eller somatiska besvär per vecka.



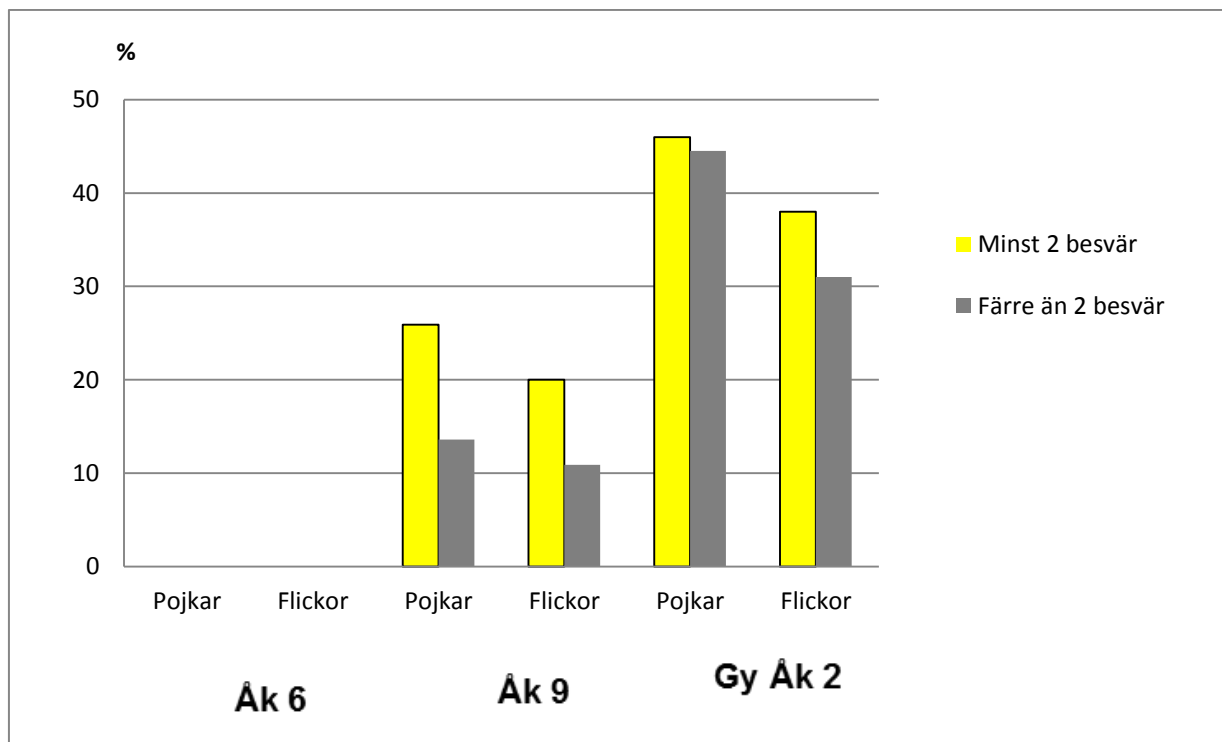
Figur 16. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *röker* bland ungdomar med respektive utan frekvent stress.

Intensivkonsumtion av alkohol

Alkohol kan störa hjärnans utveckling under barndomen och tonåren.²⁸ Konsumtionen av alkohol har minskat över tid bland ungdomar i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2, och andelen elever som avstår helt har ökat.²⁴ Andelen pojkar och flickor som varit berusade vid 13 års ålder var 11% år 2010, den lägsta siffran sedan 1989.²⁴ Hög alkoholkonsumtion har samband med sämre psykisk hälsa²⁹ och sambanden går åt båda hållen: depressiva besvär leder till hög alkoholkonsumtion och hög alkoholkonsumtion leder till en ökad risk för depressiva besvär.³⁰ För flickor finns ett klart samband som visar att ju fler gånger man varit berusad desto högre är förekomsten av ångest- och depressionsbesvär.²⁹ Ett liknande mönster ses även i Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012⁵ där ungdomar med nedstämdhet (Figur 17) respektive psykiska eller somatiska besvär (Figur 18) oftare uppger intensivkonsumtion av alkohol. Intensivkonsumtion definieras som att minst en gång i månaden vid ett och samma tillfälle ha druckit alkohol motsvarande minst fyra burkar starköl eller minst fyra burkar starkcider/alkoläsk eller sex burkar folköl eller en hel flaska vin eller 25 cl sprit (ca 6 shots eller drinkar). Sambandet mellan intensivkonsumtion av alkohol och nedstämdhet är starkast i årskurs 9.



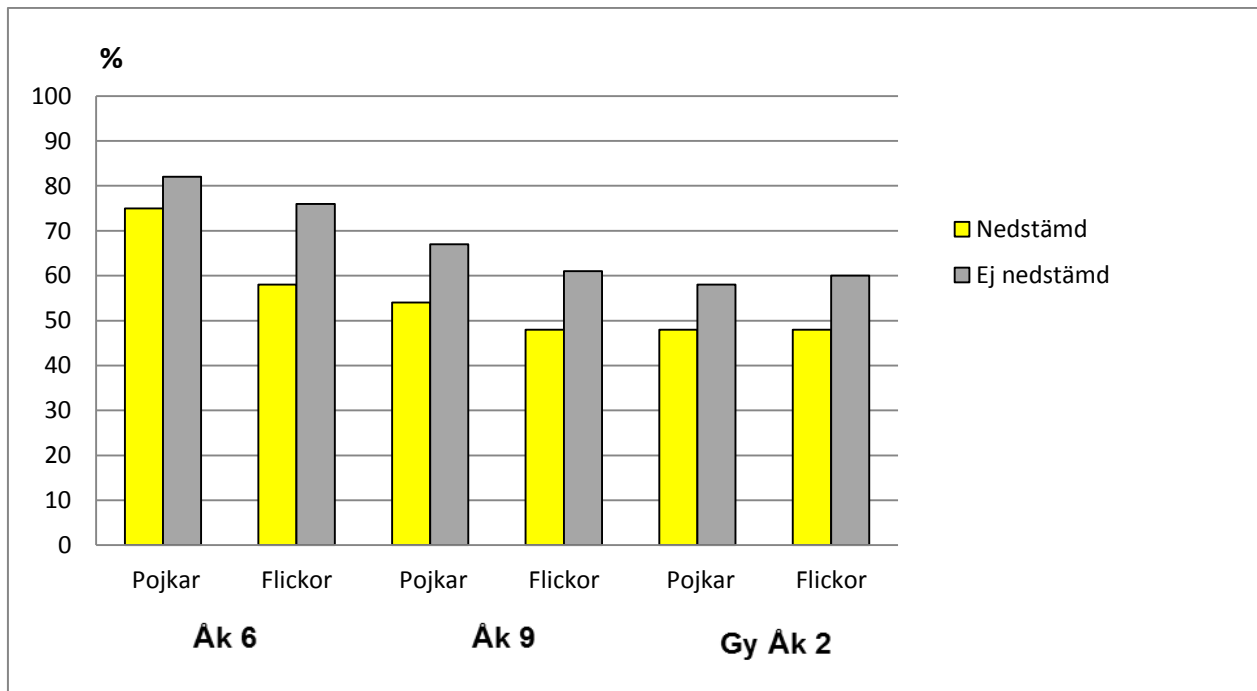
Figur 17. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *intensivkonsumtion av alkohol* (minst en gång i månaden under de senaste 12 månaderna vid ett och samma tillfälle druckit alkohol motsvarande minst fyra burkar starköl eller minst fyra burkar starkcider/alkoläsk eller sex burkar folköl eller en hel flaska vin eller 25 cl sprit (ca 6 shots eller drinkar)) bland ungdomar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



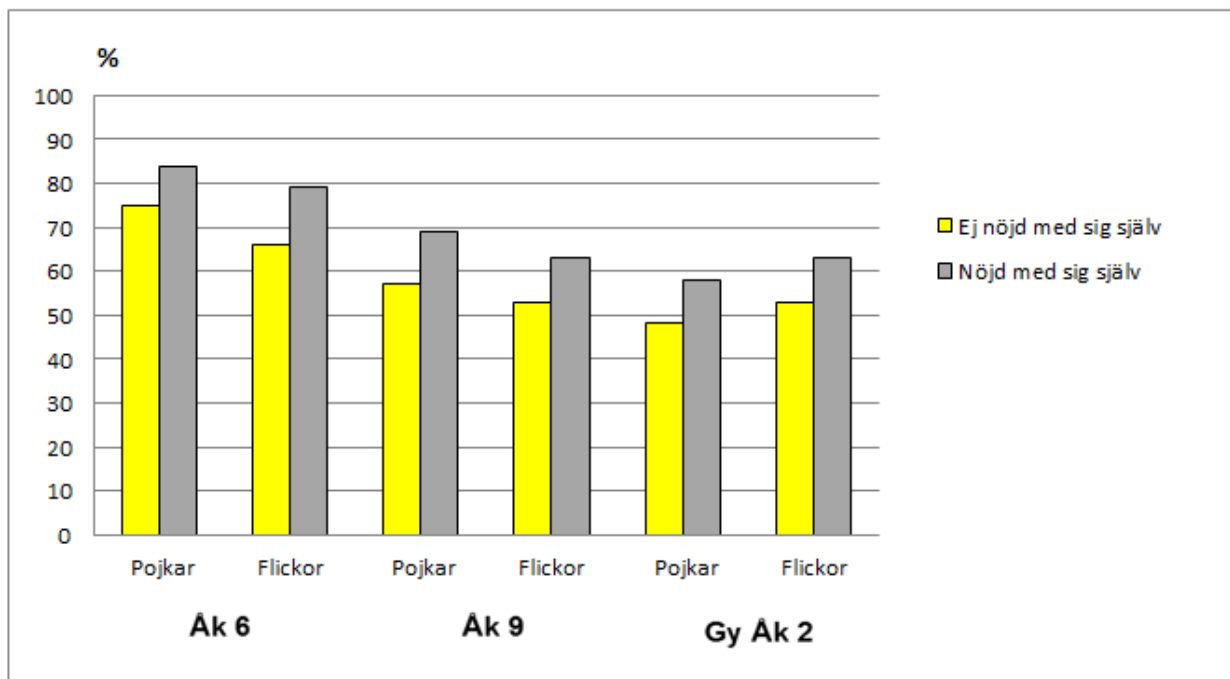
Figur 18. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *intensivkonsumtion* av *alkohol* bland ungdomar med respektive utan två eller fler psykiska eller somatiska besvär per vecka.

Matvanor

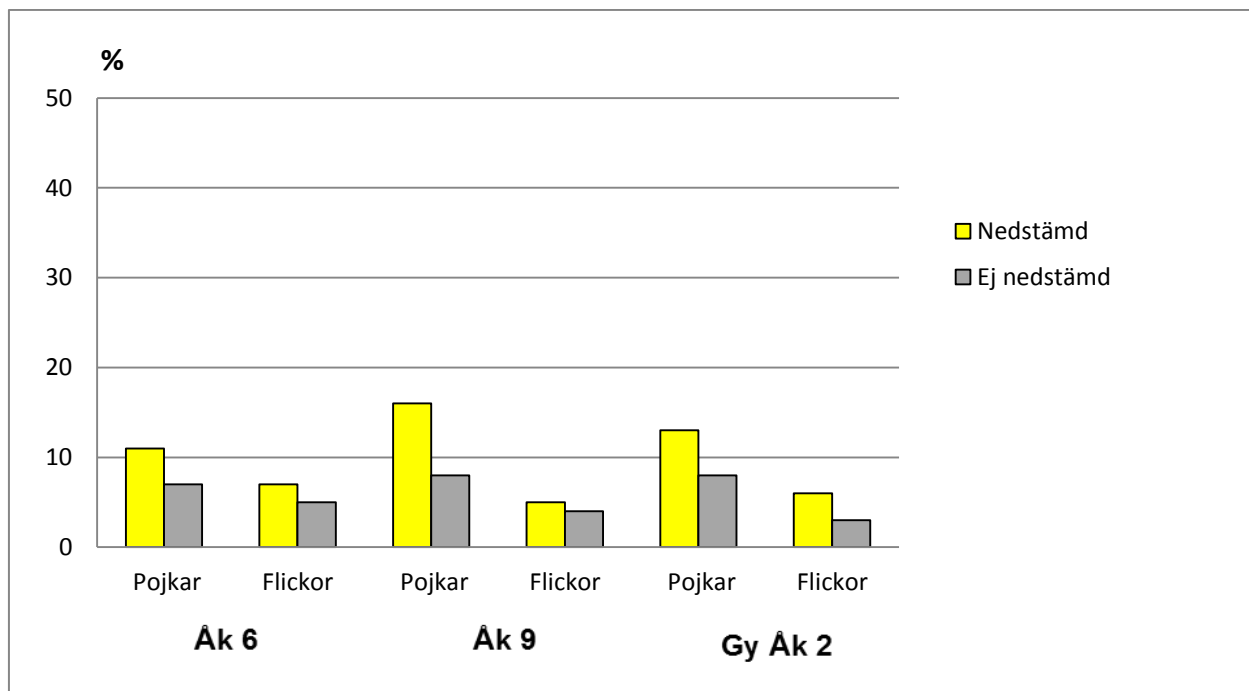
Maten spelar roll för hur man mår och särskilt frukosten är viktig för att orka med (skol-)dagen. De som inte äter frukost har ofta även andra ohälsosamma levnadsvanor.³¹ Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga 2012 visar att andelen som äter frukost dagligen är lägre bland ungdomar som är nedstämda mer än en gång i veckan. Frukostvanorna försämras generellt med åldern (Figur 19). I den yngsta årskursen utmärker sig nedstämda flickor - drygt fyra av tio hoppar över frukosten jämfört med knappt var fjärde jämnårig flicka utan nedstämdhet. Det är vanligare att inte äta frukost bland nedstämda ungdomar i samtliga årskurser och i den äldsta årskursen är det mer än hälften av nedstämda pojkar och flickor som inte äter frukost varje dag jämfört med ungefär fyra av tio bland klasskamrater utan nedstämdhet. Figur 20 visar ett liknande mönster avseende frukostvanorna bland de ungdomar som ofta respektive inte ofta är nöjda med sig själva. Vidare är det vanligare med konsumtion av snabbmat nästan varje dag eller oftare bland de barn och unga som rapporterar nedstämdhet mer än en gång i veckan (Figur 21).



Figur 19. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *äter frukost varje dag* bland ungdomar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



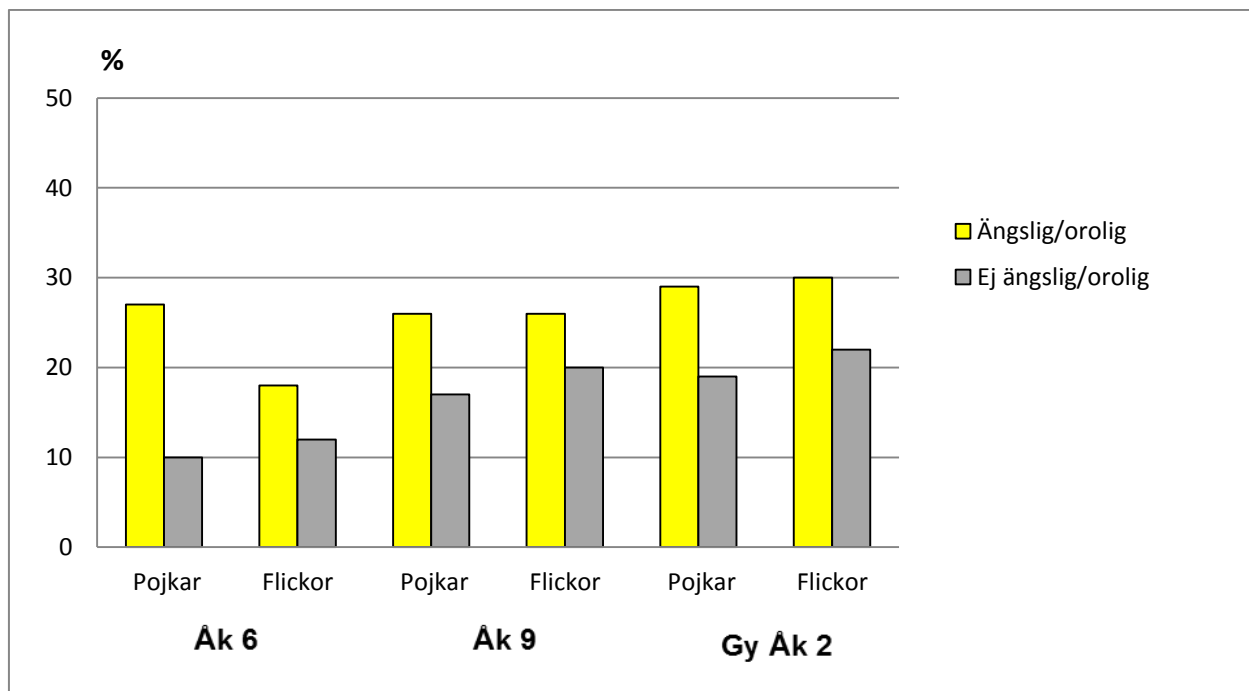
Figur 20. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *äter frukost varje dag* bland ungdomar som ofta är nöjda respektive inte ofta är nöjda med sig själva.



Figur 21. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som äter pizza, hamburgare, pommes frites, kebab eller annan snabbmat nästan varje dag eller oftare bland ungdomar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).

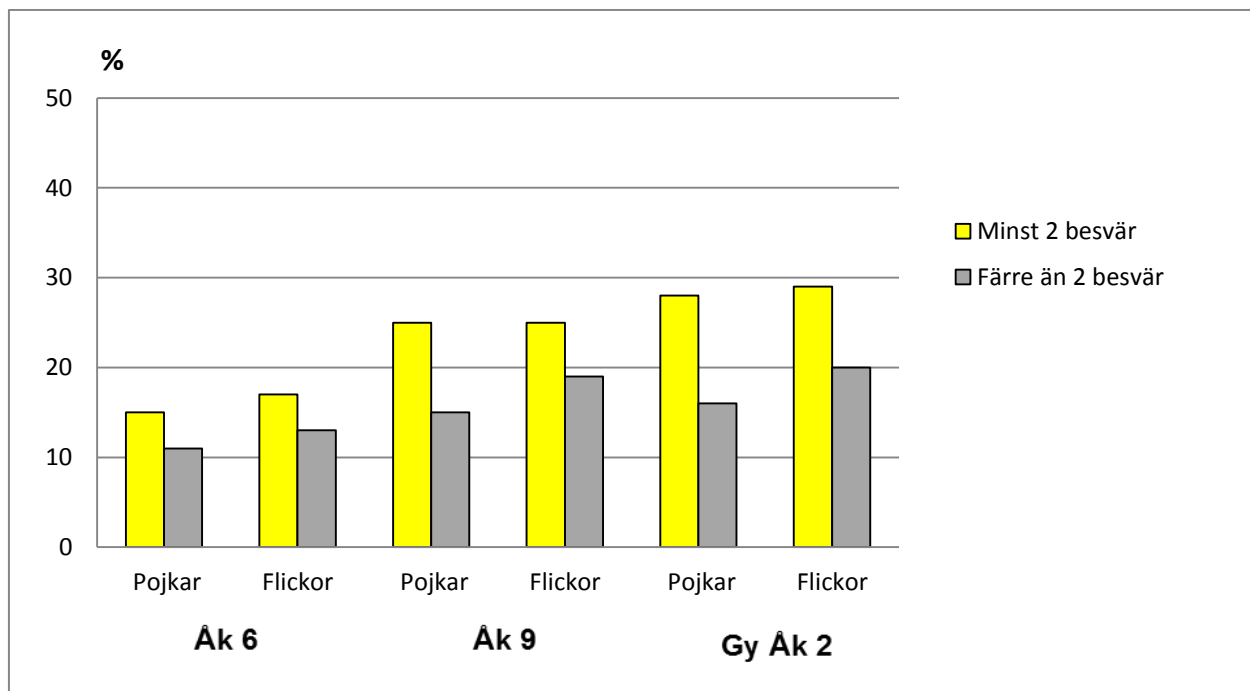
Fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet är bra för självkänslan och minskar nedstämdhet och oro hos barn och unga.³² Figur 22 visar andelen ungdomar som besvarat Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 som sällan eller aldrig rör sig på sin fritid bland ungdomar med respektive utan ångest/oro mer än en gång i veckan. Andelen ökar generellt med åldern bland både pojkar och flickor. Bland ungdomar som uppgett ångest/oro är andelen som inte rör sig på sin fritid högre än bland ungdomar utan sådana besvär. Detta gäller både pojkar och flickor och ses i alla årskurser. Störst skillnad ses bland pojkar i åk 6.



Figur 22. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *sällan eller aldrig rör sig på fritiden* bland ungdomar med respektive utan ångest/oro (ångest/oro räknas som att ha känt sig ängslig/orolig mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).

Figur 23 visar andelen ungdomar som sällan eller aldrig rör sig på sin fritid bland ungdomar med respektive utan minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka. Bland ungdomar som uppgett minst två besvär varje vecka är andelen som inte rör sig på sin fritid högre än bland de utan sådana besvär. Detta gäller både pojkar och flickor och ses i alla årskurser. Dessa skillnader är störst bland ungdomar i gymnasiets årskurs 2.

