

EN KUNSKAPSÖVERSIKT

**Begrepp,
mätmetoder och
förekomst** av psykisk
hälsa, psykisk ohälsa
och psykiatriska
tillstånd hos
barn och unga

Sven Bremberg Christina Dalman

FORMAS, FORTE, VETENSKAPSRÅDET och VINNOVA står bakom den här skriften. De fyra myndigheterna finansierar gemensamt en satsning på forskning inom barn- och ungdomspsykiatri. Under perioden 2012 till 2017 avsätter dessa myndigheter 300 miljoner kronor till forskning inom området.

En bra bas för fortsatta samtal

FÖR ATT SKAPA bättre kunskap om psykisk hälsa bland barn och ungdom har Formas, Forte, Vetenskapsrådet och VINNOVA sedan några år gått samman i en satsning på forskning inom området. Ett antal forskningsprogram och projekt belyser nu dessa frågor i ett tvärvetenskapligt perspektiv. I samband med att pågående projekt följs upp har det väckts behov av en mer grundläggande genomgång av begrepp, definitioner och statistik inom området.

Förekomsten av psykiska problem bland barn och ungdomar diskuteras mycket, och det finns en allmän uppfattning om att dessa problem ökar. Ibland sammanblandas olika begrepp i debatten, och det råder inte full klarhet i vad som menas med psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd. Frågan är också hur dessa tillstånd mäts och hur utveckling över tid kan beskrivas på ett tillförlitligt sätt.

För att få en tydligare grund att stå på i det fortsatta arbetet med forskningssatsningen har de fyra finansierarna tagit initiativ till denna kunskapsöversikt. Gemensamma definitioner är viktiga för att bedriva forskning inom området och för att föra en konstruktiv dialog på samhällsnivå. Det behövs flera slags insatser för att barn och unga ska må bra: sådana som främjar psykisk hälsa samt sådana som förebygger och behandlar psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd. Bara om vi är överens om grundbegrepp och mätmetoder går det att utvärdera vilka insatser som är mest effektiva och sedan diskutera och implementera resultaten.

I den här skriften ges en bild av kunskapsläget när det gäller begrepp inom området, metoder för att mäta förekomst och beskrivningar av utvecklingen av förekomsten över tid. Översikten avser primärt åldrarna noll till arton år vilket är barnkonventionens definition av barn. I Sverige är ungdomar i åldrarna tretton till tjugofem år, enligt Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Några delar av framställningen behandlar därför även ungdomar över arton års ålder.

Vi har velat göra översikten tillgänglig och intressant för en bred målgrupp, så att alla som har att göra med barns välmående känner sig inbjudna att ta del av den. Författarna Christina Dalman och Sven Bremberg har förtjänstfullt skrivit texten utifrån det syftet.

Vi hoppas att denna insats bidrar till att sprida kunskaper inom området.



INGRID PETERSSON
Generaldirektör, Formas



EWA STÅLLDAL
Generaldirektör, Forte



SVEN STAFSTRÖM
Generaldirektör, Vetenskapsrådet



CHARLOTTE BROGREN
Generaldirektör, VINNOVA

INNEHÅLL

3

Inledning

6

Författarnas inledning och slutsats

Sammanfattning: Vad innebär begreppen?

Sammanfattning: Vilka mätmetoder finns?

Sammanfattning: Hur vanliga är dessa tillstånd?

10

Begreppen psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd

Inledning. En illustration över hur begreppen överlappar varandra.

Begreppet psykisk hälsa. Genomgång av vad psykisk hälsa är från psykologen Marie Jahoda till amerikanska hälsomyndigheten CDC and Prevention, WHO, Europakommissionen och Sveriges kommuner och landsting.

Begreppet psykisk ohälsa. Genomgång av vad psykisk ohälsa är enligt Europakommissionen, Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting samt SBU.

Begreppet psykiatriska tillstånd. Presentation av diagnossystemen ICD och DSM.

16

Att mäta förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd

Inledning. För att mäta psykisk hälsa, psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd hos en individ eller i en befolkning kan man använda sig av enkäter, intervjuer och hälsodataregister. Men hur ska resultaten tolkas? I inledningen problematiseras detta.