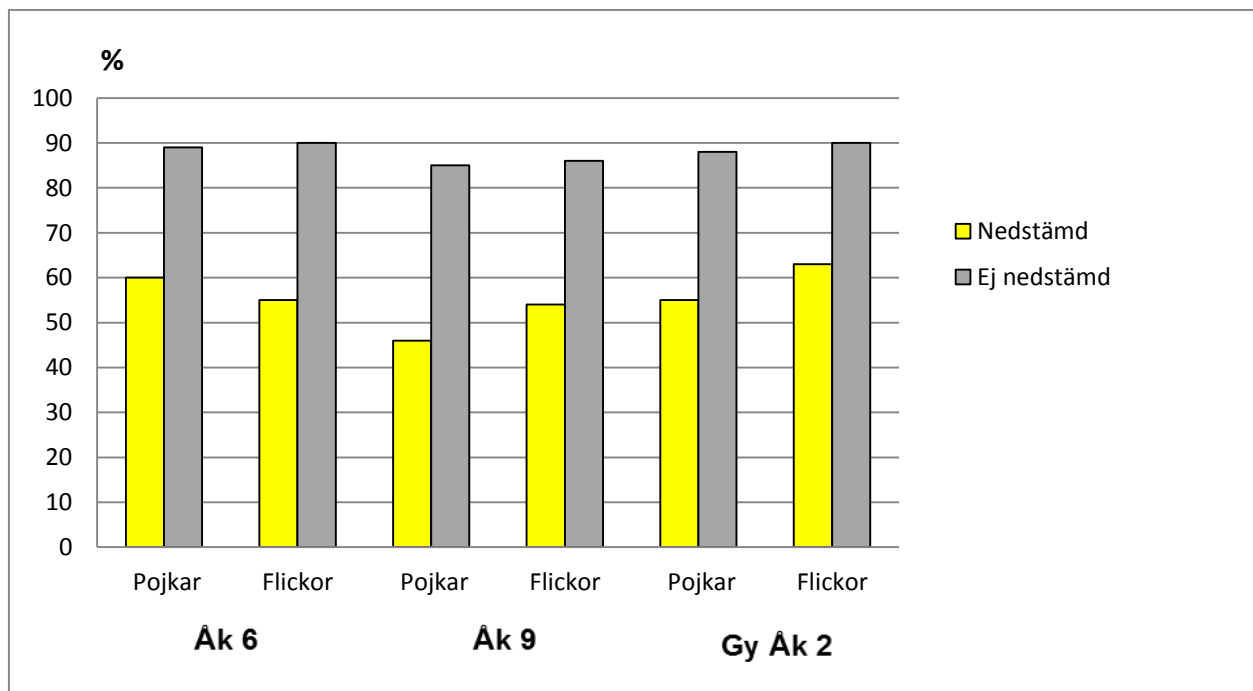


Figur 23. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *sällan eller aldrig rör sig på fritiden* bland ungdomar med respektive utan två eller fler psykiska eller somatiska besvär per vecka.

Skola och Sociala relationer

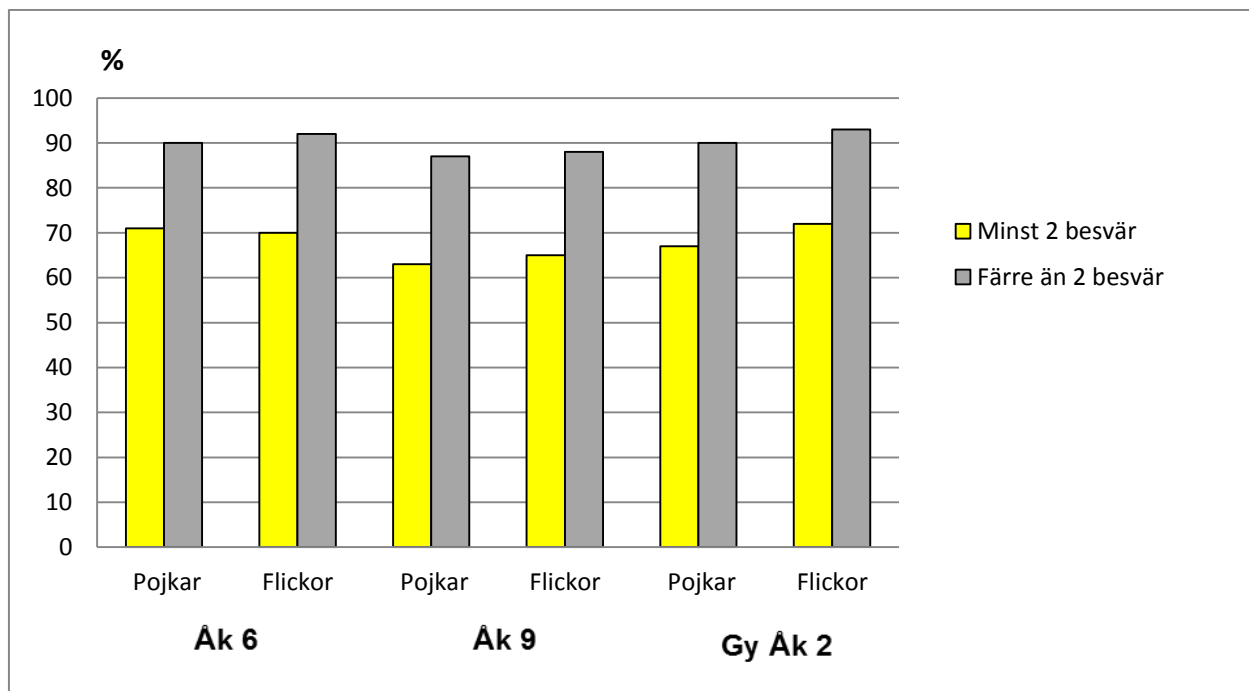
Skoltrivsel

Skolan har stor betydelse för barn och ungas mående. Figur 24 visar sambandet mellan skoltrivsel och nedstämdhet bland de ungdomar som besvarat Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012. Det är mycket vanligare att nedstämda ungdomar trivs dåligt i skolan jämfört med klasskamrater utan nedstämdhet, vilket gäller både pojkar och flickor i alla årskurser.



Figur 24. Andel ungdomar som *trivs bra eller mycket bra i skolan* bland flickor och pojkar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).

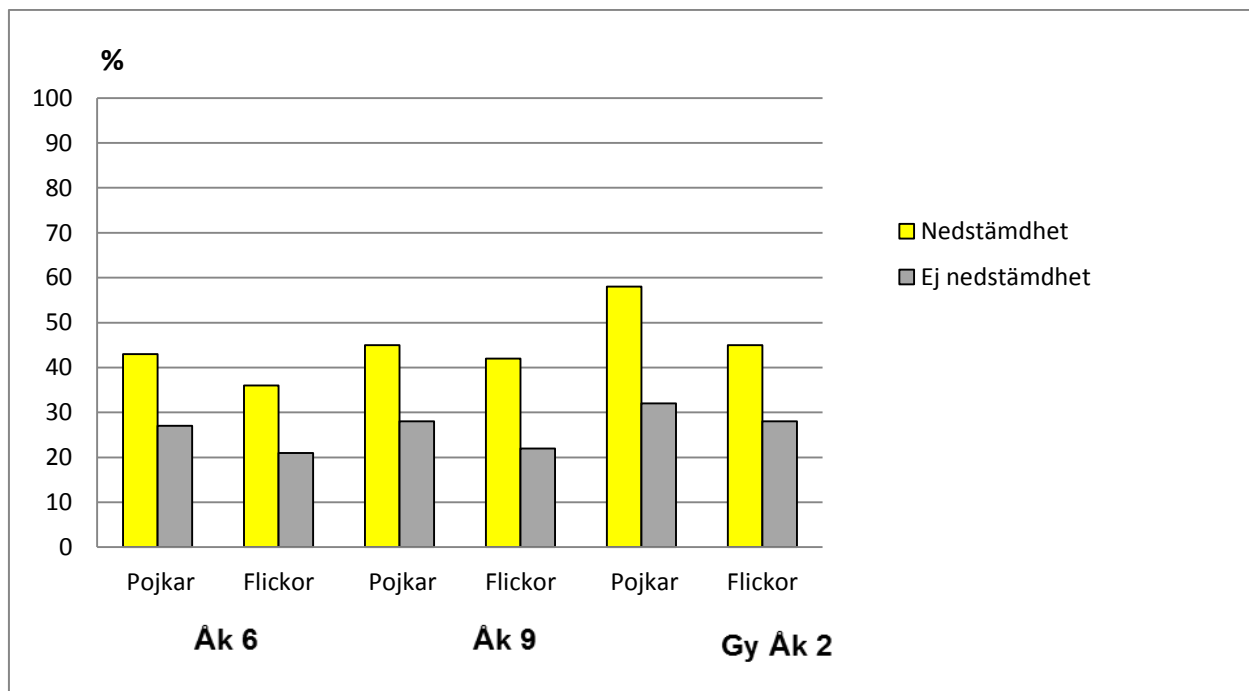
Figur 25 visar sambandet mellan skoltrivsel och förekomst av minst två psykiska eller somatiska symtom per vecka. Det är vanligare att ungdomar med sådana besvär trivs dåligt i skolan jämfört med klasskamrater utan dessa besvär. Detta gäller både pojkar och flickor i alla årskurser.



Figur 25. Andel ungdomar som *trivs bra eller mycket bra i skolan* bland flickor och pojkar med respektive utan två eller fler psykiska eller somatiska besvär per vecka.

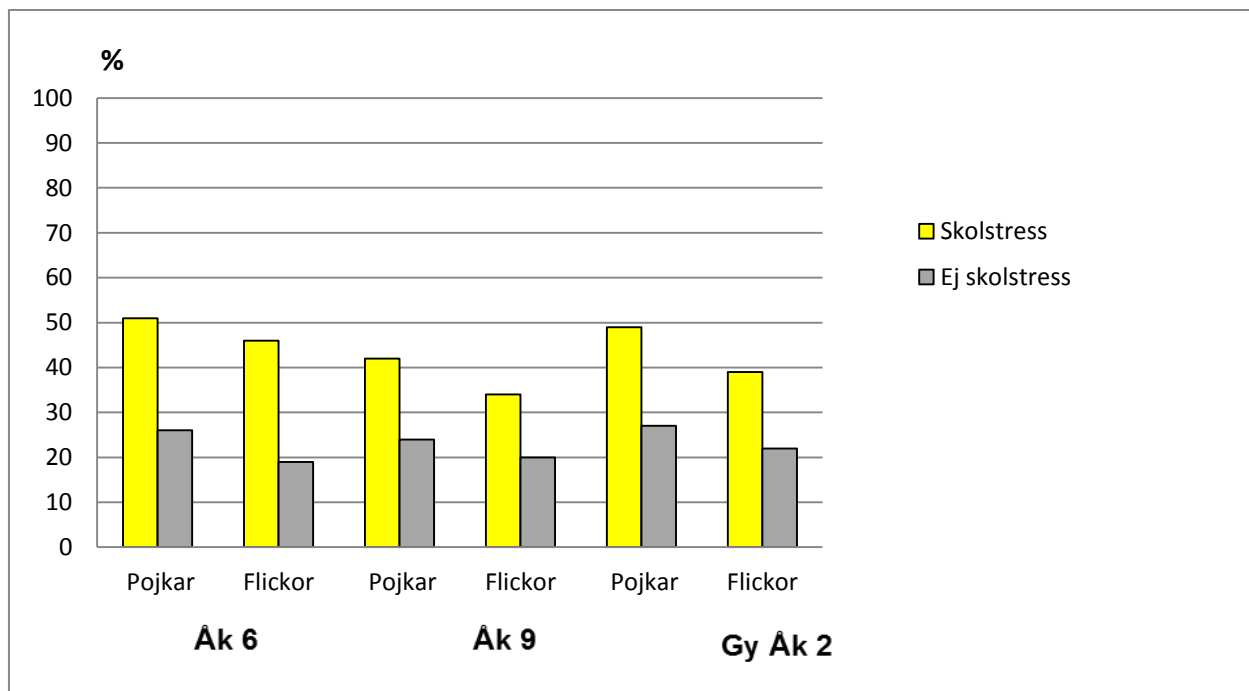
Studiesvårigheter

Läroplanerna för grundskolan och gymnasieskolan betonar vikten av att undervisningen anpassas till ungdomarnas förutsättningar och behov. Folkhälsorapport Barn och Unga i Skåne 2012 visade att andelen med studiesvårigheter (svårigheter med att utföra uppgifter som kräver läsning, skrivning, göra läxor, slutföra uppgifter, studieteknik och förberedelse inför prov) ökade med stigande ålder.⁵ Ungdomarnas hälsa och välmående påverkar naturligtvis studiegången och vice versa. Figur 26 visar att andelen med studiesvårigheter är högre bland ungdomar som upplever nedstämdhet mer än en gång i veckan. Detta ses i alla årskurser och bland såväl pojkar som flickor.



Figur 26. Andel ungdomar med *studiesvårigheter* bland flickor och pojkar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).

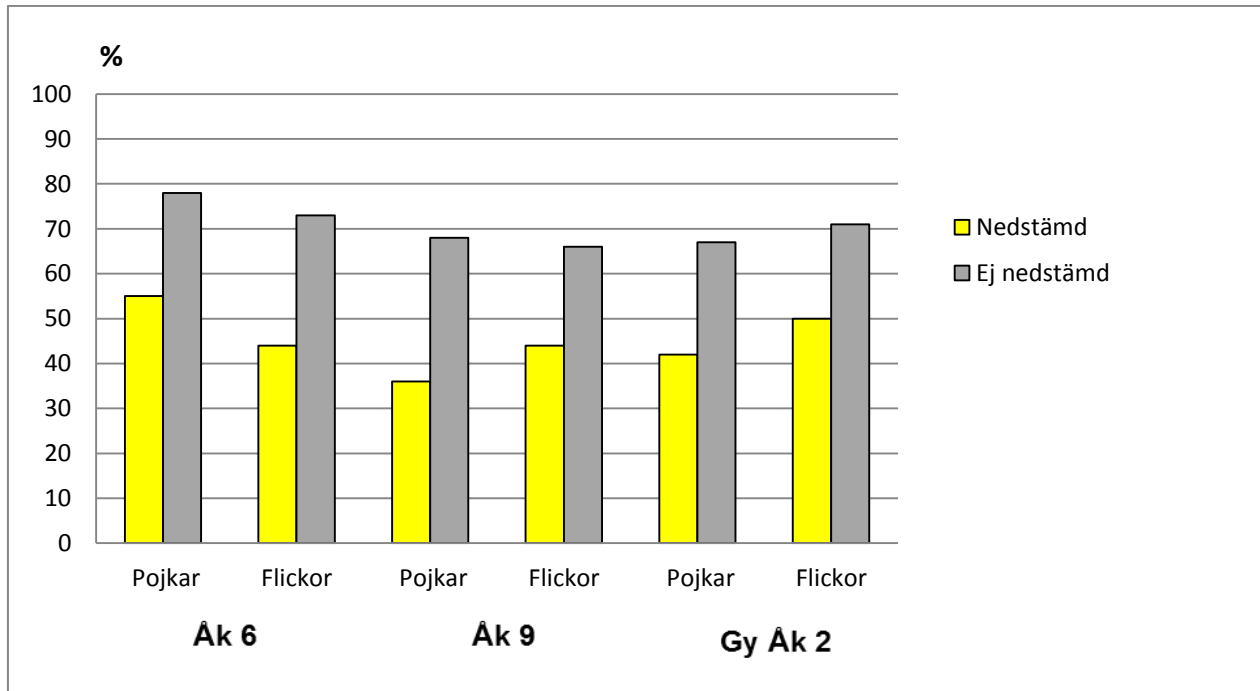
Figur 27 visar att andelen med *studiesvårigheter* är betydligt högre bland ungdomar som upplever sig vara ganska eller mycket stressade av skolarbetet. Detta ses i alla årskurser och bland såväl pojkar som flickor.



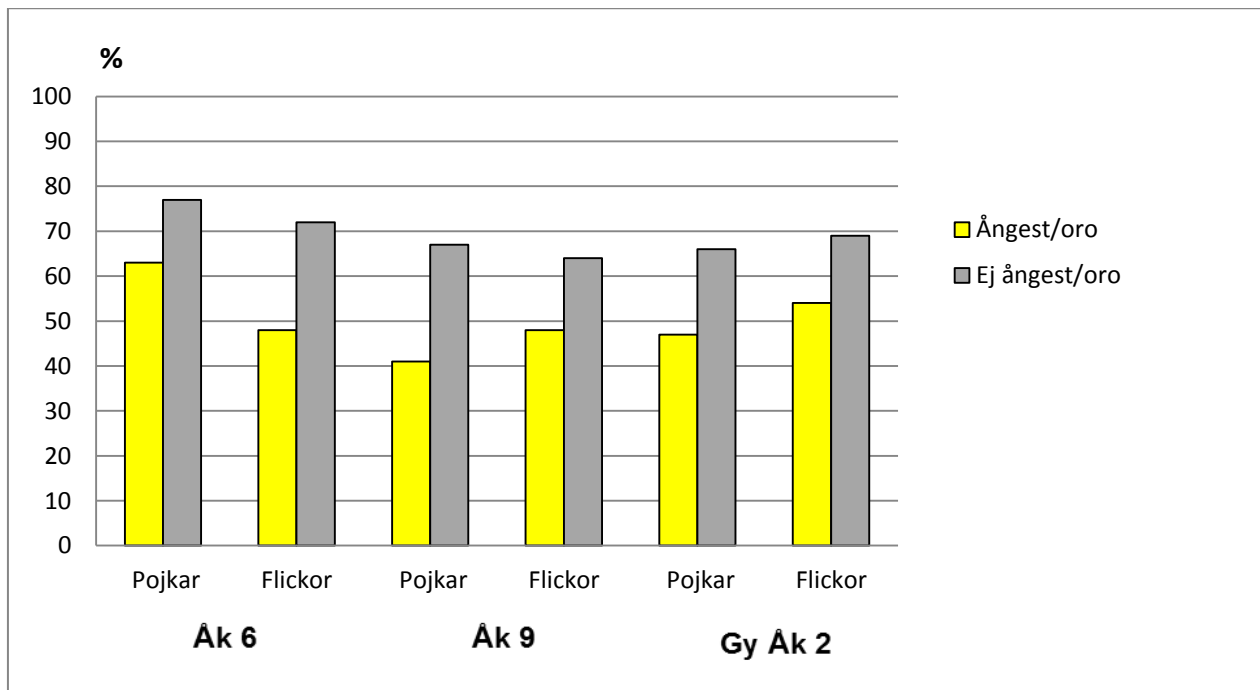
Figur 27. Andel ungdomar med *studiesvårigheter* bland flickor och pojkar med respektive utan skolstress (skolstress räknas som att vara ganska eller mycket stressad av skolarbetet).

Lätt att prata med föräldrar

Det är viktigt för barn och unga att ha någon vuxen att prata med när de känner att det behövs. Lågt socialt stöd och få nätverk under uppväxten kan ha samband med depression senare i livet, oavsett socioekonomisk tillhörighet.³³ Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visar att andelen som har lätt för att vända sig till föräldrar eller vuxna man bor med är lägre bland ungdomar med nedstämdhet (Figur 28) samt bland ungdomar med ångest/oro (Figur 29) i alla årskurser.



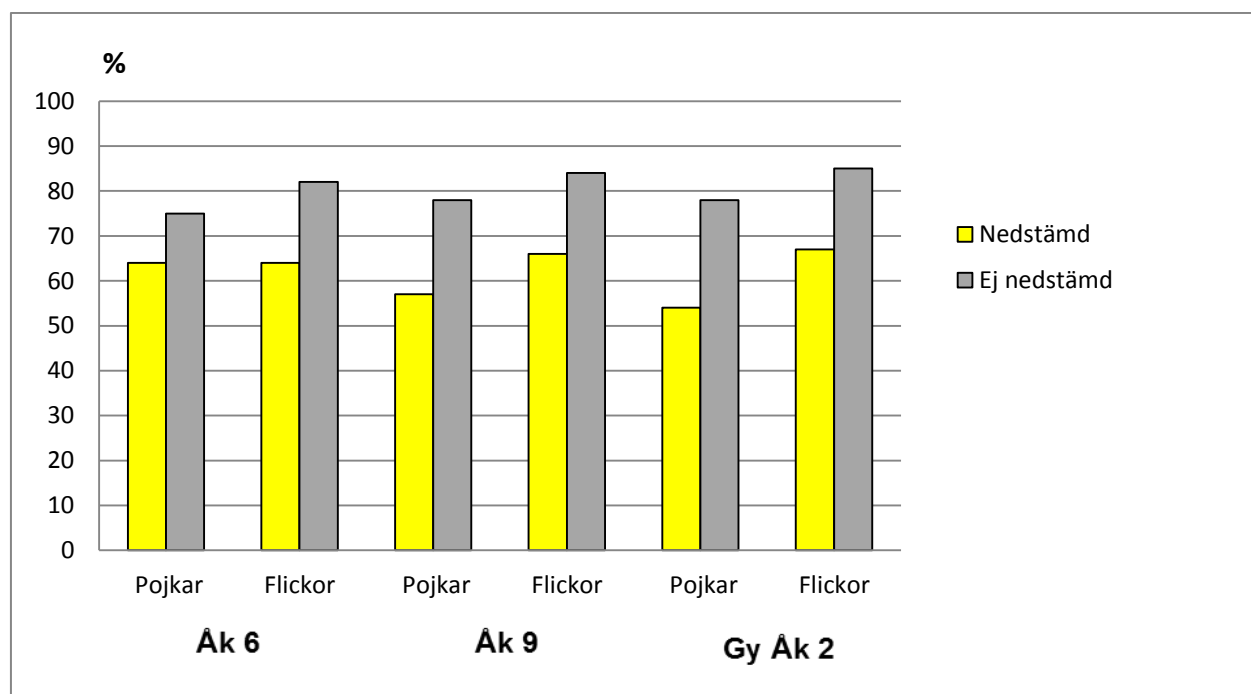
Figur 28. Andel ungdomar som har lätt för att vända sig till sina föräldrar eller vuxna de bor hos bland flickor och pojkar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



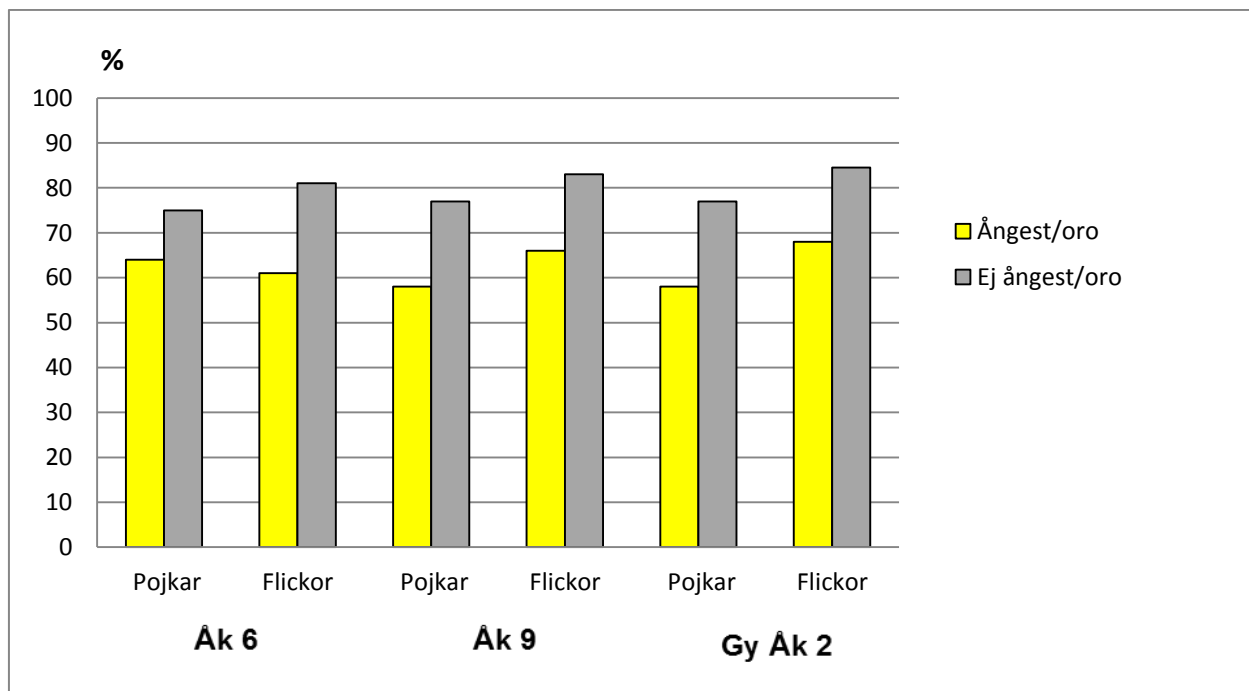
Figur 29. Andel ungdomar som har lätt för att vända sig till sina föräldrar eller vuxna de bor hos bland flickor och pojkar med respektive utan ångest/oro (ångest/oro räknas som att ha känt sig ångslig/orolig mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).