Att mäta psykisk hälsa. Presentation av en skala i Kidscreen-52 och Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, Skolbarns hälsovanor, Stockholmsenkäten, Barn-LNU i SCB:s Barn-ULF, SCB:s ULF/SILC och Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät.

Att mäta psykisk ohälsa. Presentation av Child Behaviour Checklist, Youth Self Report, Strengths and Difficulties Questionnaire och skalor i

Kidscreen-52 samt undersökningarna Skolbarns hälsovanor, Nordic Youth Study, SCB:s Barn-ULF och Stockholmsenkäten.

Att mäta psykiatriska tillstånd. Kort om hur diagnossystemen ICD och DSM används, kompletterade av DC 0-3 R. Kort idéhistorisk genomgång av hur synen på sjukt och friskt har varierat samt en beskrivning av hur synsättet på det som i dag kallas ADHD.

Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser hos barn inom vården.

Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser i en befolkning.

28

Förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd

Inledning. Väl genomförda studier, som är baserade på vedertagna mätinstrument för att mäta förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd i Sverige är sällsynta. Breda befolkningsbaserade studier som följer utvecklingen över tid saknas helt.

Förekomsten av psykisk hälsa. Beskrivning av vad som visas i SCB:s Barn-ULF, Stockholmsenkäten, kartläggning av studier om nordiska barns och ungdomars psykiska hälsa, en europeisk studie, Skolbarns hälsovanor och en Unicef-studie.

Förekomsten av psykisk ohälsa. Beskrivning av vad som visas i SCB:s Barn-ULF, Stockholmsenkäten, SDQ i en europeisk studie, SDQ i Grodan, Skolbarns hälsovanor, Folkhälsorapporten 2009 och Kungliga Vetenskapsakademien.

Förekomsten av psykiatriska tillstånd. Här beskrivs förekomsten av ADHD, alkohol- och drogrelaterade diagnoser, autismspektrumtillstånd, depression och dystemi, mental retardation, schizofreni och andra psykossjukdomar, suicidförsök och självskaðebeteende, suicid, ångest och ätstörningar.

44

Referenser

49

Bilagor

En summering av ett brett kunskapsområde

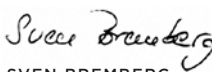
BARNS OCH UNGDOMARS psykiska ohälsa har fått betydande uppmärksamhet under de senaste decennierna. Det finns en generell uppfattning om att problemen har ökat, även om det är svårt att vetenskapligt belägga att det har skett en sådan förändring över tid. Detta konstaterades 2010 i en rapport från Kungliga Vetenskapsakademien, som brett om en genomgång av kunskapsläget inom området (1). Det är dock uppenbart att psykiska problem har stor betydelse för folkhälsan. WHO rankar psykisk sjuklighet som det sjukdomsområde som står för den tredje mest betydande sjukdomsburden i Europa, efter kranskärslsjukdom och cancer (2). Det är tyvärr också uppenbart att det råder osäkerhet kring innebörden av de begrepp som används för att beskriva problemen.

Kunskapsområdet är brett och präglas av strömningar från filosofi, sociologi, psykologi och medicin. Det är omöjligt att göra en översikt där alla känner igen sig. Det finns många snarlika begrepp, som psykiskt välbefinnande, nedsatt psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykisk sjukdom. För den intresserade finns en översikt av terminologin i en rapport från Chief Medical Officer i Storbritannien (3). Vi har valt att använda följande tre begrepp: psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd. I de fall vi

citerat en undersökning som använt annan terminologi har vi använt de citerades vokabulär.

Målet med den här skriften är att sammanställa kunskapen om vad dessa begrepp betyder, hur man mäter förekomst och hur förekomsten av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd ser ut. Detta ska presenteras så översiktligt och lättfattligt som möjligt, så att så många som möjligt känner sig inbjudna att ta del av kunskaperna.