Lätt att prata med kamrater

Ju äldre barnet blir, desto viktigare blir jämnåriga kamrater som stöd vid olika svårigheter. Figur 30 visar andelen som har lätt för att vända sig till kamrater bland ungdomar med respektive utan nedstämdhet, medan Figur 31 visar andelen som har lätt för att vända sig till kamrater bland ungdomar med respektive utan ångest/oro. Resultaten visar att ungdomar med nedstämdhet eller ångest/oro har svårare att prata med vänner än ungdomar utan sådana besvär. Dessa skillnader ses tydligt i alla årskurser.



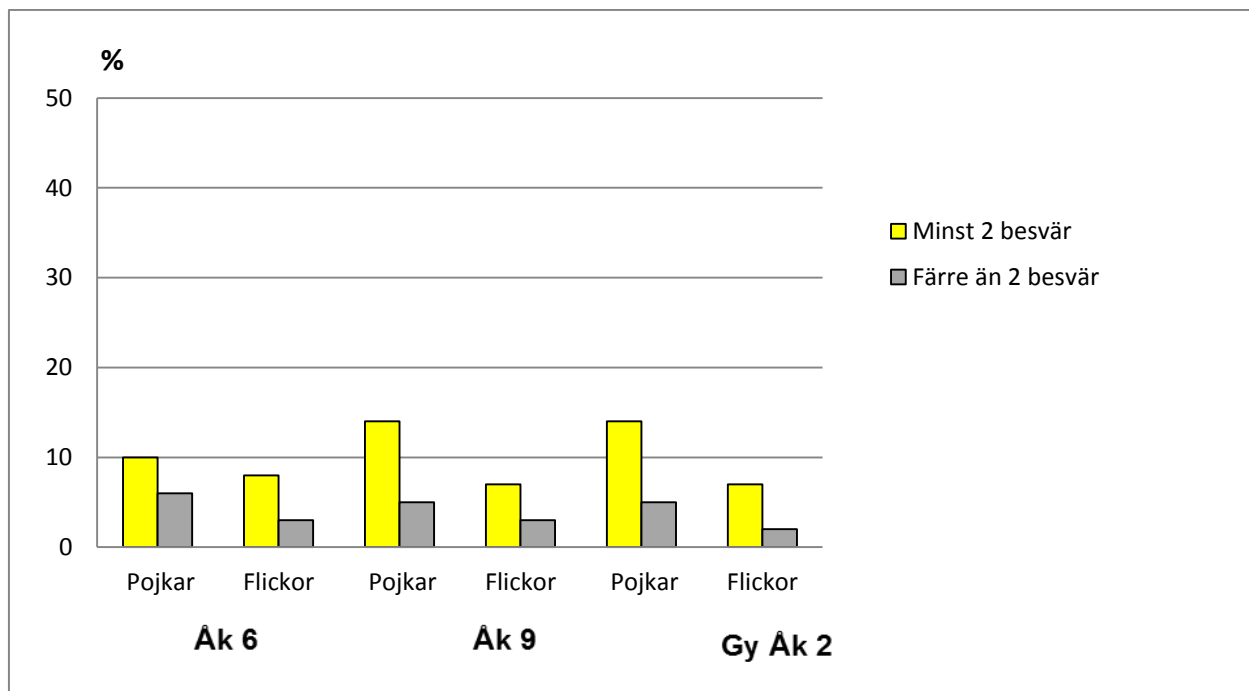
Figur 30. Andel ungdomar som har lätt för att vända sig till kamrater bland flickor och pojkar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



Figur 31. Andel ungdomar som har lätt för att vända sig till kamrater bland flickor och pojkar med respektive utan ångest/oro (ångest/oro räknas som att ha känt sig ängslig/orolig mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).

Ingen nära vän

Bra relationer med jämnåriga är mycket viktiga i tonåren, och att inte ha en nära vän ökar risken för depression senare i livet.³⁴ Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visar att andelen ungdomar som inte har en nära vän är minst dubbelt så hög bland ungdomar som rapporterar minst två psykiska eller somatiska symtom per vecka (Figur 32).

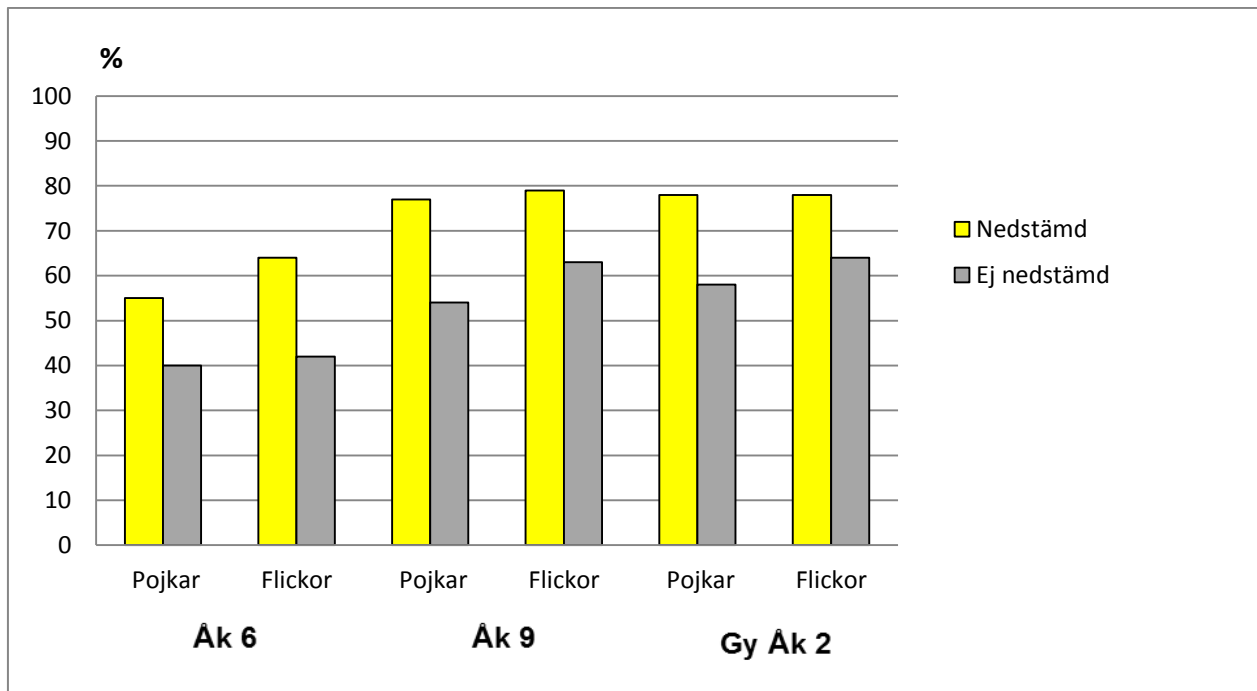


Figur 32. Andel ungdomar som *inte har en nära vän* bland flickor och pojkar med respektive utan två eller fler psykiska eller somatiska besvär per vecka.

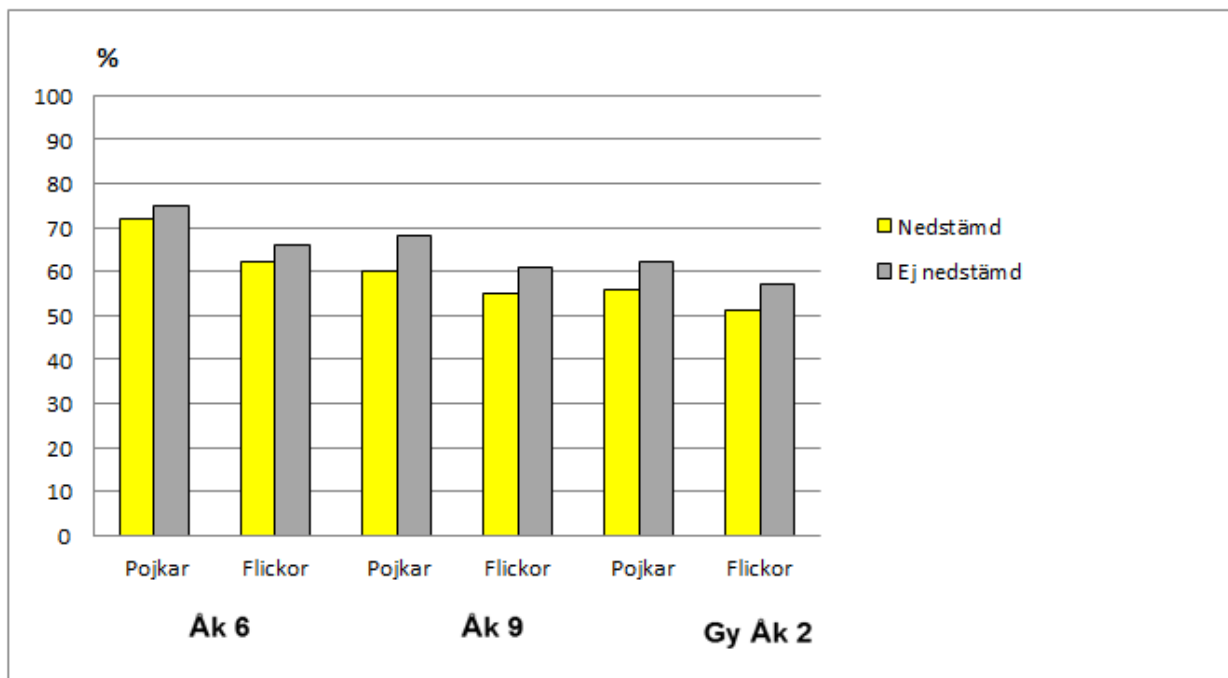
Låg tillit och socialt deltagande

Tillit mellan människor har betydelse för hälsan.³⁵ Sociala nätverk och stöd är viktiga faktorer för tonåringars psykiska hälsa,³⁶ men sambandet kan gå på båda hållen – en tonåring med psykiska besvär orkar inte vara lika aktiv på sin fritid som en tonåring utan psykiska besvär.³⁷

Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visar att tilliten till andra människor generellt är lägre bland ungdomar som upplever nedstämdhet mer än en gång i veckan (Figur 33). Detta mönster ses i alla årskurser. Ett liknande men svagare mönster ses för socialt deltagande, här redovisat som andelen ungdomar som varit med i en klubb eller förening under det senaste året, bland både pojkar och flickor (Figur 34).



Figur 33. Andel ungdomar med *låg tillit* bland flickor och pojkar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



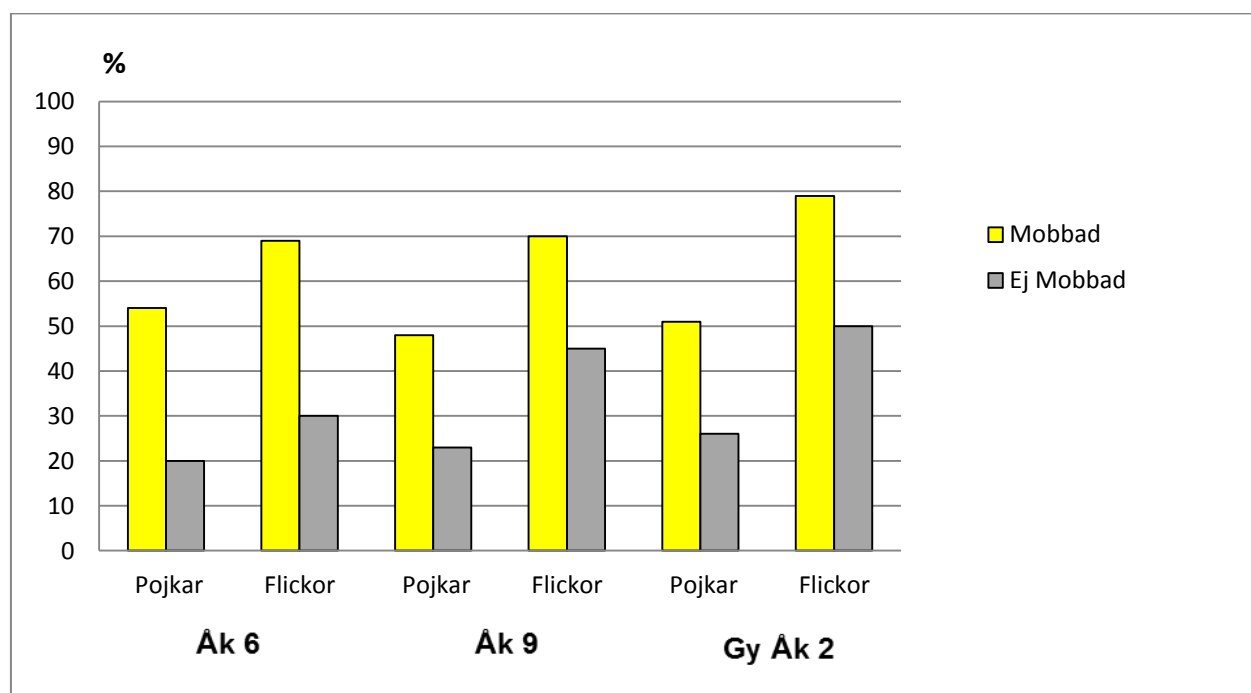
Figur 34. Andel ungdomar som *varit med i en klubb eller förening* under det senaste året bland flickor och pojkar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).

Mobbing, trakasserier och hot

Mobbing

I ett internationellt perspektiv är andelen mobbade barn i Sverige låg.^{38, 39} I studien Svenska skolbarns hälsovanor år 2009/10 uppgav 4-5% av flickor och pojkar 11-15 år att de blivit mobbade minst 2-3 gånger per månad de senaste månaderna.⁹ Liknande andelar ses i Folkhälsoenkät Barn och Unga 2012.⁵ Att vara utsatt för mobbing kan skada den psykiska hälsan allvarligt både på kort och lång sikt.⁴⁰ Risken att begå självmord är dubbelt så hög bland vuxna som mobbats som barn jämfört med vuxna som inte mobbats som barn.⁴¹

Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visar att det är betydligt vanligare med minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka bland ungdomar som uppgett att de blivit mobbade. Detta gäller i alla åldersgrupper och för både pojkar och flickor (Figur 35). Skillnaderna är störst i åk 6 bland både pojkar och flickor.



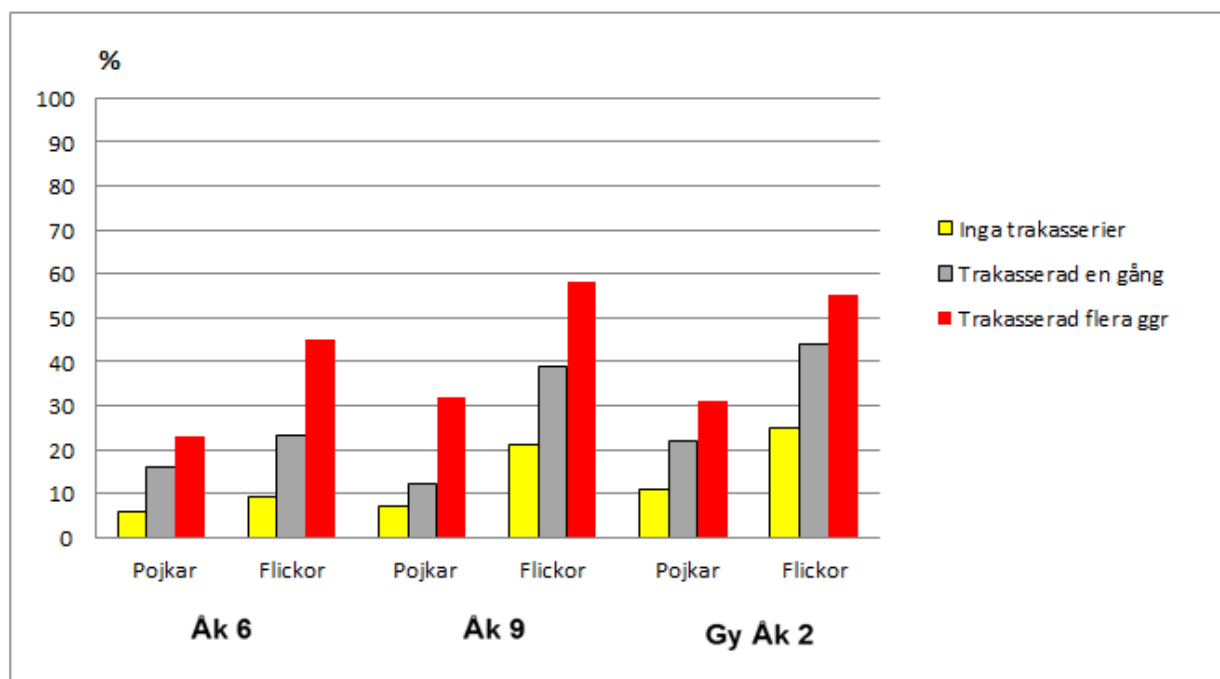
Figur 35. Andel ungdomar som uppgett *minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka* bland ungdomar som blivit mobbade mer än en gång i månaden under de senaste månaderna.

Trakasserier via mobiltelefon eller internet

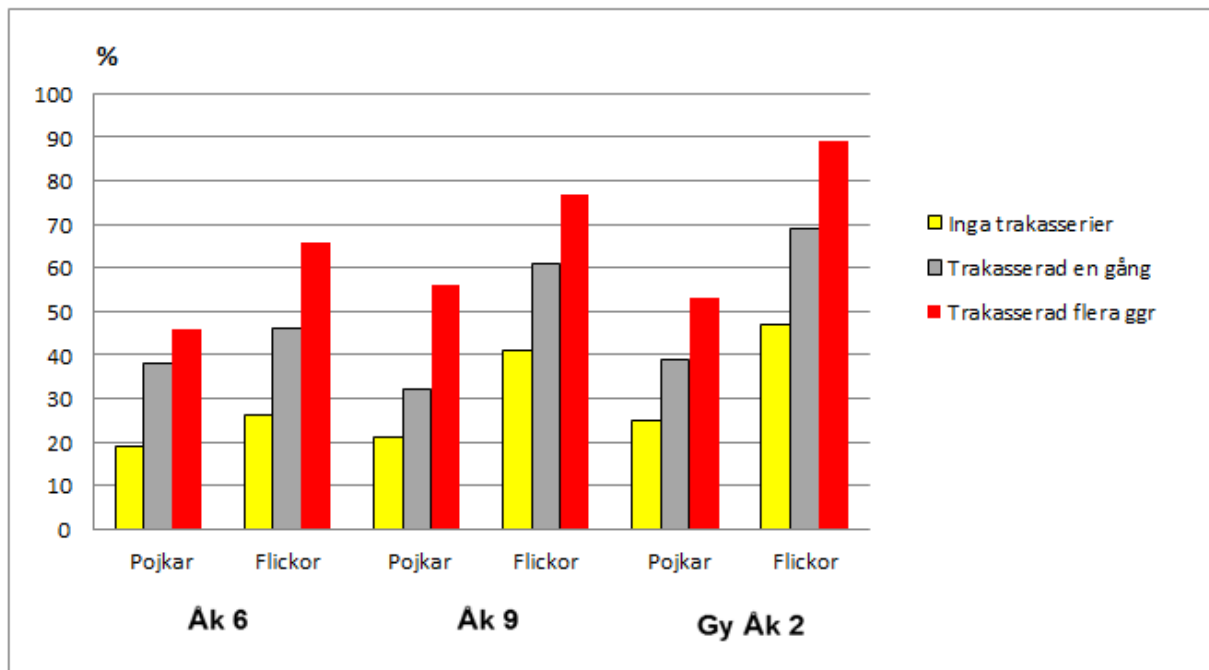
I takt med att användningen av internet och mobiltelefoner ökat lavinartat på senare år (år 2010 hade 74% av svenska ungdomar 12-16 år en dator på rummet och 96% hade en egen mobil), har

även trakasserier och mobbing flyttat ut på nätet. I Medierådets undersökning år 2010 svarade 13% av flickorna och 7% av pojkarna i åldern 12-16 år att de hade blivit mobbade på internet eller via mobil under de senaste två åren.⁴² De negativa konsekvenserna av att mobbas på nätet är lika stora som för att mobbas i skolan.⁴³ I Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 ställdes frågan: ”Har du under de senaste 12 månaderna, i skolan eller på fritiden, blivit utsatt för trakasserier eller kränkningar via mobiltelefon och/eller internet? (sms, msn, facebook, mail eller liknande)”, med svarsalternativen: ”Nej”, ”Ja, en gång” och ”Ja, flera gånger”. I årskurs 6 och 9 uppgav ungefär var femte flicka och var sjätte pojke att de hade blivit utsatta för sådana trakasserier minst en gång under året. Andelen var lägre för flickor i gymnasiet.⁵

Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visar mycket tydligt hur andelen ungdomar med nedstämdhet (Figur 36) respektive minst två psykiska eller somatiska symtom per vecka (Figur 37) ökar brant med ökad exponering för trakasserier via mobiltelefon eller internet i samtliga årskurser.



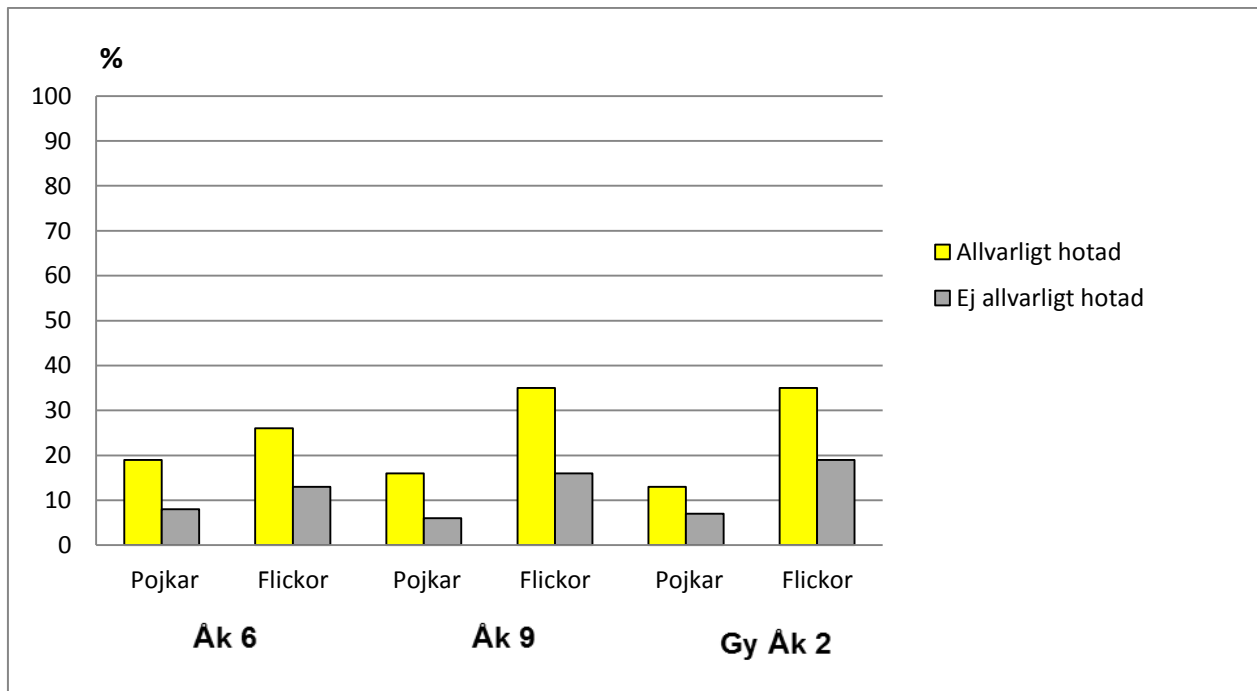
Figur 36. Andel ungdomar som uppgett *nedstämdhet* mer än en gång i veckan bland ungdomar som blivit trakasserade respektive ej trakasserade via mobiltelefon eller internet under det senaste året.



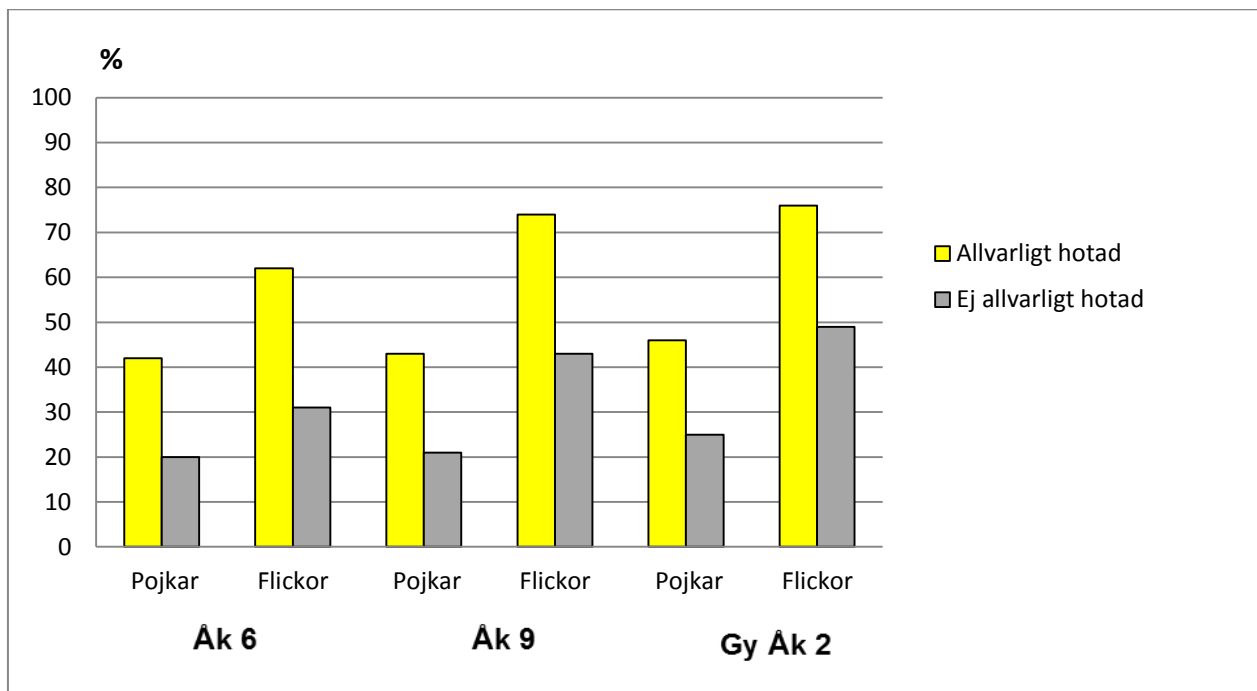
Figur 37. Andel ungdomar som uppgett *minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka* bland ungdomar som blivit trakasserade respektive ej trakasserade via mobiltelefon eller internet under det senaste året.

Allvarligt hotad

Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visade att mellan 5-15 % av pojkarna och 5-8 % av flickorna blivit allvarligt hotade av annan person under det senaste året.⁵ Figur 38 visar en dubbelt så hög andel ungdomar som uppgett magont mer än en gång i veckan bland de som blivit allvarligt hotade under det senaste året. Figur 39 visar likaså en betydligt högre andel ungdomar med minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka bland de ungdomar som blivit allvarligt hotade under det senaste året.



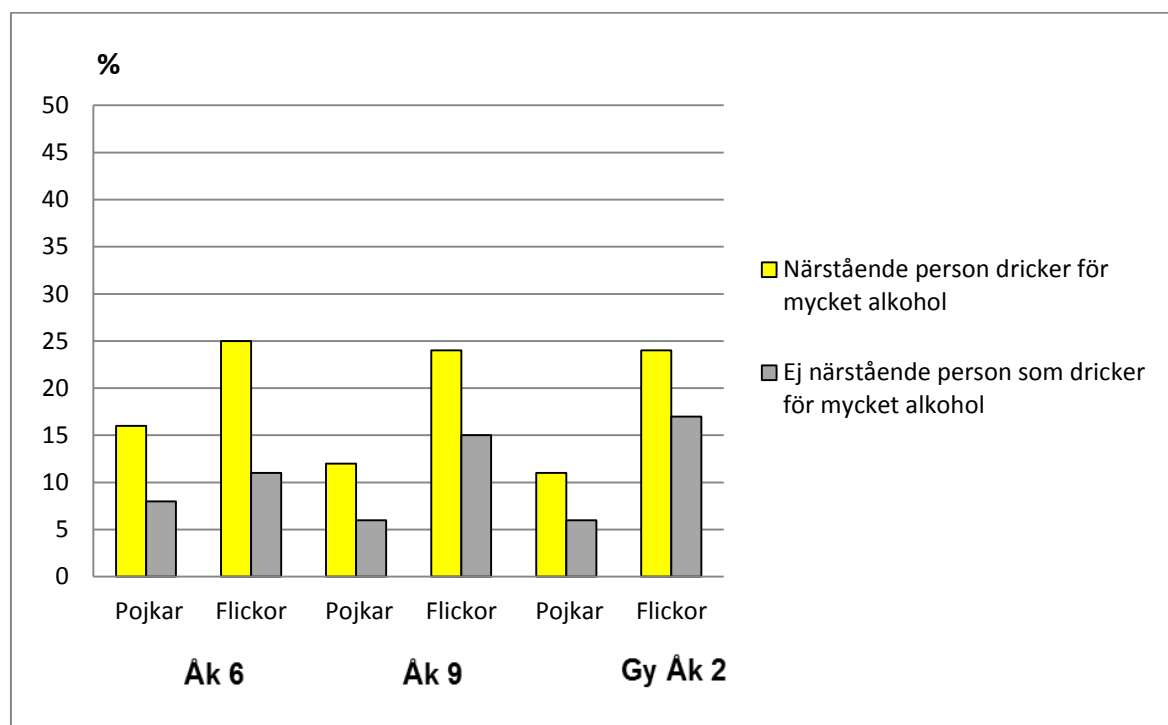
Figur 38. Andel ungdomar som uppgett *ont i magen mer än en gång i veckan* bland ungdomar som blivit allvarligt hotade respektive ej allvarligt hotade under det senaste året.



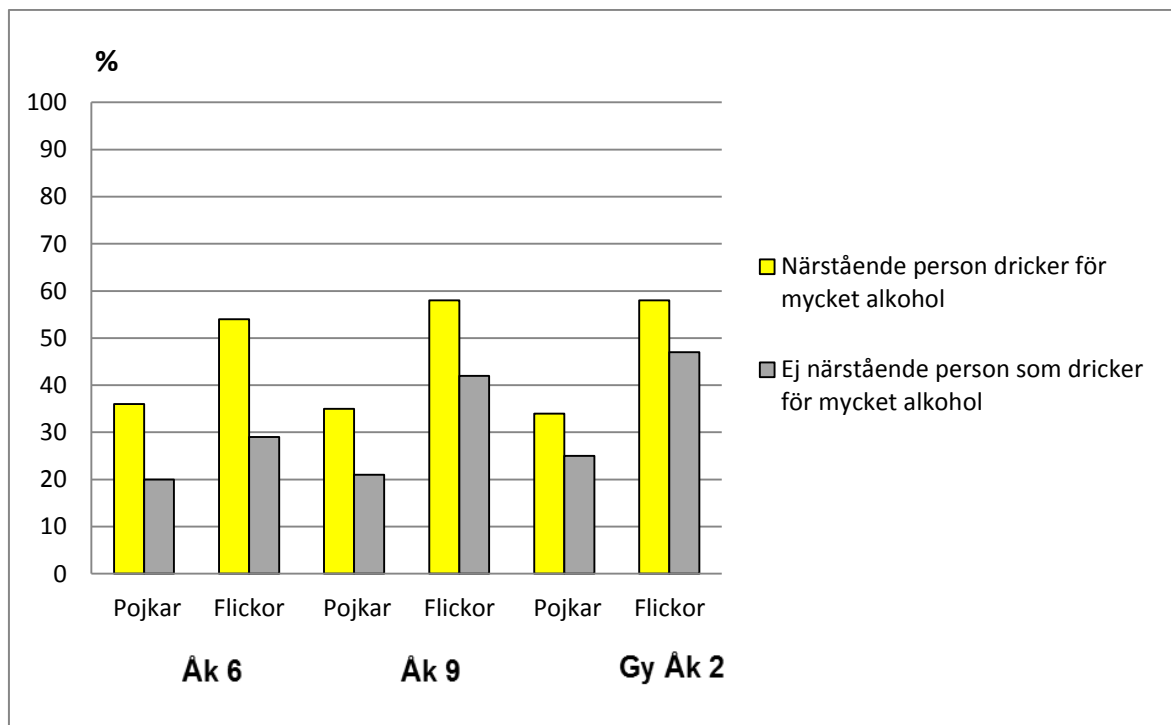
Figur 39. Andel ungdomar som uppgett *minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka* bland ungdomar som blivit allvarligt hotade respektive ej allvarligt hotade under det senaste året.

Närstående person dricker för mycket alkohol

En annan typ av hot kan utgöras av att ha en närstående person som man anser dricker för mycket alkohol. Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visar att de ungdomar som anser att det finns en närstående person till dem som dricker för mycket betydligt oftare rapporterar magont mer än en gång i veckan (Figur 40) liksom de oftare rapporterar minst två psykiska eller somatiska symtom per vecka än andra ungdomar (Figur 41).



Figur 40. Andel ungdomar som uppgett *ont i magen mer än en gång per vecka* bland ungdomar som anser att en närstående dricker för mycket alkohol respektive ungdomar som inte anser sig ha det.

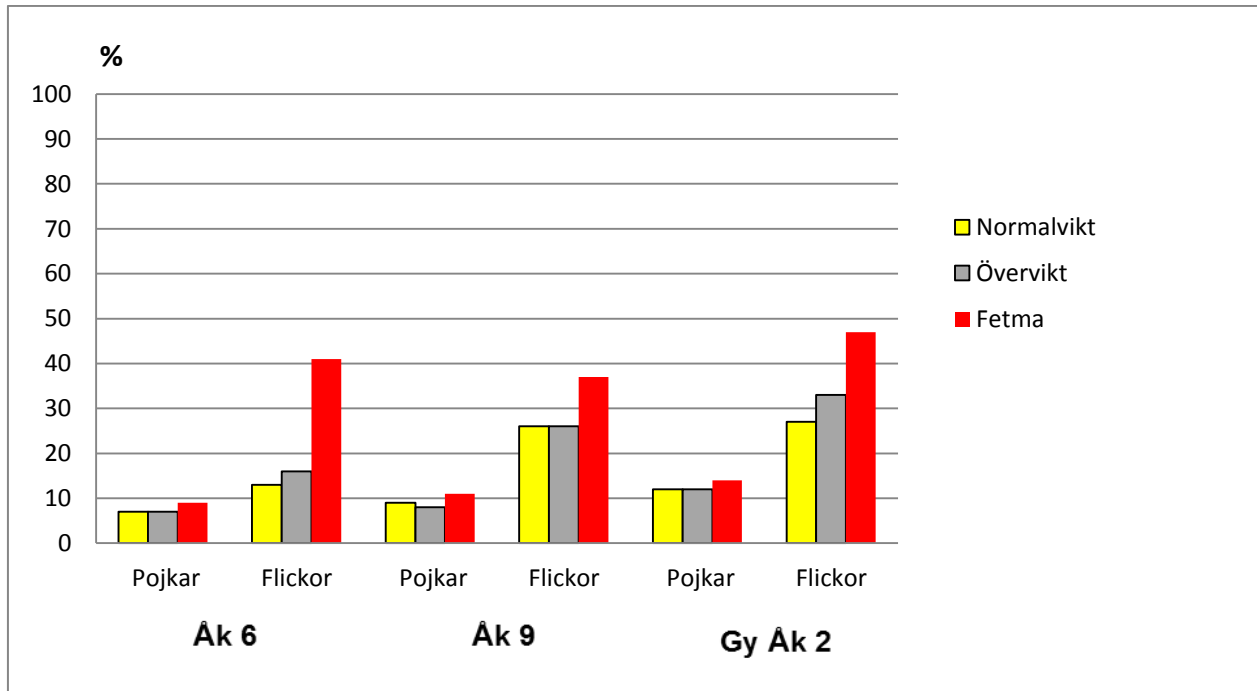


Figur 41. Andel ungdomar som uppgett *minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka* bland ungdomar som anser att en närstående dricker för mycket alkohol respektive ungdomar som inte anser sig ha det.

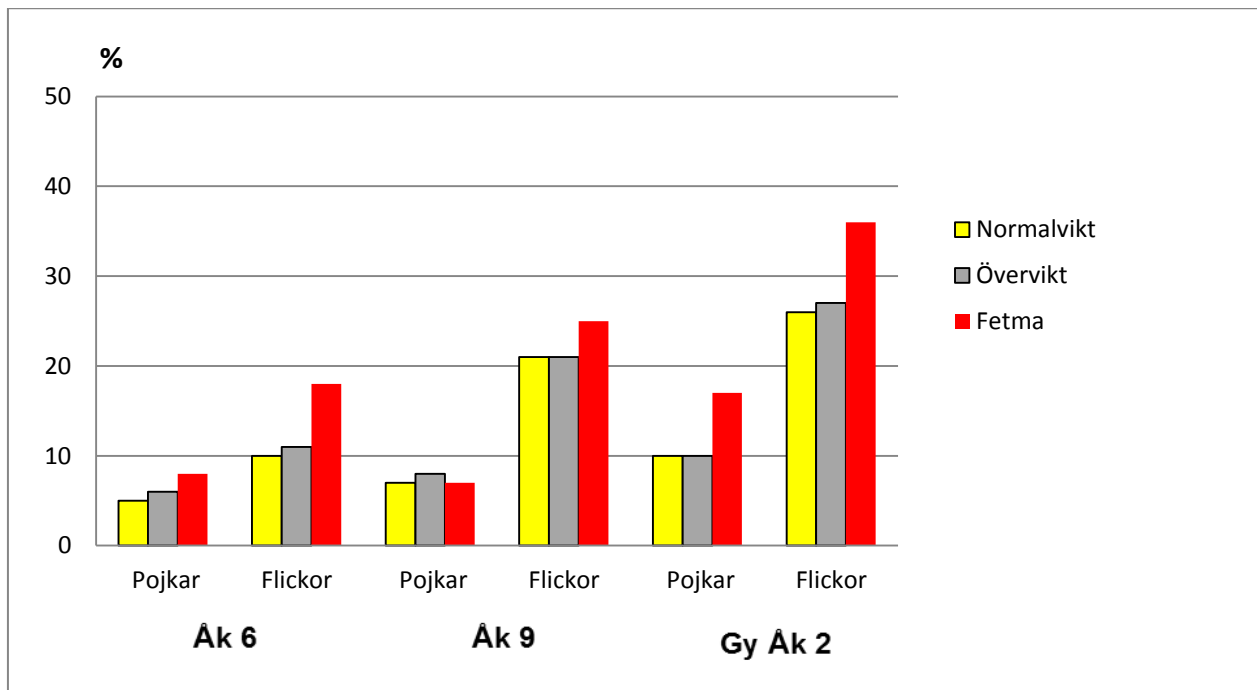
Hälsa

Övervikt/fetma respektive bantning

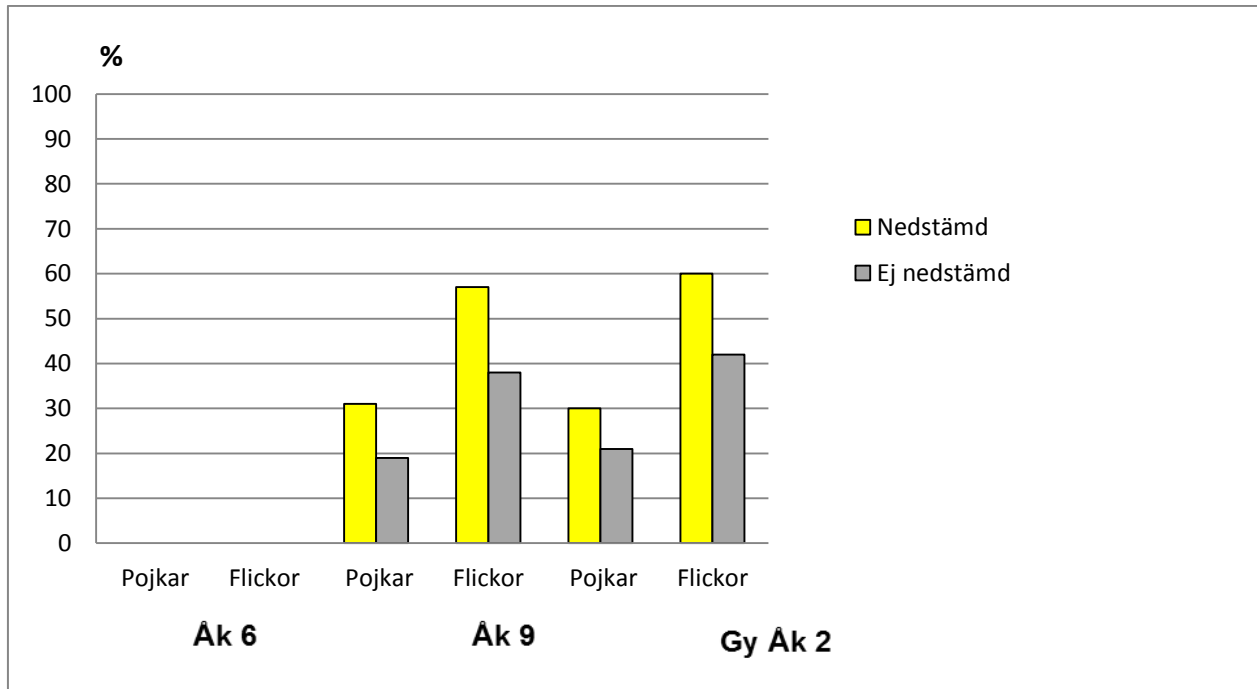
Under de senaste tjugo åren har andelen vuxna och barn med övervikt eller fetma ökat kraftigt i Sverige. Senare rapporter tyder på att denna utveckling stannat av.¹ I Folkhälsorapport Barn och Unga rapporterades att i gymnasiets årskurs två var 18 % av pojkarna överviktiga och 5 % feta, medan motsvarande siffror bland flickor var 10 % och 2 %.⁵ Figur 42 respektive 43 visar på en högre andel med nedstämdhet respektive ängslan/oro bland ungdomar med fetma. Detta mönster är genomgående tydligast för flickor. Det är även vanligare med bantning eller att man vill gå ned i vikt bland nedstämnda ungdomar (Figur 44). De ungdomar som ofta är nöjda med sig själva uppger hälften så ofta att de håller på att banta eller vill gå ned i vikt jämfört med ungdomar som inte ofta är nöjda med sig själva (Figur 45).