Översikten är indelad i tre avsnitt utifrån detta: ett om begreppen, ett om mätverktyg och ett om förekomst. Översikten handlar framför allt om barn och unga i åldrarna noll till arton år, vilket är barnkonventionens definition av barn (4). I Sverige definieras ungdom som åldrarna tretton till tjugofem år (5). Några delar av framställningen behandlar därför även ungdomar över arton års ålder.



SVEN BREMBERG

Barnläkare, expert i hälsofrågor som rör barn, unga och psykisk hälsa vid Folkhälsomyndigheten samt docent i socialmedicin vid Karolinska Institutet.



CHRISTINA DALMAN

Överläkare i socialmedicin, enhetschef på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin samt professor i psykiatrisk epidemiologi vid Karolinska Institutet.

SLUTSATS

Vi behöver ha kunskap om de olika begreppen för att kunna bedriva forskning och i framtiden kunna verka för insatser av god kvalitet. Insatser på alla nivåer är nödvändiga: vi behöver främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och behandla psykiatriska tillstånd. Här behövs forskning för att förstå vilka insatser som har bäst effekt på respektive nivå.

Väl genomförda studier som är representativa för landet och som kan mäta regionala skillnader är sällsynta. För framtiden är det av värde att förbättra våra kunskaper om förekomsten av psykisk hälsa, ohälsa och psykiatriska tillstånd. Vi behöver också öka kunskaperna om hur dessa tillstånd är relaterade till varandra och till psykiatrisk vårdkonsumtion.

Den psykiatriska vårdkonsumtionen har ökat betydligt mer än den självrapporterade psykiska ohälsan bland barn och ungdomar hittills under 2000-talet. Det rör sig visserligen om olika tillstånd mätta i delvis olika befolkningar, men det är av stort intresse att i framtiden försöka förstå denna diskrepans.

Psykisk ohälsa och psykiatrisk vårdkonsumtion är vanligare bland flickor än bland pojkar i tonåren. Däremot är självmord, som kan ses som den yttersta konsekvensen av psykiskt lidande, vanligare bland pojkar. Detta är också angeläget att få större kunskaper om.

SAMMANFATTNING:

Vad innebär begreppen?

VAD BEGREPPET PSYKISK hälsa innefattar debatteras på forskarnivå. Genomgående är att flera dimensioner av välmående ingår, som till exempel emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande. En begreppsförklaring, som dock inte är praktiskt användbar i forskningssammanhang, är WHO:s ofta citerade definition från 2001. Den **psykiska hälsan** definieras här som ett tillstånd av mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i. Psykisk hälsa innefattar alltså något mer än frånvaro av psykisk ohälsa, och inbegriper både individens upplevelse och relationen mellan individen och det sociala sammanhang hon eller han lever i.

Begreppet **psykisk ohälsa** används som en samlande beteckning för mindre allvarliga

psykiska besvär, som till exempel oro och nedstämdhet, och mer allvarliga symtom, som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. De psykiska besvären, som till exempel oro och nedstämdhet, kan vara normala reaktioner på en påfrestande livssituation och är ofta övergående. Det är viktigt att inte sjukdomsförklara det som är normala reaktioner i livet, samtidigt som tidig identifiering av psykiatriska tillstånd kan påverka prognosen positivt.

Psykiatriska tillstånd är således en form av allvarlig psykisk ohälsa som tar sig i uttryck i ett syndrom som kan verifieras utifrån olika diagnostiska kriterier. I Sverige används officiellt WHO:s International Classification of Diseases, ICD, som innehåller ett hundratal olika psykiatriska diagnoser.

»Det råder osäkerhet kring vad som avses med begreppen psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd. Men gemensamma definitioner är viktiga för en bra dialog mellan forskare, politiker, allmänhet och personer som arbetar inom fältet.«

SAMMANFATTNING:

Vilka mätmetoder finns?