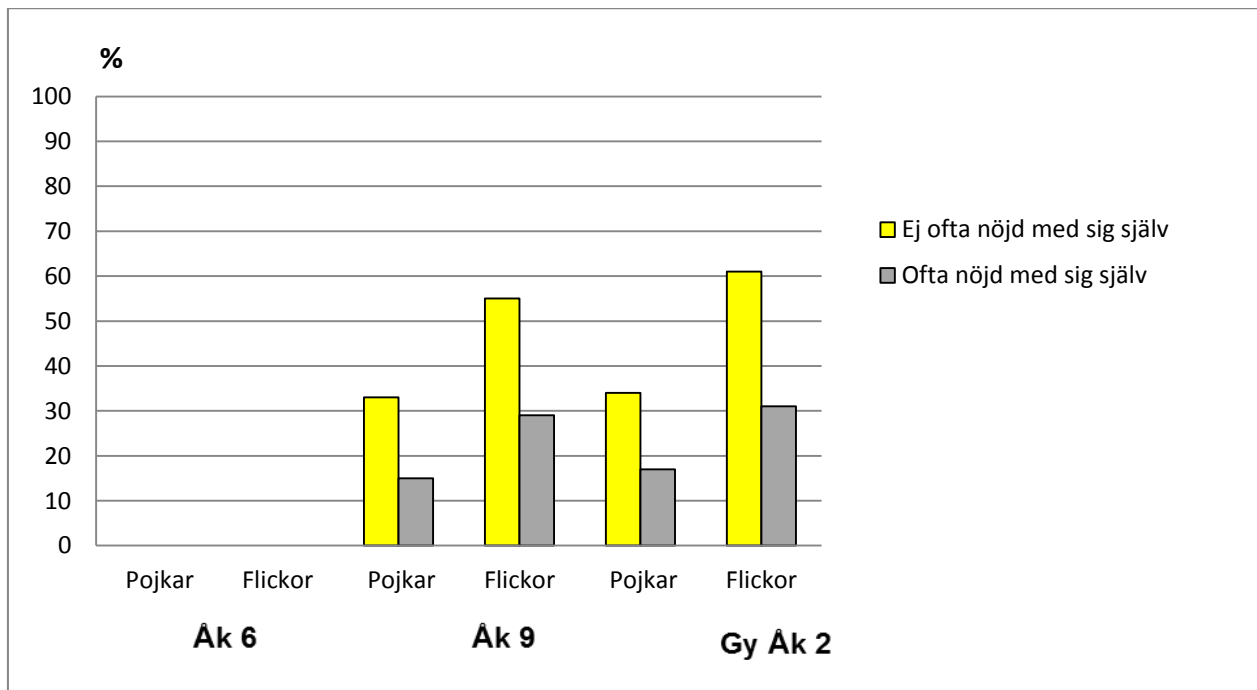
Figur 42. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *nedstämdhet varje vecka* bland ungdomar med respektive utan övervikt eller fetma (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



Figur 43. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *ängslan/oro* mer än en gång i veckan bland ungdomar med respektive utan övervikt eller fetma (ängslan/oro räknas som att ha känt sig ängslig/orolig mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



Figur 44. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *bantar/vill gå ned i vikt* bland ungdomar med respektive utan nedstämdhet varje vecka (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).

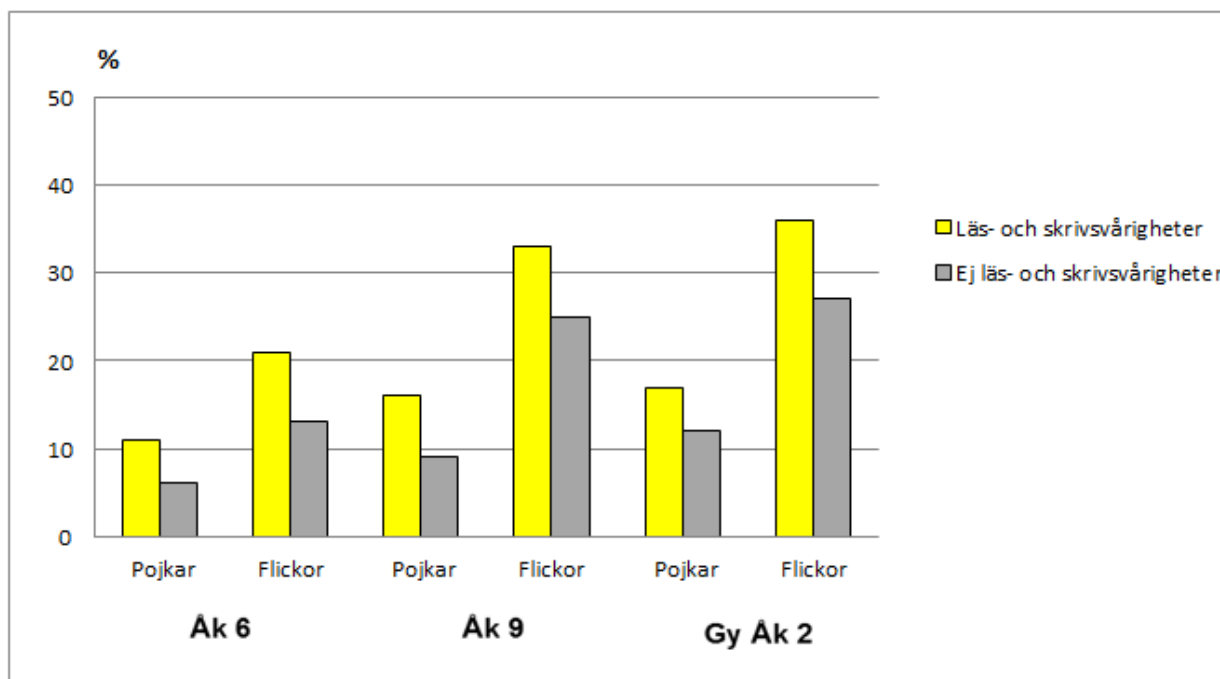


Figur 45. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som *bantar/vill gå ned i vikt* bland ungdomar som ofta är nöjda respektive inte ofta nöjda med sig själva.

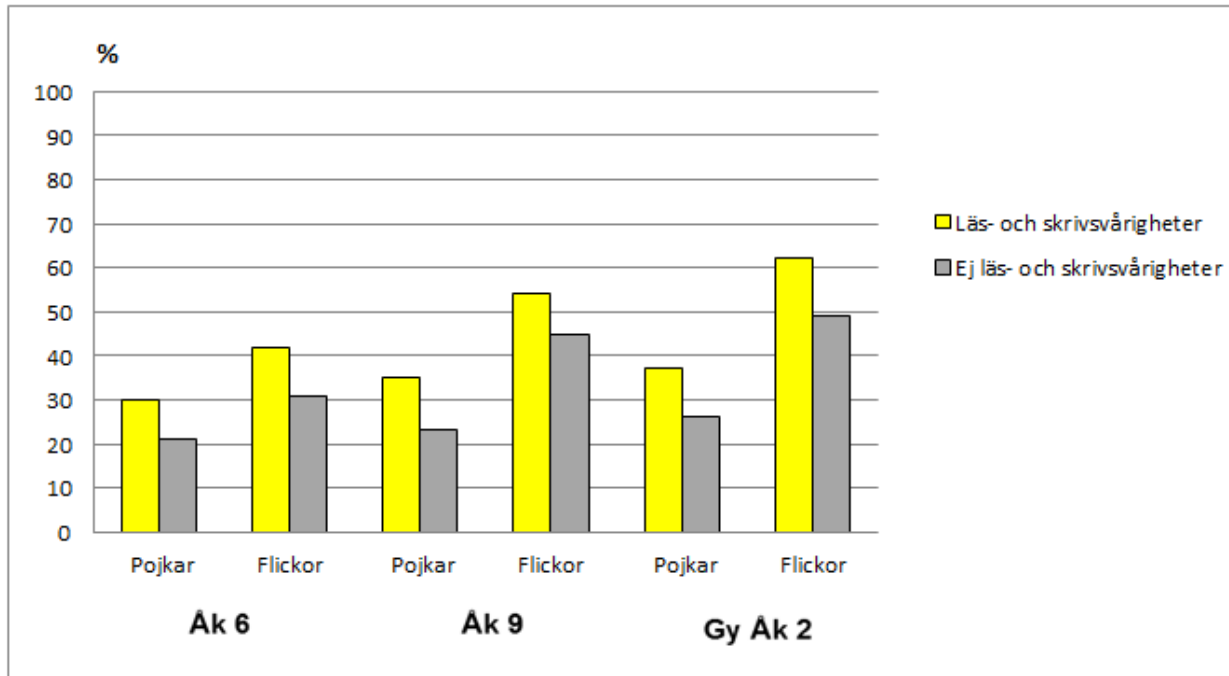
Funktionsnedsättning

Läs- och skrivsvårigheter

Läs- och skrivsvårigheter är den vanligaste formen av funktionsnedsättning bland barn och unga i Skåne.⁵ Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visar att nedstämdhet mer än en gång i veckan (Figur 46) respektive förekomst av minst två psykiska eller somatiska symptom per vecka (Figur 47) är betydligt vanligare bland pojkar och flickor med läs- och skrivsvårigheter.



Figur 46. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *nedstämdhet* mer än en gång i veckan bland ungdomar med respektive utan läs- och skrivsvårigheter (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).

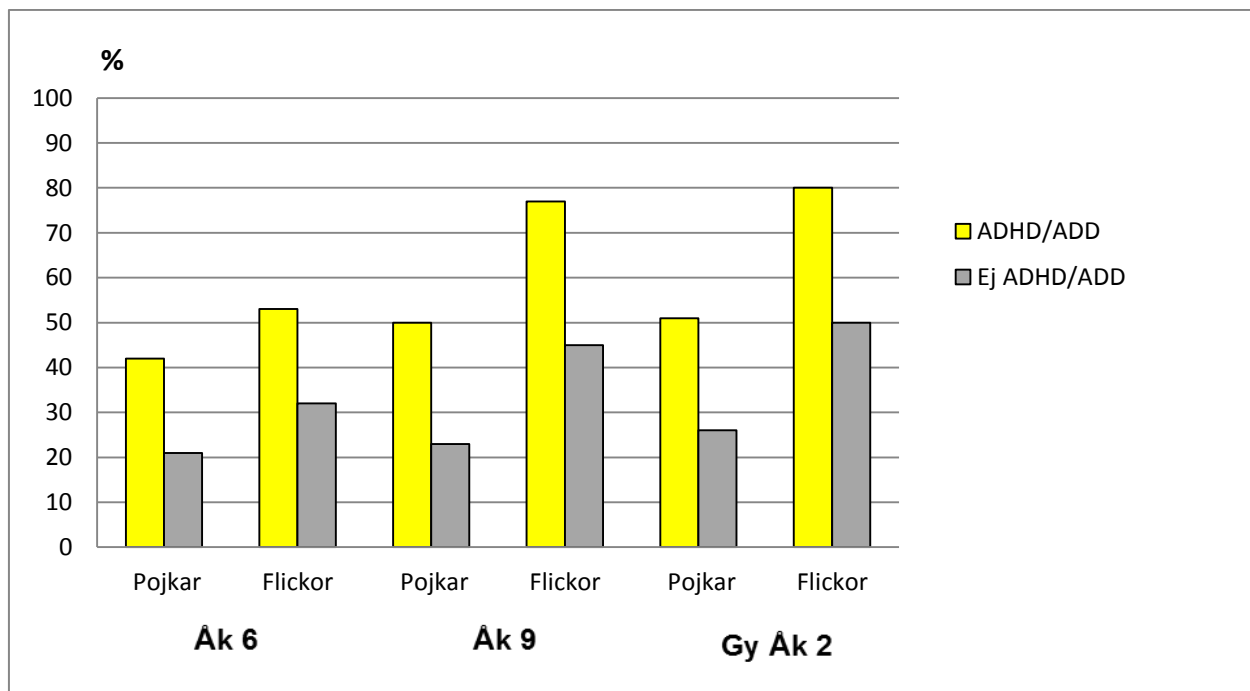


Figur 47. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka* bland ungdomar med respektive utan läs- och skrivsvårigheter.

Självrapporterad ADHD/ADD

ADHD är en förkortning för Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ADHD betecknar ett tillstånd med uttalade uppmärksamhetsproblem, överaktivitet och svårkontrollerad impulsivitet. ADD (Attention Deficit Disorder) betecknar framförallt svårigheter med uppmärksamhet.

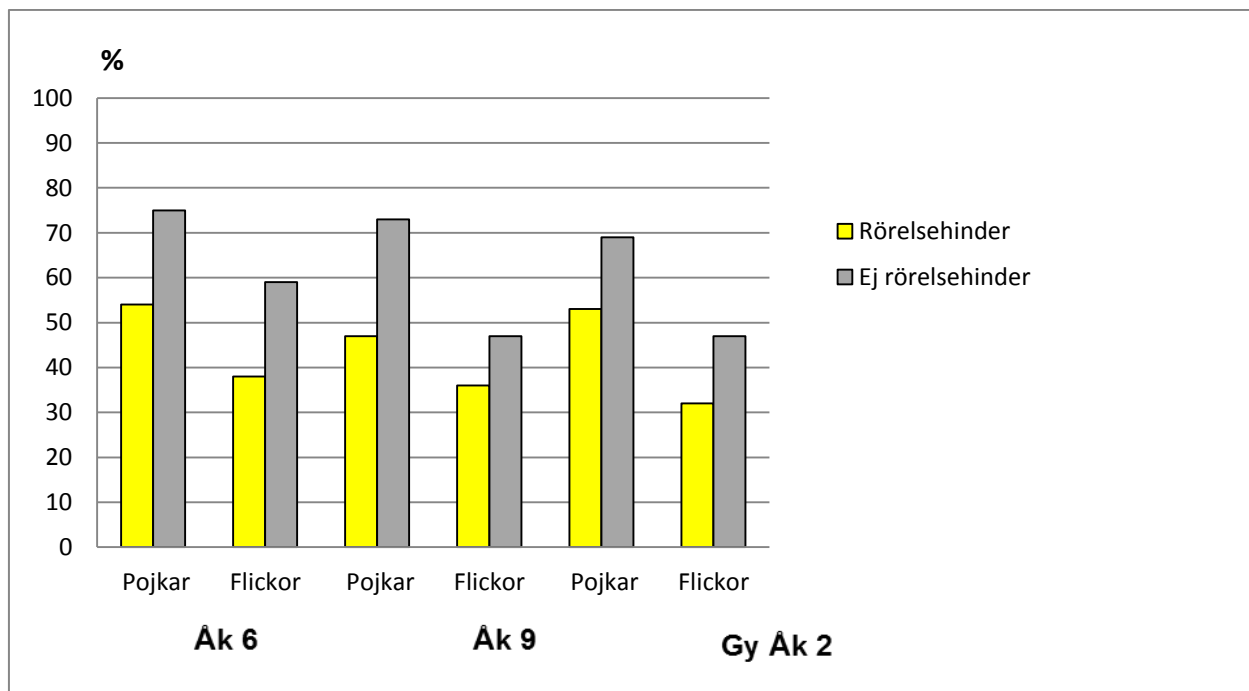
Bland de ungdomar som rapporterat att de har ADHD eller ADD i Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 är andelen med minst två psykiska eller somatiska symtom per vecka betydligt högre än bland de ungdomar som inte lider av ADHD/ADD (Figur 48).



Figur 48. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka* bland ungdomar med respektive utan självrapporterad ADHD/ADD.

Rörelsehinder

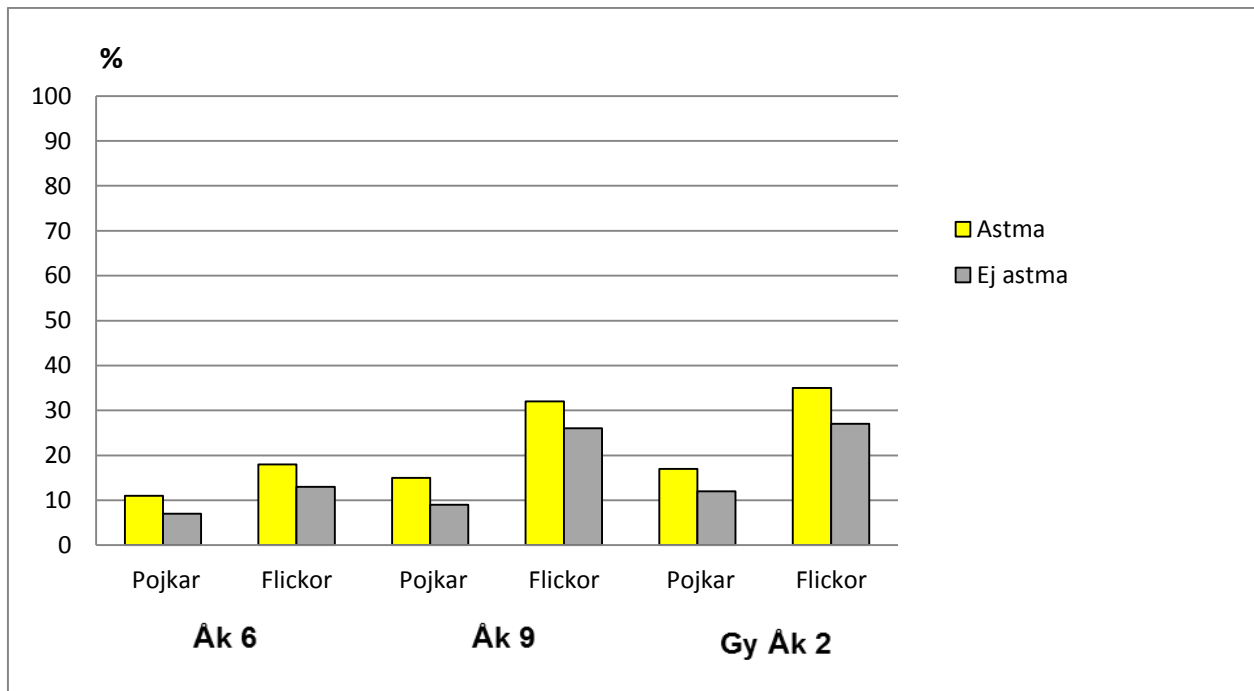
Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visar att andelen ungdomar som ofta är nöjda med sig själva är lägre bland ungdomar med rörelsehinder. Detta mönster ses i alla årskurser bland både pojkar och flickor (Figur 49).



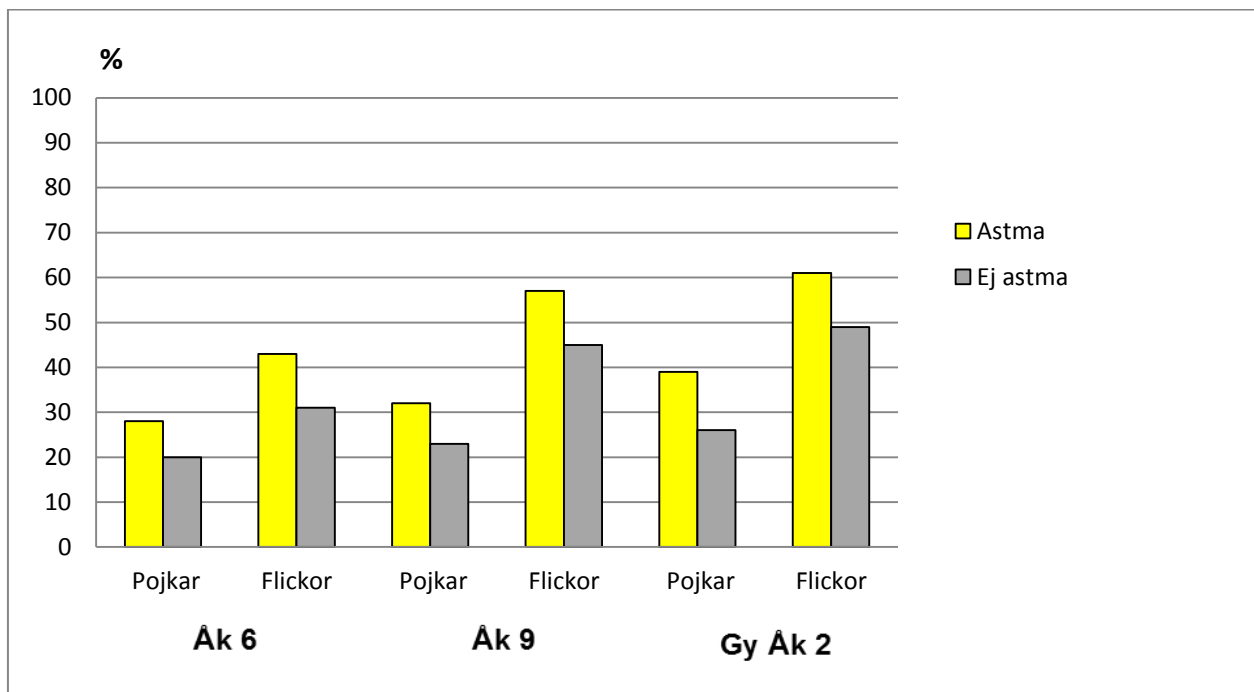
Figur 49. Andelen flickor och pojkar i respektive åldersklass som uppgett att de *ofta känner sig nöjda med sig själva* bland ungdomar med respektive utan rörelsehinder.

Astma

Astma och allergier är de vanligaste kroniska sjukdomstillstånden under uppväxten. Dessa sjukdomar ökade under andra halvan av 1900-talet, men denna ökning verkar nu ha stannat av.¹ Resultaten från Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012 visade att drygt var tionde pojke och flicka rapporterade att de hade/hade haft astma under det gångna året.⁵ De ungdomar som lider av astma uppger oftare nedstämdhet mer än en gång i veckan (Figur 50) respektive minst två psykiska eller somatiska symtom varje vecka (Figur 51) än ungdomar utan astma.



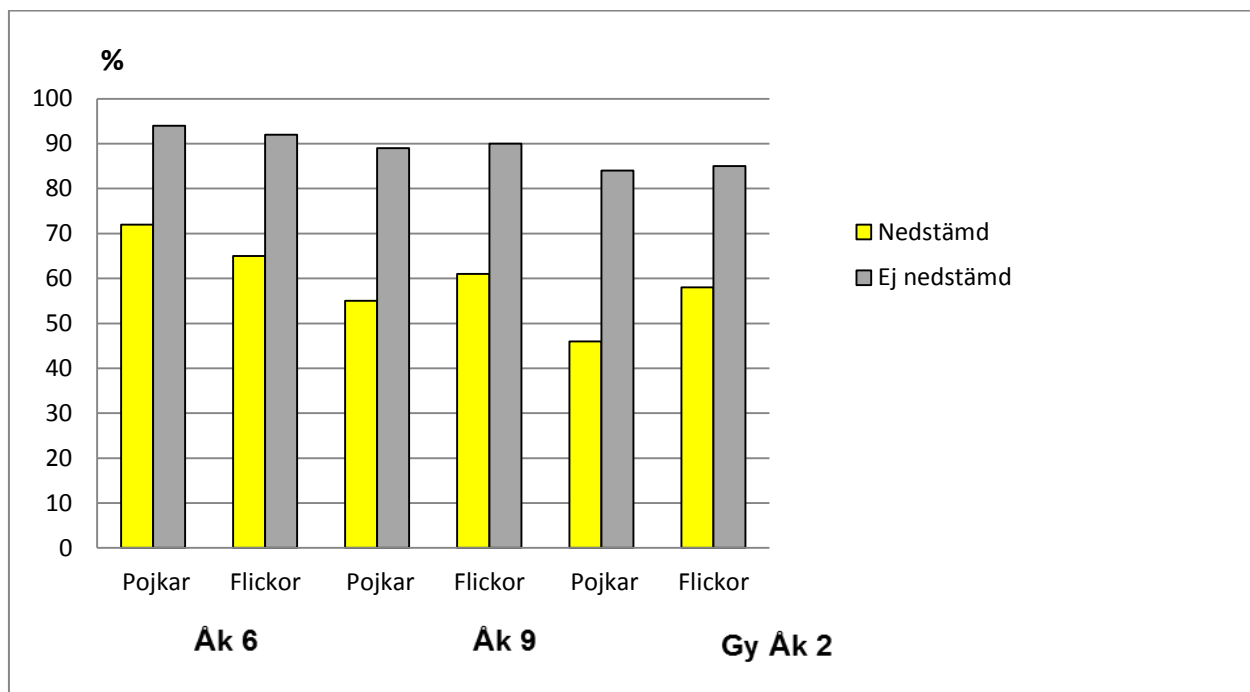
Figur 50. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *nedstämdhet* mer än en gång i veckan bland ungdomar med respektive utan astma under det senaste året (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



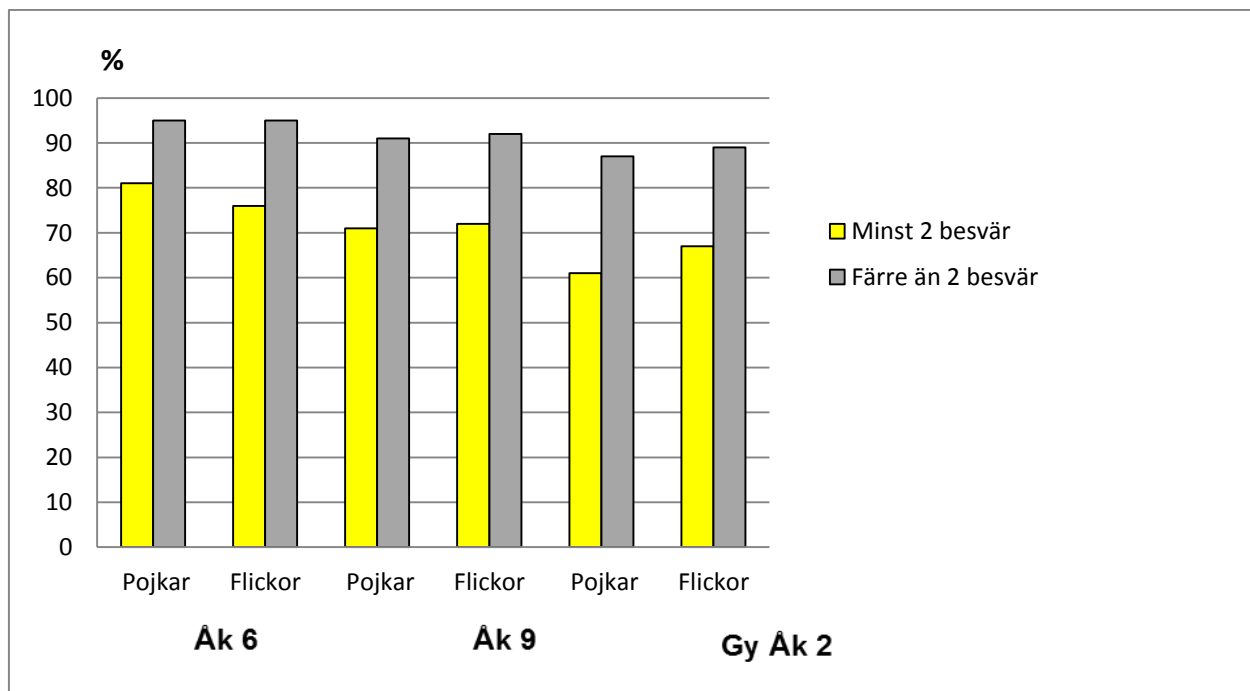
Figur 51. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass med *minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka* bland ungdomar med respektive utan astma under det senaste året.

Framtidstro

Att se möjligheter och inte hinder för sin framtid är viktigt för alla människor. Folkhälsorapport Barn och Unga i Skåne 2012 visade att de allra flesta barn och unga ser ljus på framtiden.⁵ Figur 52 visar att de ungdomar som känner sig nedstämda mer än en gång i veckan mindre ofta ser ljus eller mycket ljus på framtiden. Ett liknande mönster ses för de ungdomar som rapporterar minst två psykiska eller somatiska besvär per vecka (Figur 53).



Figur 52. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som har *ljus eller mycket ljus framtidstro* bland ungdomar med respektive utan nedstämdhet (nedstämdhet räknas som att ha känt sig nedstämd mer än en gång i veckan under det senaste halvåret).



Figur 53. Andel flickor och pojkar i respektive åldersklass som har *ljus eller mycket ljus framtidstro* bland ungdomar med respektive utan två eller fler psykiska eller somatiska besvär per vecka.

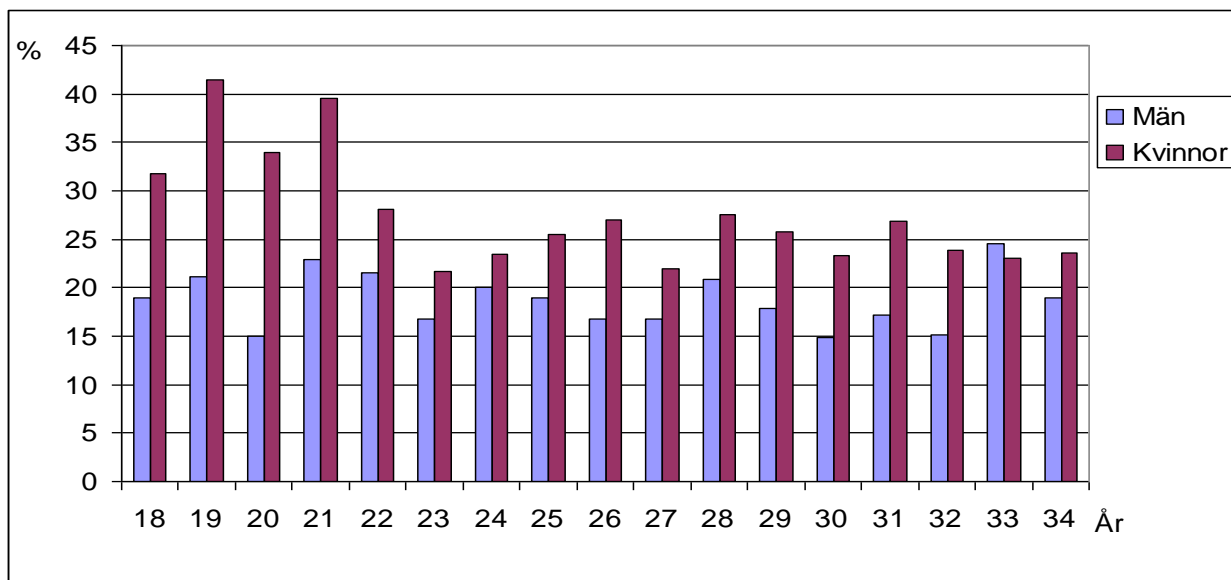
PSYKISK OHÄLSA BLAND UNGA VUXNA

Sociodemografi

Ålder

Nationella undersökningar har visat att psykiska besvär som ängslan, oro eller ångest blivit vanligare i den vuxna befolkningen i alla åldrar upp till pensionsåldern sedan 1980-talet, och att dessa besvär numera är vanligast i åldern 16-24 år. Kvinnor har mer besvär än män, och den psykiska ohälsan är således störst bland yngre kvinnor. ¹

I Folkhälsoenkät Skåne 2008 uppmättes andelen med psykisk ohälsa (GHQ-12) i den skånska befolkningen till 16 % bland män och 20 % bland kvinnor 18-80 år. Psykisk ohälsa är vanligast i den yngsta åldersgruppen 18-34 år, med ett genomsnitt på 19 % för männen och 28 % för kvinnorna. Allra sämst mår de yngsta kvinnorna i åldern 18-21 år med andelar runt 40 % (Figur 54).



Figur 54. Andel med *psykisk ohälsa* (GHQ-12) uppdelat på ålder (år) bland kvinnor och män 18-34 år i Skåne år 2008.

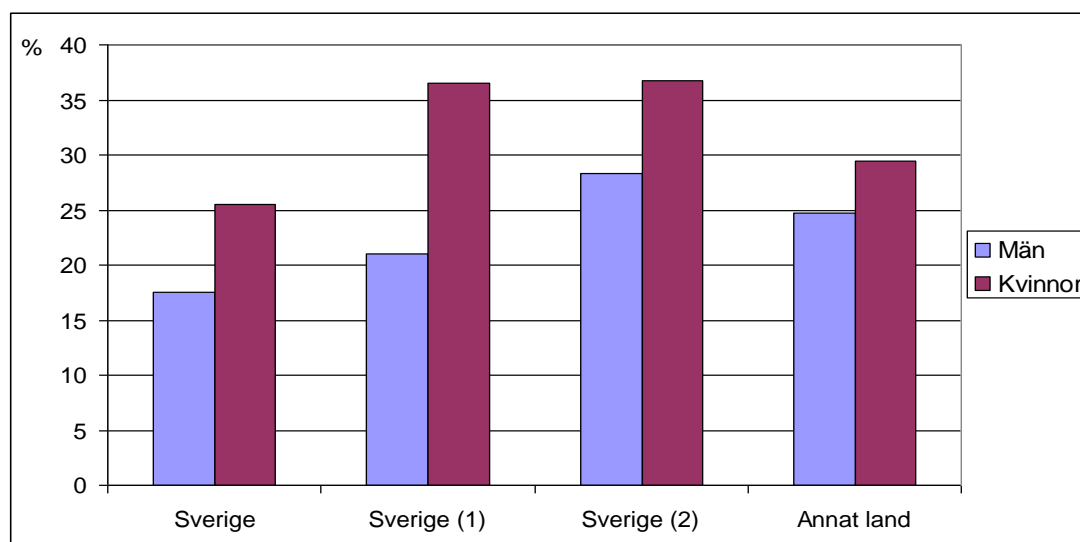
Födelseland

Psykisk ohälsa är vanligare bland utlandsfödda jämfört med personer födda i Sverige, vilket bland annat sammanhänger med sämre socioekonomiska villkor. ⁴⁴

I Folkhälsoenkät Skåne 2008 var 74 % av männen svenskfödda med svenskfödda föräldrar; 9 %

var födda i Sverige med en svenskfödd förälder; 4 % var svenskfödda med utlandsfödda föräldrar och 14 % var utlandsfödda med utlandsfödda föräldrar. Motsvarande siffror bland de skånska kvinnorna var 71 %, 9 %, 4 % och 16 %.

Figur 55 visar att psykisk ohälsa är vanligast bland män som är födda i Sverige med utlandsfödda föräldrar, samt bland kvinnor som är födda i Sverige med minst en utlandsfödd förälder.



Figur 55. Andel med *psykisk ohälsa* (GHQ-12) uppdelat på ursprung (födelseland för den tillfrågade samt dess föräldrar). Kvinnor och män 18-34 år, Folkhälsoenkät Skåne år 2008. ”Sverige” = svenskfödd med svenskfödda föräldrar, ”Sverige (1)” = svenskfödd med en utlandsfödd förälder, ”Sverige (2)” = svenskfödd med två utlandsfödda föräldrar samt ” Annat land” = utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar.

Socioekonomisk indelning

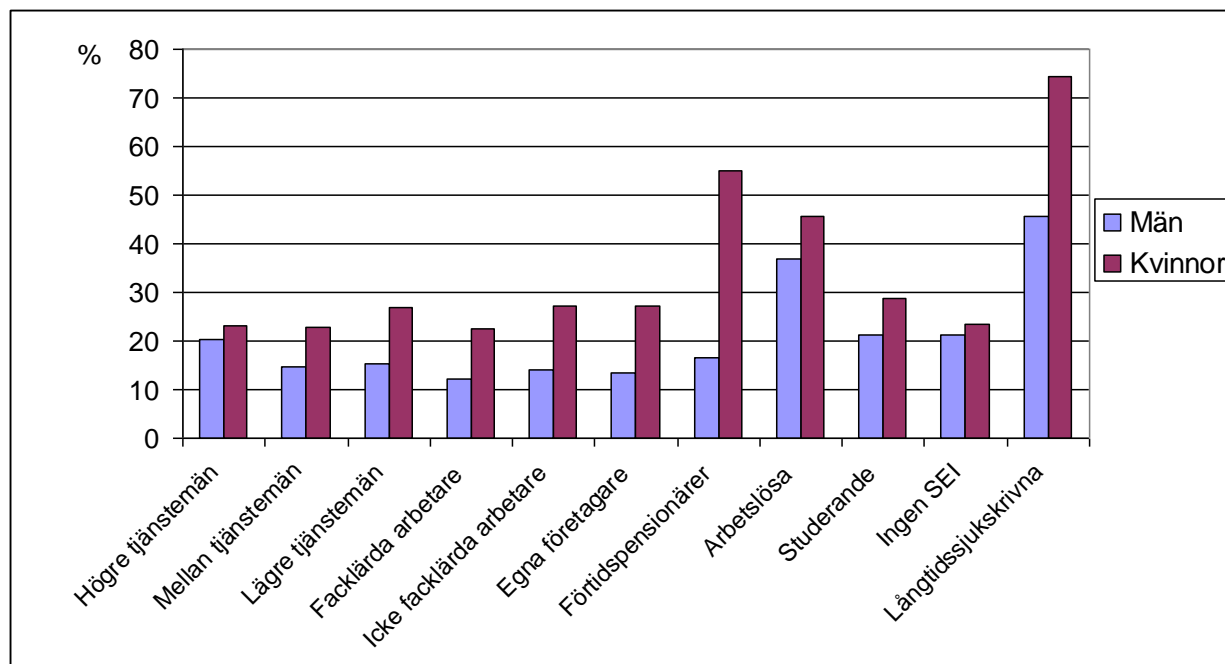
Det är väl känt att socioekonomisk status påverkar psykisk hälsa och vice versa. Exempelvis leder arbetslöshet till psykisk ohälsa, men psykisk ohälsa kan också vara en anledning till arbetslöshet.⁴⁵

I Folkhälsoenkät Skåne 2008 har den socioekonomiska indelningen baserats på yrke enligt följande: högre tjänstemän; tjänstemän på mellannivå; tjänstemän på lägre nivå; facklärda arbetare; icke-facklärda arbetare; egenföretagare och lantbrukare; förtidspensionärer; arbetslösa; studerande/värnpliktiga; långtidssjukskrivna samt SEI ifylld men ej kodbar (ingen SEI).

Majoriteten i åldersgruppen 18-34 år uppgav att de studerade (23 % av männen och 26 % av

kvinnorna.) Arbetslösheten var 7 % för båda könen (visas inte i figur).

Figur 56 visar psykisk ohälsa inom olika SEI-grupper. Störst andel med psykisk ohälsa ses bland arbetslösa och långtidssjukskrivna kvinnor och män, samt bland kvinnliga förtidspensionärer.



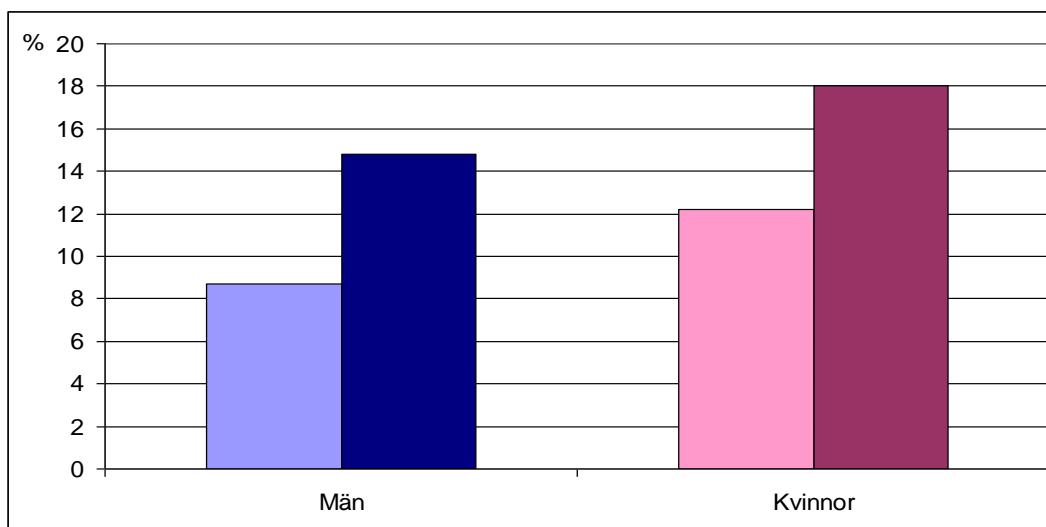
Figur 56. Andel med *psykisk ohälsa* inom olika SEI-grupper. Män och kvinnor 18-34 år, Folkhälsoenkät Skåne 2008.

Levnadsvanor och livsstil

Det är vanligt att personer med psykisk ohälsa har flera ohälsosamma levnadsvanor som rökning, alkohol, dålig kost och stillasittande fritid.⁴⁶ Sambanden är komplexa eftersom en ohälsosam livsstil i sin tur kan leda till ökad psykisk ohälsa.

Daglig rökning

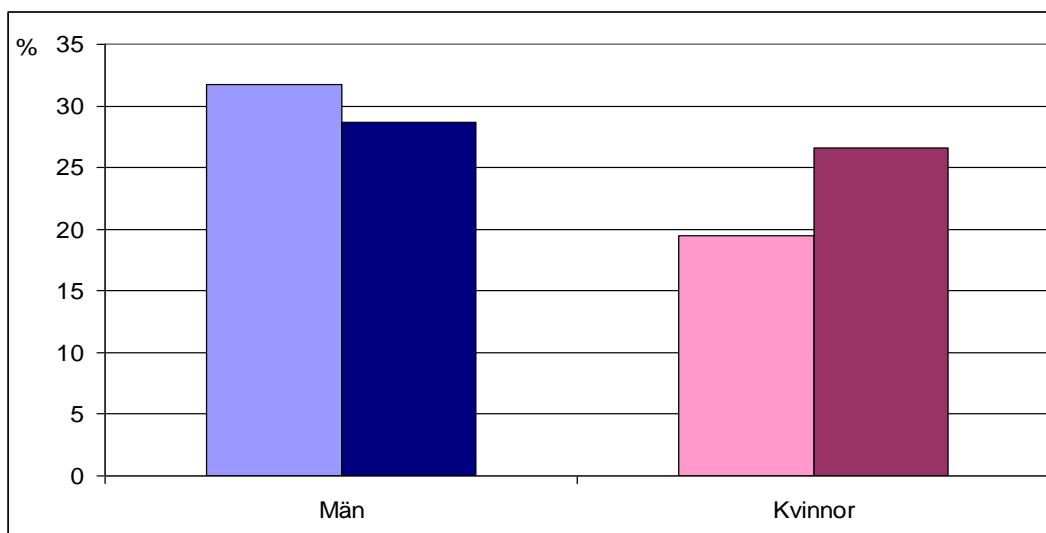
I Folkhälsoenkät Skåne 2008 ställdes frågor kring rökning. I åldersgruppen 18-34 år svarade 10% av männen och 14 % av kvinnorna att de röker dagligen. Vid psykisk ohälsa är det betydligt fler som röker, ca 15 % av männen och 18 % av kvinnorna, att jämföra med ca 9 % av männen och 12 % av kvinnorna utan psykisk ohälsa (Figur 57).