DET SAKNAS METODER för att göra en samlad skattning av **psykisk hälsa**, eftersom de dimensioner som ingår i begreppet delvis är fristående från varandra. Det är exempelvis inte självklart att gott välbefinnande automatiskt medför att en individ också kan arbeta produktivt. De undersökningar som rör barns psykiska hälsa i Sverige fokuserar främst på dimensionen emotionellt välbefinnande. Enstaka frågor ingår i SCB:s regelbundna undersökningar av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF, i Skolbarns hälsovanor samt i Stockholmsenkäten. Ett instrument som utvecklats för att mäta barns livskvalitet inom EU, Kidscreen-52, innehåller en modul som mäter välbefinnande. Denna ingick i 2009 års riksomfattande totalundersökning av barns psykiska hälsa och ohälsa, Grodan.

När det gäller olika former av **psykisk ohälsa** finns ett flertal frågeinstrument för att skatta förekomst hos barn och unga. Vissa är utformade för generell screening, medan andra är inriktade på diagnostik och symtomskattning. Instrumenten har vid sällsynta tillfällen använts i nationellt representativa befolkningsundersökningar. Ett exempel är Strengths and Difficulties questionnaire, SDQ, som ingick i den nationella kartläggningen av barns psykiska hälsa och ohälsa kallad Grodan samt i en tvärsnittsstudie där tolv olika europeiska länder jämfördes, däribland Sverige. Utöver instrument finns enstaka frå-

gor som skattar förekomst av psykisk ohälsa i allmänhet, utan anspråk på strikta definitioner av ohälsa, vilka exempelvis återfinns i SCB:s undersökningar av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF, och i Skolbarns hälsovanor. I den senare ingår frågor om barnen känt sig nere, nervösa eller irriterade.

För att klassificera **psykiatriska tillstånd** i Sverige används ICD, International Classification of Diseases, som inkluderar diagnoser som till exempel depression, schizofreni och generaliserad ångest. För varje diagnos finns ett antal kriterier uppställda som avspeglar en samling psykiatriska symtom som ofta uppträder tillsammans och som har visat sig svara gynnsamt på viss behandling. Det finns inga specifika undersökningar man kan göra för att fastställa diagnoserna. Inom BUP ställer man diagnoser genom kliniska bedömningar och skattning av symtom i relation till kriterierna, medan strukturerade diagnostiska intervjuer används mer sällan. I befolkningsstudier använder man optimalt en kombination av instrument som screenar för olika tillstånd och intervjuer av de personer vars svarsmönster tyder på risk för ett psykiatriskt tillstånd. Socialstyrelsens Patientregister är en annan källa för att skatta förekomst av psykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar men registret har flera begränsningar.

SAMMANFATTNING:

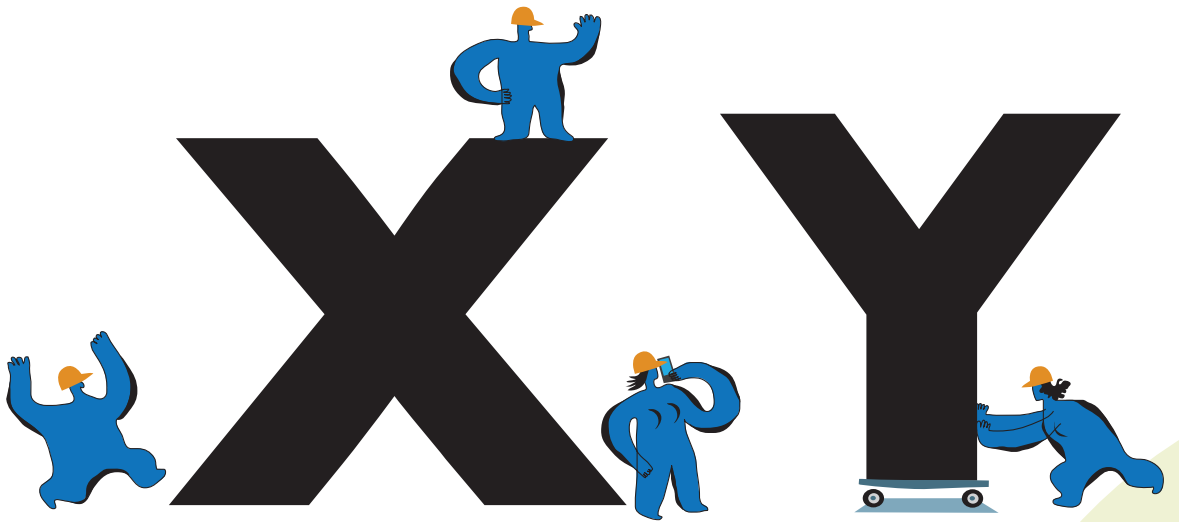
Hur vanliga är dessa tillstånd?