Figur 57. Andel *dagligrökare* bland män och kvinnor 18-34 år i Folkhälsoenkät Skåne år 2008, som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Riskkonsumtion av alkohol

I Folkhälsoenkät Skåne 2008 bedömdes alkoholkonsumtionen med hjälp av ett index baserat på tre frågor: hur ofta man dricker, hur mycket man dricker vid ett vanligt tillfälle och hur ofta man dricker en större mängd alkohol vid ett och samma tillfälle. Detta index kan anta värden mellan 0 och 12. Män ansågs vara riskkonsumenter vid 8-12 poäng och kvinnor vid 6-12 poäng. Dessutom räknades de som varit berusade 2-3 gånger per månad eller oftare till gruppen riskkonsumenter. Denna definition av riskabel alkoholkonsumtion har tidigare använts i nationella folkhälsoenkäter.^{11, 47} Med denna definition var 32 % av männen och 22 % av kvinnorna riskkonsumenter i Skåne. Figur 58 visar att kvinnor med psykisk ohälsa oftare riskkonsumerar alkohol jämfört med kvinnor utan psykisk ohälsa (28 % jämfört med 20 %). Detta mönster ses inte bland män (29 % jämfört med 31 %).

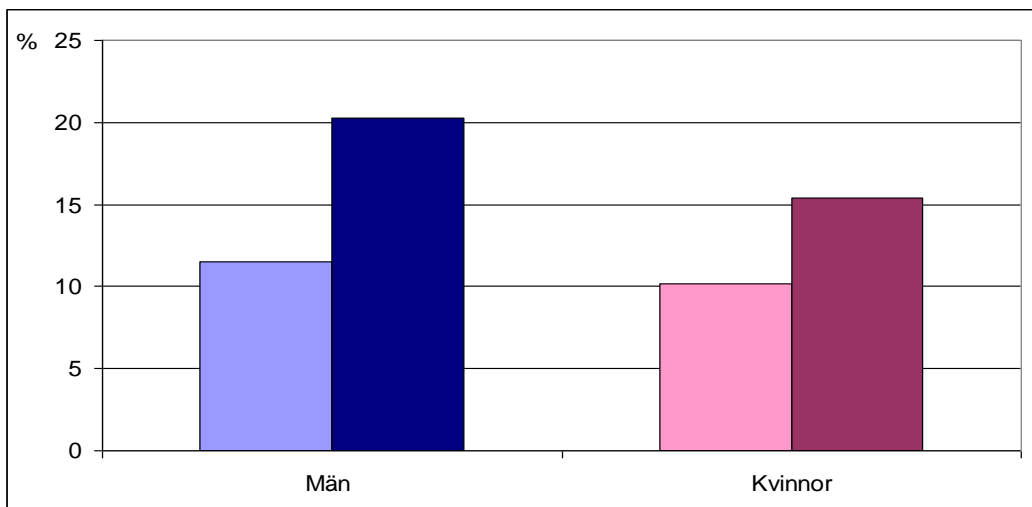


Figur 58. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 med *riskabel alkoholkonsumtion* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Låg fysisk aktivitet

I Folkhälsoenkät Skåne 2008 ställdes en fråga kring hur mycket man rört sig och ansträngt sig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna. De som mest ägnar sig åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden, och promenerat, cyklat eller rört sig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan, betecknas ha en stillasittande fritid. Detta gäller 13 % av männen och 12 % av kvinnorna i åldern 18-34 år i Folkhälsoenkät Skåne 2008.

Figur 59 visar att det är nästan dubbelt så vanligt med stillasittande fritid bland män och en tredjedel så vanligt bland kvinnor med psykisk ohälsa, jämfört med män och kvinnor utan psykisk ohälsa.

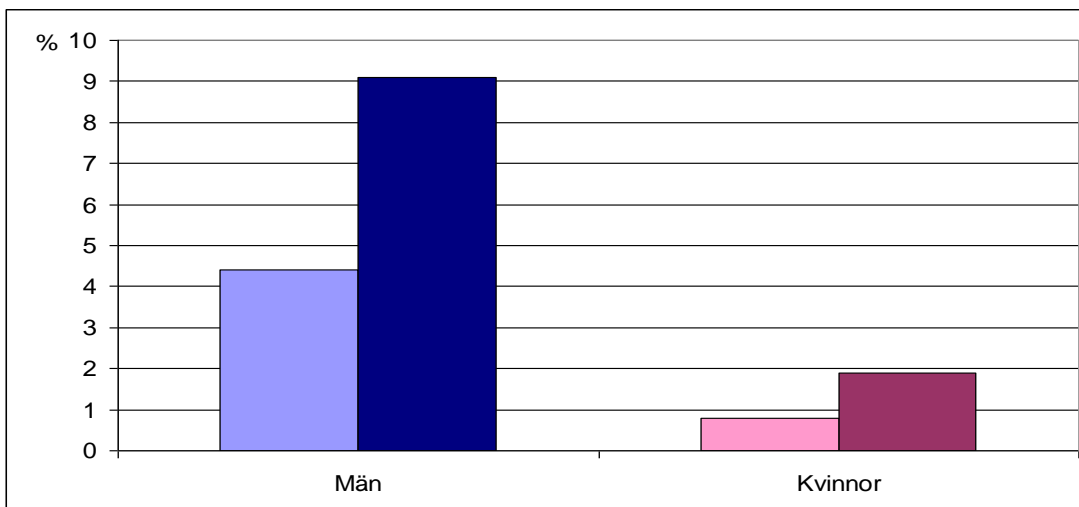


Figur 59. Andel män och kvinnor med *stillasittande fritid* 18-34 år i Folkhälsoenkät Skåne år 2008, bland dem som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Riskabla spelvanor

Riskabla spelvanor definierades i Folkhälsoenkät Skåne 2008 som att man någon gång under de senaste tolv månaderna ljugit om hur mycket man spelat, försökt att minska sitt spelande och/eller känt sig rastlös och irriterad om man inte kunnat spela. Med spel menas t.ex. trisslott, bingolotto, kasinospel, tips, spel på hästar eller liknande. Spelproblem är ojämnt fördelade i befolkningen och förekommer oftare bland män än bland kvinnor. Bland män är spelproblem vanligast i den yngsta åldersgruppen 18-34 år (5 %), och bland kvinnor i den äldsta åldersgruppen 65-80 år (3 %).⁶ Personer med psykisk ohälsa har oftare spelproblem.⁴⁸

Bland kvinnor och män med psykisk ohälsa i åldern 18-34 år är det mer än dubbelt så vanligt med riskabla spelvanor jämfört med kvinnor och män utan psykisk ohälsa. För männen ökar andelen från 4 % till 9 % och för kvinnorna från 1 % till 2 % (Figur 60).



Figur 60. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 med *riskabla spelvanor* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

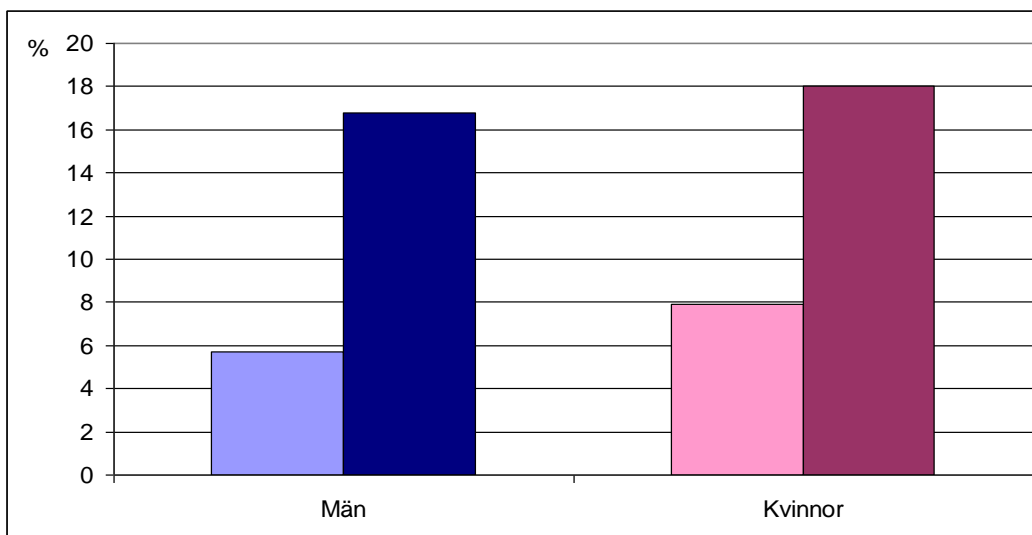
Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet

Ekonomisk och social utsatthet leder till psykisk ohälsa, men psykisk ohälsa kan också leda till ekonomisk och social utsatthet. ⁴⁵

Ekonomisk stress

Ekonomisk stress definieras här som att man under det senaste året haft svårt att klara av sina räkningar ungefär hälften av årets månader eller mer. I Folkhälsoenkät Skåne 2008 var ekonomisk stress vanligare i den yngre halvan av befolkningen (18-54 år) jämfört med den äldre halvan av befolkningen (55-80 år). I åldersgruppen 18-34 år upplevde ca 8 % av männen och 11% av kvinnorna ekonomisk stress.

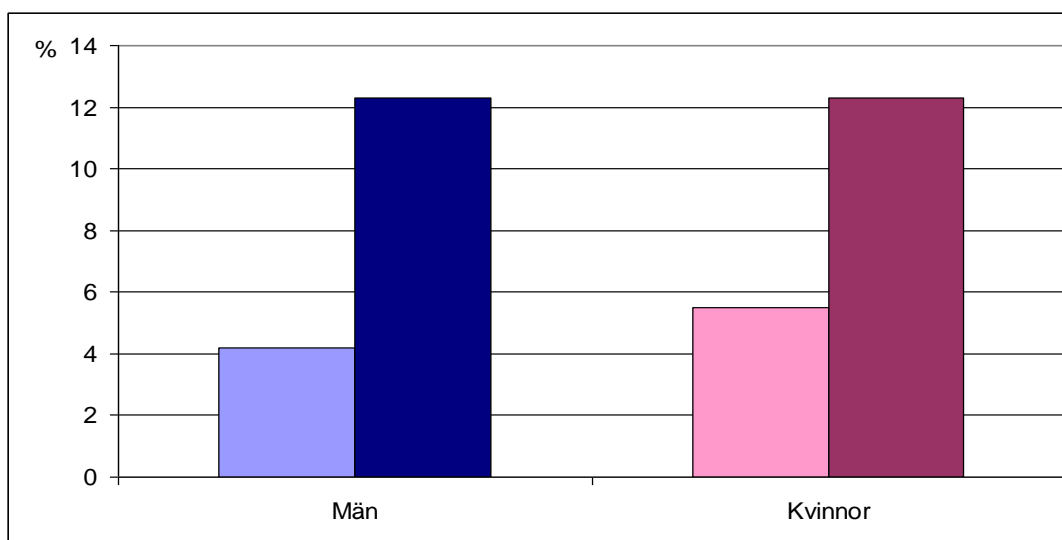
Resultaten av Folkhälsoenkät Skåne 2008 visar att det är mycket vanligare med ekonomisk stress bland personer med psykisk ohälsa - nästan tre gånger så vanligt för män och mer än dubbelt så vanligt för kvinnor. Andelarna ökar från knappt 6 % till nästan 17 % bland män och från knappt 8 % till 18 % bland kvinnor (Figur 61).



Figur 61. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 med *ekonomisk stress* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Trivs dåligt i bostadsområdet

I Folkhälsoenkät Skåne 2008 rapporterade 6 % av männen och 7 % av kvinnorna i åldersgruppen 18-34 år att de trivs dåligt i området där de bor. Det är mycket vanligare att personer med psykisk ohälsa trivs dåligt i sitt bostadsområde - tre gånger så vanligt för män och två och en halv gång så vanligt för kvinnor. Nivåerna stiger från 4 % till 12 % bland män och från 5 % till 12 % bland kvinnor (Figur 62).

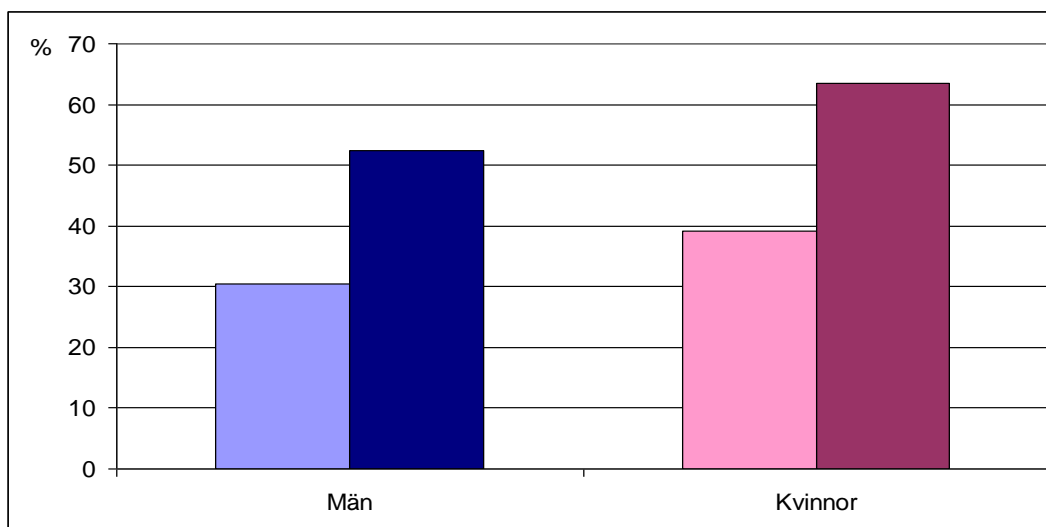


Figur 62. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 som *trivs dåligt i sitt bostadsområde* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Känt sig kränkt

I Folkhälsoenkät Skåne 2008 ställdes en fråga om man under de senaste tre månaderna blivit behandlad eller bemött på ett sådant sätt att man känt sig kränkt. I åldersgruppen 18-34 år svarade 35 % av männen och 46 % av kvinnorna ja på denna fråga. Motsvarande andelar i åldersgruppen 65-80 år var 12 % respektive 14 %.

Figur 63 visar att det är betydligt vanligare att personer med psykisk ohälsa känt sig kränkta jämfört med personer utan psykisk ohälsa, med en ökning från 30 % till 53 % bland män och från 39 % till 64 % bland kvinnor.

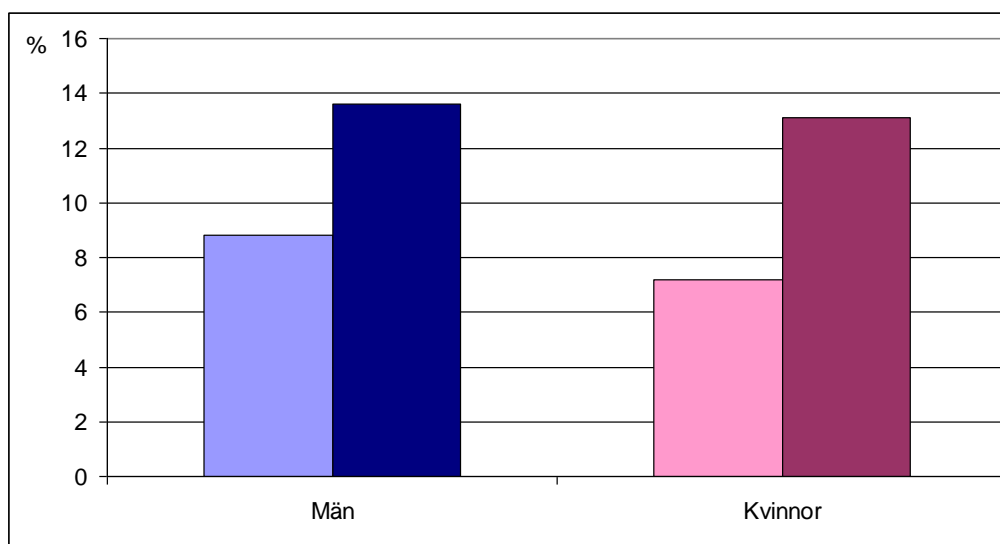


Figur 63. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 som *känt sig kränkta* under de senaste tre månaderna bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Utsatt för hot om våld

Personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper löper större risk att utsättas för hot och våld.⁴⁹ I Folkhälsoenkät Skåne 2012 ställdes en fråga om man någon gång under de senaste tolv månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld som var så farliga eller så allvarliga att man blivit rädd. I åldersgruppen 18-34 år svarade 10% av männen och 9 % av kvinnorna ja på denna fråga.

Figur 64 visar att det är betydligt vanligare att personer med psykisk utsatts för hot om våld - drygt en tredjedel så vanligt bland män och nästan dubbelt så vanligt bland kvinnor.



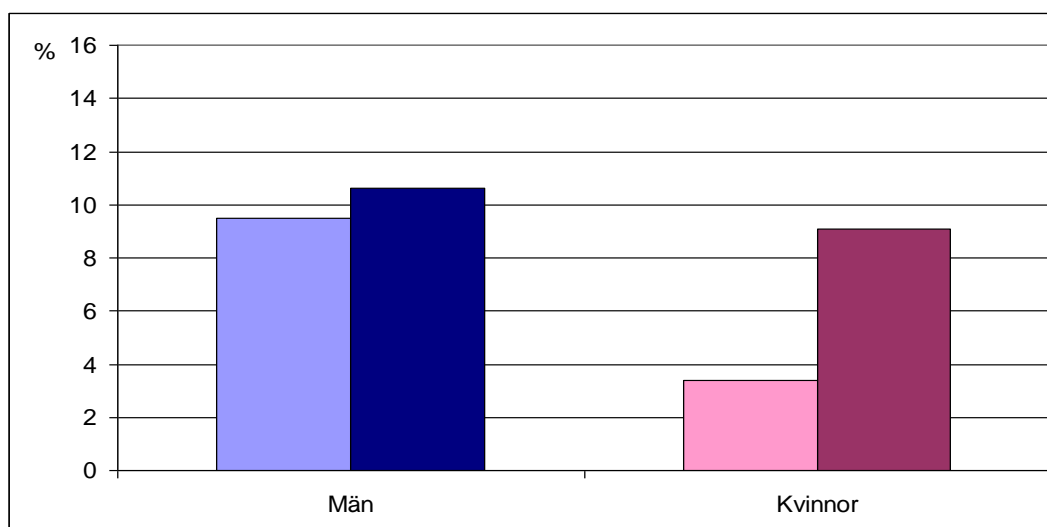
Figur 64. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 som hotats under de senaste tre månaderna bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Utsatt för våld

I Folkhälsoenkät Skåne 2008 ställdes även en fråga om man någon gång under de senaste tolv månaderna blivit utsatt för fysiskt våld. I åldersgruppen 18-34 år svarade 10 % av männen och 5 % av kvinnorna ja på denna fråga.

Bland män ses ingen större skillnad i att ha blivit utsatt för våld bland män med respektive utan psykisk ohälsa. Bland kvinnor med psykisk ohälsa är det däremot nästan tre gånger så vanligt att

ha utsatts för fysiskt våld jämfört med kvinnor utan psykisk ohälsa. Nivåerna ökar från 10 % till 11 % bland män och från 3 % till 9% bland kvinnor (Figur 65).

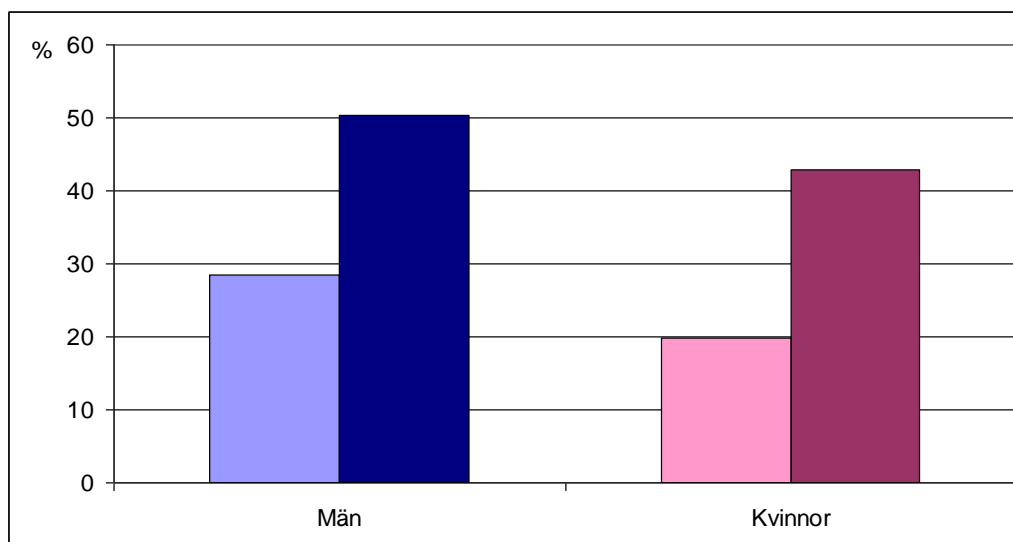


Figur 65. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 som utsatts för fysiskt våld under de senaste tolv månaderna bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Svagt emotionellt stöd

Personer med psykisk ohälsa har oftare ett svagt stöd (emotionellt och praktiskt) jämfört med personer utan psykisk ohälsa.⁵⁰ Med ett svagt emotionellt stöd menas att man inte helt säkert har någon som kan ge en ett ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem. Detta gäller 33 % av männen och 26 % av kvinnorna i Folkhälsoenkät Skåne år 2008 i åldersgruppen 18-34 år.

Bland personer med psykisk ohälsa är det nästan dubbelt så vanligt hos män och mer än dubbelt så vanligt hos kvinnor att ha ett svagt emotionellt stöd. Nivåerna ökar från 28 % till 50 % bland män och från 20 % till 43 % bland kvinnor (Figur 66).

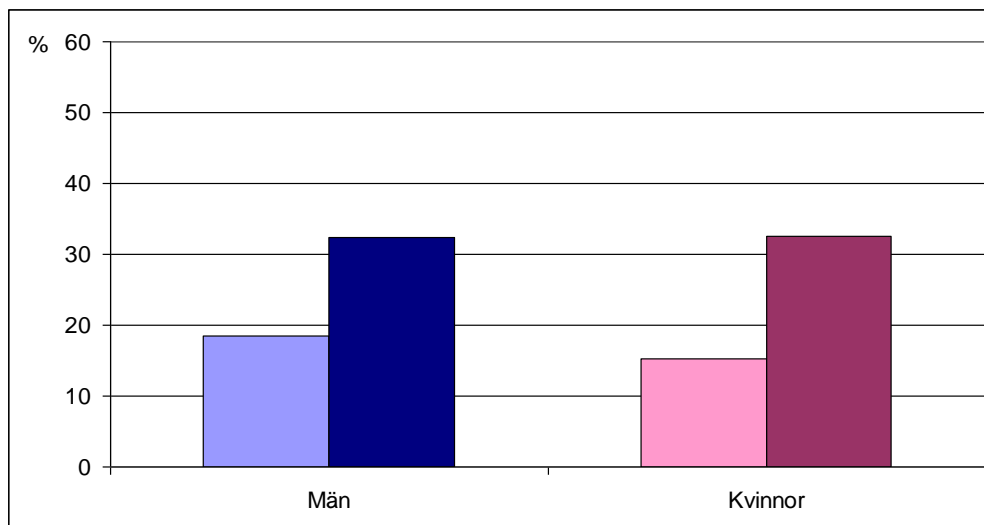


Figur 66. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 med *svagt emotionellt stöd* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Svagt praktiskt stöd

Den som inte säkert kan få hjälp vid sjukdom eller praktiska problem (som att låna småsaker, få hjälp till reparation, få hjälp att skriva en skrivelse, få råd eller information) definieras ha ett svagt praktiskt stöd. Detta gäller ca 20 % av männen och kvinnorna i åldersgruppen 18-34 år i Folkhälsoenkät Skåne 2008.

Bland personer med psykisk ohälsa är det nästan dubbelt så vanligt för män och mer än dubbelt så vanligt för kvinnor att ha ett svagt praktiskt stöd. Nivåerna ökar från 18 % till 32 % bland män och från 15 % till 33 % bland kvinnor (Figur 67).



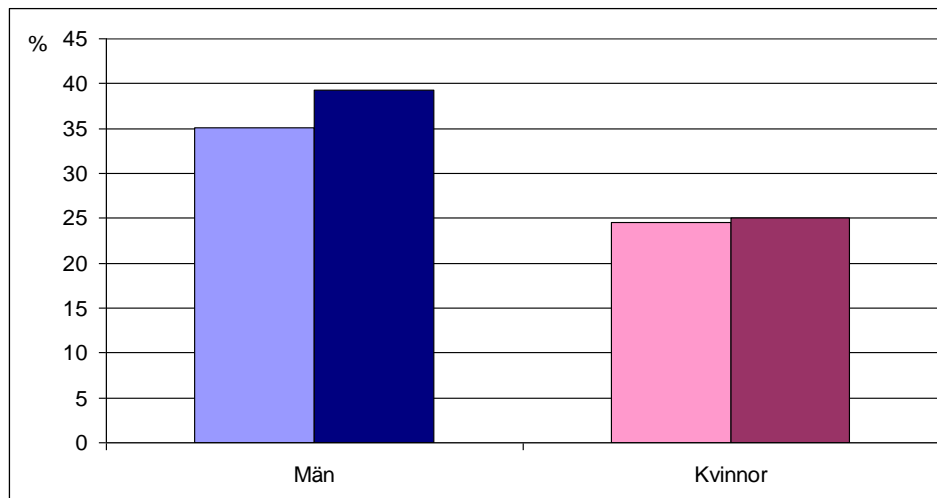
Figur 67. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 med *svagt praktiskt stöd* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Hälsa och sjukvårdskonsumtion

Övervikt, fetma och undervikt

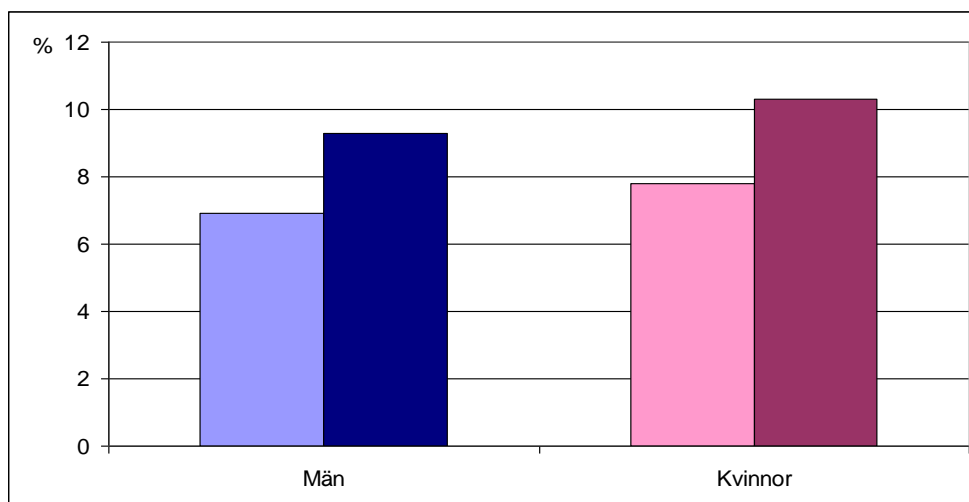
Det finns ett samband mellan övervikt/fetma och depression, men också mellan undervikt och depression.⁵¹ Relationen mellan kroppens vikt och längd anges med Body Mass Index (BMI) och beräknas genom att kroppslängden i kilogram divideras med kroppslängden i meter i kvadrat. Våra definitioner är: normalvikt BMI 19-24,9, undervikt BMI under 19, övervikt BMI 25-29,9 och fetma BMI över 30. I ålderskategorin 18-34 år definierades 64 % av männen som normalviktiga, 29 % som överviktiga och 7 % som feta. Motsvarande siffror för kvinnorna var 75 % (normalvikt), 16 % (övervikt) och 9 % (fetma). Två och en halv procent av männen och 8 % av kvinnorna var underviktiga.

Figur 68 visar andelen män och kvinnor med övervikt inklusive fetma bland personer med respektive utan psykisk ohälsa. Bland män är det något vanligare med övervikt/fetma vid psykisk ohälsa, andelen ökar från 35 % till 39 %. Bland kvinnor ses ingen skillnad mellan grupperna och andelen ligger på 25 %.



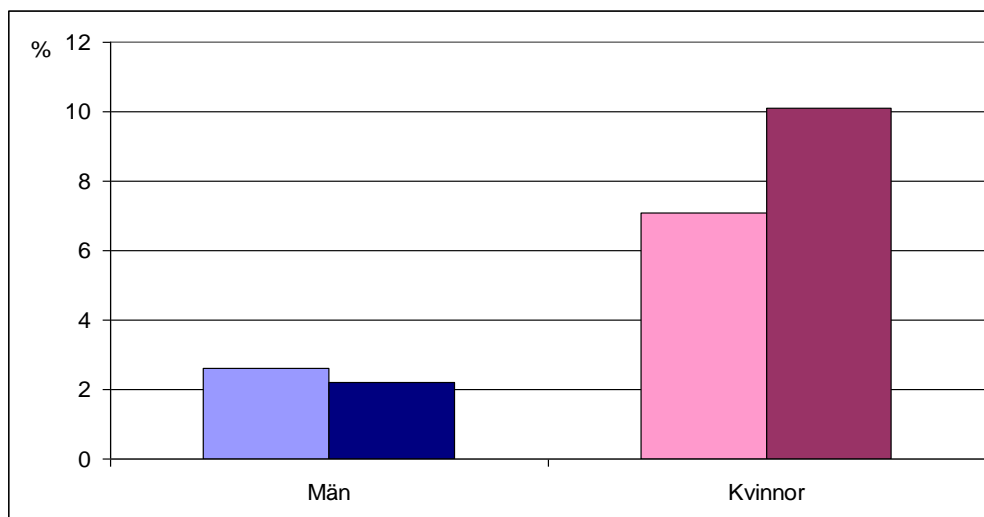
Figur 68. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 med *övervikt inklusive fetma* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Figur 69 visar att fetma är vanligare bland både män och kvinnor med psykisk ohälsa jämfört med män och kvinnor utan psykisk ohälsa. Andelen ökar från 7 % till 9 % bland män och från 8% till 10 % bland kvinnor.



Figur 69. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 med *fetma* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Figur 70 visar att andelen med undervikt är ungefär densamma oavsett psykisk ohälsa bland män, medan andelen med undervikt är större bland kvinnor med psykisk ohälsa jämfört med kvinnor utan psykisk ohälsa (ökar från 7 % till 10 %).

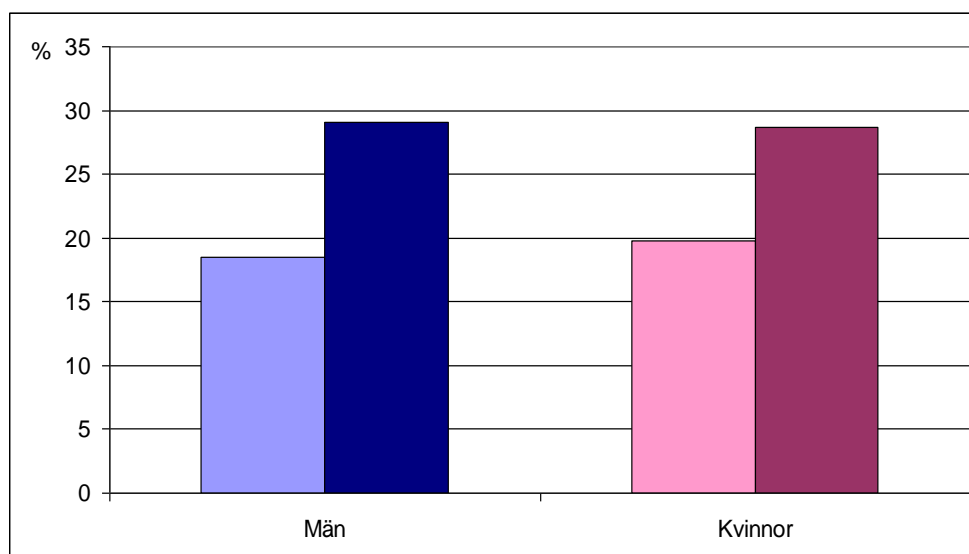


Figur 70. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 med *undervikt* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Saknar kontroll över egen hälsa

Känslan av att kunna påverka sin egen hälsa mättes med frågan ”Tror Du att Du kan göra något själv för att bevara en god hälsa?” med tre svarsalternativ: ”Ja, jag tror att egen insats är mycket betydelsefull”, ”Ja, jag tror att egen insats har viss betydelse” och ”Nej”. De två senare alternativen definierades som att inte känna att man kan påverka sin hälsoutveckling, vilket gällde 21 % av männen och 22 % av kvinnorna i åldersgruppen 18-34 år.

Personer med psykisk ohälsa upplever oftare att de inte kan påverka sin egen hälsa. Andelen ökar från 19 % till 29 % bland män och från 20 % till 29 % bland kvinnor (Figur 71).



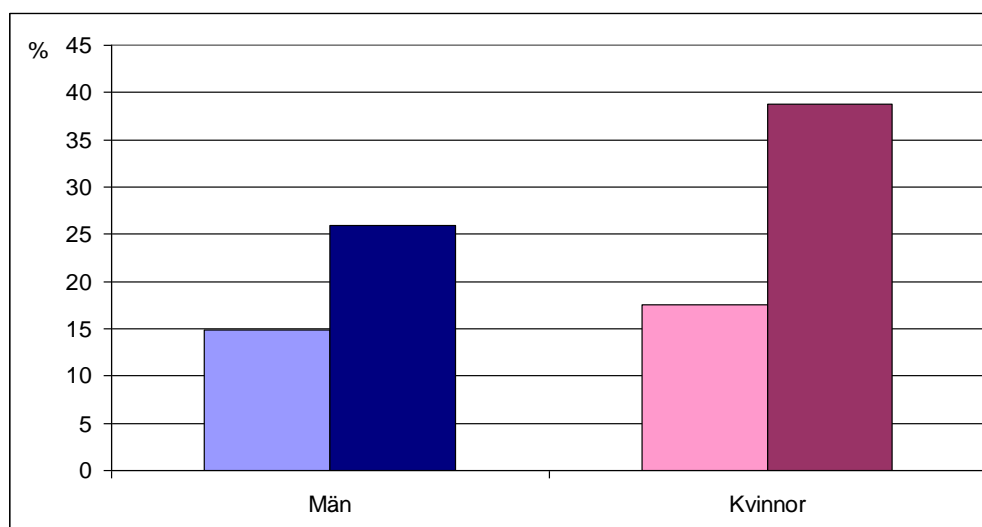
Figur 71. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 som *inte upplever sig kunna påverka sin egen hälsa* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Otillfredsställda vårdbehov

Personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper har i större utsträckning otillfredsställda vårdbehov jämfört med befolkningen i allmänhet, och avstår oftare från att söka vård av ekonomiska skäl.⁴⁵

I Folkhälsoenkät Skåne ställdes en fråga om man under de senaste tre månaderna ansett sig vara i behov av läkarvård, men inte sökt vård. I åldersgruppen 18-34 år rapporterade 17 % av männen och 24 % av kvinnorna otillfredsställda vårdbehov.

Bland personer med psykisk ohälsa är det nästan dubbelt så vanligt för män och mer än dubbelt så vanligt för kvinnor att uppleva otillfredsställda vårdbehov, jämfört med män och kvinnor utan psykisk ohälsa. Andelen ökar från 15 % till 26 % bland män och från 18 % till 39 % bland kvinnor (Figur 72).



Figur 72. Andel män och kvinnor 18-34 år i Skåne år 2008 som uppger *otillfredsställda vårdbehov* bland personer som har respektive inte har psykisk ohälsa. Den ljusare stapeln till vänster representerar personer utan psykisk ohälsa och den mörkare stapeln till höger representerar personer med psykisk ohälsa.

Referenser

1. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
2. Lindholm C, Fredlund P, Backhans M. Hälsotillstånd och sjukskrivningsutveckling. I: Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T, red. Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet, Stockholm, 2005.
3. Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Hägglöf B. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet, 2010.
4. Statens folkhälsoinstitut. Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. R 2011:09. Östersund, 2011.
5. Grahn M, Modén B, Fridh M, Lindström M, Rosvall M. Folkhälsorapport Barn och Unga i Skåne 2012 – en undersökning om barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Epidemiologisk bevakning och analys. Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet. Region Skåne 2012. <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/folkhalsa/dokument/Rapport.pdf>
6. Rosvall M, Grahn M, Modén B, Merlo J, eds. Hälsöförhållanden i Skåne. Folkhälsoenkät Skåne 2008. Malmö: Socialmedicinska enheten, 2009.
7. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M, Thomas C and The HBSC Positive Health Group. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health* 2008;18(3):294-299.
8. HBSC Health Behaviour in School-aged Children. World health Organization collaborative cross-national survey. <http://www.hbsc.org/>
9. Augustine L, Löfstedt P, Corell M, Zhu M. Svenska skolbarns hälsovanor 2009/2010. Grundrapport. R 2011:27. Statens folkhälsoinstitut, Östersund, 2011.
10. Goldberg DP, William P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor, United Kingdom:NFER-Nelson,1988.
11. Statens folkhälsoinstitut. Hälsa på lika villkor. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. A 2011:09. 2011. <http://folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12665/A-2011-09-Syfte-o-bakgrund-till-fragorna-i-halsoenkaten.pdf>
12. McDowell I. Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. (3d edition). NewYork: Oxford University Press, Inc, 2006.

13. Puustinen PJ, Koponen H, Kautiainen H, Mäntyselkä P, Vanhala M. Psychological distress predicts the development of the metabolic syndrome: A prospective, population-based study. *Psychosomatic Medicine* 2011;73(2):158-165.
14. Whittaker W, Sutton M, Maxwell M, Munoz-Arroyo R, Macdonald S, Power A, Smith M, Wilson P, Morrison J. Predicting which people with psychosocial distress are at risk of becoming dependent on state benefits: analysis of routinely available data. *BMJ*. 2010; 341:c3838.
15. Robinson KL, McBeth J, Macfarlane GJ. Psychological distress and premature mortality in the general population; a prospective study. *Annals of Epidemiology* 2004;14(7):467-472.
16. Hamer M, Stamatakis E, Kivimäki M, Pascal Kengne A, Batty GD. Psychological distress, glycated hemoglobin, and mortality in adults with and without diabetes. *Psychosomatic Medicine* 2010;72(9):882-886.
17. Puustinen PJ, Koponen H, Kautiainen H, Mäntyselkä P, Vanhala M. Psychological distress measured by the GHQ-12 and mortality: a prospective population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011;39(6):577-581.
18. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Välimaa R, Danielson M, Overpeck M. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science & Medicine* 2006; 62(4):815-827.
19. Upp till 18 – fakta om barn och ungdom. Barnombudsmannen rapporterar 2010:01. Statistiska centralbyrån, 2010. <http://www.barnombudsmannen.se/publikationer/bestall-och-ladda-ner/upp-till-18--fakta-om-barn-och-ungdom-2010/>
20. Östberg V, Alfven G, Hjern A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica* 2006;95(8):929-934.
21. Sund AM, Larsson B, Wichstrøm L. Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(4):588-597.
22. Henriksson C. Unga och rökning - En studie om riskfaktorer för rökning bland tjejer i gymnasiets årskurs 2 i Stockholms stad. Utvecklingsenheten, Socialförvaltningen, Stockholms stad, 2010.
23. Prokhorov AV, Winickoff JP, Ahluwalia JS, Ossip-Klein D, Tanski S, Lando HA, Moolchan ET, Muramoto M, Klein JD, Weitzman M, Ford KH. Youth tobacco use: A global perspective for child health care clinicians. *Pediatrics* 2006;118(3): e890-e903.
24. Hvitfeldt T, Gripe I. Skolelevers drogvanor 2010. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Rapport nr 124. Stockholm, 2010.

25. Berg Kelly K. Self-reported health status and use of medical care by 3,500 adolescents in western Sweden. II. Could clustering of symptoms and certain background factors help identify troubled young people? *Acta Pædiatrica Scandinavica* 1991;80(8-9):844-851.
26. Lawrence D, Considine J, Mitrou F, Zubrick SR. Anxiety disorders and cigarette smoking: Results from the Australian Survey of mental health and wellbeing. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010;44(6):520-527.
27. Ilomäki R, Riala K, Hakko H, Lappalainen J, Ollinen T, Räsänen P, Timonen M. Temporal association of onset of daily smoking with adolescent substance use and psychiatric morbidity. *European Psychiatry* 2008;23(2):85-91.
28. Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 2007;86(2):189-199.
29. Strandheim A, Holmen TL, Coombes L, Bentzen N. Alcohol intoxication and mental health among adolescents - a population review of 8983 young people, 13-19 years in North-Trøndelag, Norway: The Young-HUNT study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2009;3(1):18.
30. Malmgren L, Ljungdahl S, Bremberg S. Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser. R 2008:37. Statens folkhälsoinstitut, Östersund, 2008.
31. Affenito SG. Breakfast: A missed opportunity. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007;107(4):565-569.
32. Berg U. Barn och unga. I: FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). Statens Folkhälsoinstitut, R 2008:4. Stockholm, 2008
33. Huurre T, Eerola M, Rahkonen O, Aro H. Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders* 2007;100(1-3):55-64.
34. Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of Affective Disorders* 2003;77(1):41-51.
35. Jen MH, Johnston R, Jones K, Sund ER. Trustful societies, trustful individuals and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. *Health and Place* 2010;16(1):1022-1029.
36. Brodin Låftman S, Östberg V. The pros and cons of social relations: an analysis of adolescents' health complaints. *Social Science & Medicine* 2006;63(3):611-23.

37. Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years: age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2006;15(4):189-198.
38. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, Molcho M, Gaspar de Mato M, Overpeck M, Due P, Pickett W, the HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group and the HBSC Bullying Writing Group. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health* 2009;54:S216-S224.
39. Due P, Merlo J, Harel-Fisch Y, Trab Damsgaard M, Holstein BE, Hetland J, Currie C, Gabhainn SN, Gaspar de Matos M, Lynch J. Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: A comparative cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *American Journal of Public Health* 2009;99(5):907-914.
40. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine* 2010;40(5):717-729.
41. Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis MS. Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry* 2011;26(8):498-503.
42. Medierådet. Ungar & Medier 2010. Fakta om barns och ungas användning och upplevelser av medier. http://www.statensmedierad.se/upload/Rapporter_pdf/Ungar_&_medier_2010.pdf
43. Beckman L, Hagquist C, Hellström L. Does the association with psychosomatic health problems differ between cyberbullying and traditional bullying? *Emotional and Behavioural Difficulties* 2012;17(3-4):421-434.
44. Tingshög P. Migration, stress and mental ill health: Post-migration factors and experiences in the Swedish context. Doktorsavhandling. Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, Hälsa och samhälle. Linköping University Electronic Press 2009.
45. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Rapport 2007:5. Enheten för Socialmedicin och Hälsoekonomi, Centrum för folkhälsa, FORUM för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting, 2007.
46. Conry MC, Morgan K, Curry P, McGee H, Harrington J, Ward M, Shelley E. The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health* 2011;11:692.
47. Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-111-2>

48. Romild U, Risbeck M, Svensson J, Paulsson K, Evans M (red). Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009. Huvudresultat från SWELOGS befolkningsstudie. R 2010:23. Statens folkhälsoinstitut, Östersund, 2010. <http://folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Spel-om-pengar-och-spelproblem-i-Sverige-20082009-Huvudresultat-fran-SWELOGS-befolkningsstudie/>
49. Stickle A, Carlson P. Factors associated with non-lethal violent victimization in Sweden in 2004-2007. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010;38:404-410.
50. Lindström M, Rosvall M. Marital status, social capital, economic stress, and mental health: A population-based study. *The Social Science Journal* 2012,49(3):339–342.
51. de Wit LM, van Straten A, van Herten M, Penninx BWJH, Cuijpers P. Depression and body mass index, a u-shaped association. *BMC Public Health* 2009,9:14.