DET FÖRELIGGER INGA befolkningsstudier i Sverige som hos barn undersöker alla dimensioner som ingår i psykisk hälsa, till exempel emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande. Enligt de undersökningar som finns, som i huvudsak mäter indikatorer på emotionellt välbefinnande, är den självskattade **psykiska hälsan** hos barn och ungdomar i Sverige som helhet god. Exempelvis tycker cirka 70 procent av pojkar och 65 procent av flickor i Stockholm att det ofta är riktigt härligt att leva. I SCB:s undersökning Barn-ULF, som omfattar hela riket bekräftar 99 procent påståendet *tror jag kommer få det bra i framtiden*. Flickor anger psykisk hälsa i något lägre grad jämfört med pojkar. Andelen barn och ungdomar som anger psykisk hälsa tycks vara stabil under de senaste åren. Jämfört med andra, i huvudsak industrialiserade länder, placerar sig Sverige enligt genomsnittet eller bättre vad gäller förekomst av psykisk hälsa.

De flesta mätningar av **psykisk ohälsa** bland barn och unga i Sverige är inte utförda med beprövade instrument, utan med enstaka frågor eller påståenden. Utifrån dessa undersökningar anger mellan 4 och 40 procent psykisk ohälsa. Exempelvis anger en fjärdedel av barn och ungdomar att de ofta är spända och nervösa, och över 35 procent av femtonåriga flickor har känt sig nere mer än en gång i veckan de senaste sex månaderna. Flickor anger mer psykisk ohälsa än pojkar. Förekomsten av psykisk ohälsa, framförallt hos flickor, verkar ha ökat sedan 1980-talet men det vetenskapliga underlaget har vissa brister. Skolbarns hälsovanor är den enda undersökningen med längre uppföljningstid,

från år 1985 till 2013/2014. Studien inkluderar 1 500 barn från vissa skolklasser vid varje undersökningstillfälle. Den visar en ökning av den psykiska ohälsan från 1985 till mitten och slutet av 2000-talets första decennium följt av en viss minskning eller stabilisering. Detta stöds också av resultaten från Barn-ULF. Preliminära resultat från senaste mätningen av Skolbarns hälsovanor 2013/14 visar dock en ökning igen, framförallt bland tonårsflickor. Sverige placerar sig ungefär genomsnittligt vid jämförelse med andra industrialiserade länder vad gäller förekomsten av psykisk ohälsa.

De vanligaste **psykiatriska tillstånden** hos barn är ADHD och depression, som båda förekommer hos mellan 5 och 8 procent av svenska barn, samt autismspektrumtillstånd, som förekommer hos mellan 1 och 1,5 procent av svenska barn. Utifrån dessa uppgifter kan man förvänta sig att cirka 10 procent av barn och unga vid en given tidpunkt har ett psykiatriskt tillstånd. Det finns få tillförlitliga studier om utveckling över tid, och det är därför oklart om förekomsten har ökat i befolkningen. Det är däremot tydligt att vårdkonsumtionen för psykiatriska tillstånd ökat kraftigt bland barn och ungdomar under många år. Ett undantag vad gäller vårdkonsumtionsmönster är andelen vårdade för självmordsförsök, som ökade fram till år 2007 men som sedan minskat. Kvinnor är i majoritet. Ett observandum är att andelen fullbordade självmord främst sker bland män. Ett annat observandum är att i Sverige har självmorden bland femton- till nittonåringar ökat något, till skillnad från situationen i övriga Europa där dödligheten sjunkit.



Begreppen

*psykisk hälsa, psykisk ohälsa
och psykiatriska tillstånd*

12

Inledning. Ett resonemang om varför det behövs kunskap om grundbegreppen psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd samt en illustration över hur begreppen överlappar varandra.

13

Begreppet psykisk hälsa. En kort genomgång vad psykisk hälsa är från psykologen Marie Jahoda till amerikanska hälsomyndigheten, WHO, Europakommissionen och Sveriges kommuner och landsting.

14

Begreppet psykisk ohälsa. En kort genomgång av vad psykisk ohälsa är enligt Europakommissionen, Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting samt Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU.

15

Begreppet psykiatriska tillstånd. En kort presentation av de diagnos-system som används för att beskriva psykiatriska tillstånd, ICD och DSM.

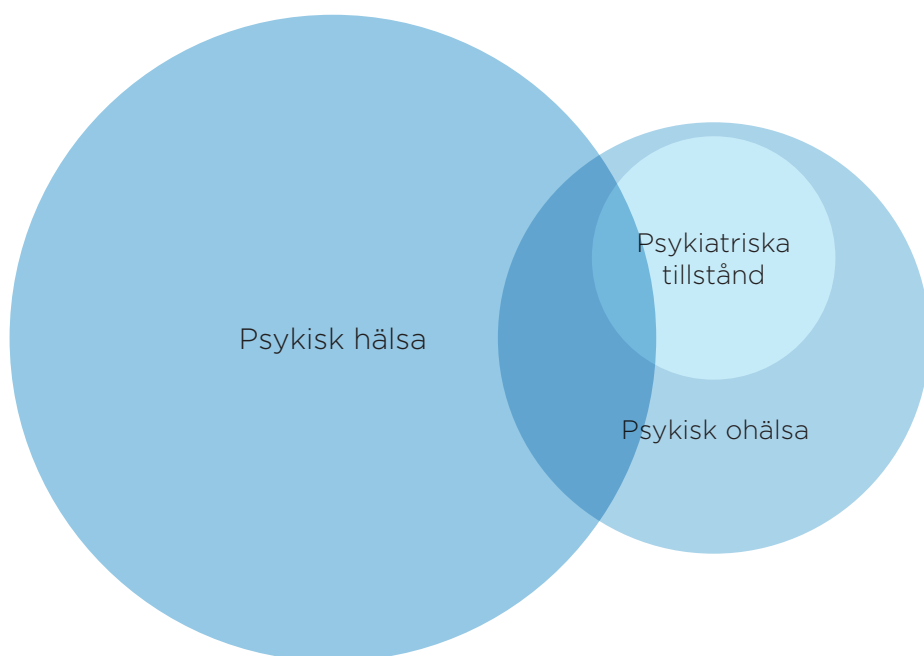
Inledning

OSÄKERHET KRING BEGREPPET

Det behövs gemensamma definitioner för att så bra som möjligt kunna diskutera ämnet och kunna göra utvärderingar inom området. I detta kapitel följer en genomgång av de definitioner som finns inom fältet.

DET RÅDER OSÄKERHET kring vad som avses med begreppen psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd. Men gemensamma definitioner är viktiga för en bra dialog mellan forskare, politiker, allmänhet och personer som arbetar inom fältet. Detta ställs på sin spets när insatser på olika nivåer övervägs: hälsofräm-

jande för att förbättra den psykiska hälsan, prevention för att motverka psykisk ohälsa och behandling och rehabilitering vid etablerade psykiatriska tillstånd. Vilka metoder är mest ändamålsenliga för att befolkningen ska må bra? För att kunna diskutera detta och utföra utvärderingar av insatser behövs kunskap om grundbegreppen.



Så överlappar begreppen varandra

Schematisk illustration av förhållandet mellan psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd.

Begreppet psykisk hälsa

VAD ÄR PSYKISK HÄLSA?

Definitionerna av psykisk hälsa är mindre tydliga men de flesta är överens om att det är något annat än frånvaro av psykisk ohälsa. Psykisk hälsa beskrivs som ett tillstånd där flera dimensioner av individens tillvaro är välfungerande, så att individen känner glädje, mår bra med sig själv, med andra och i förhållande till samhället. Psykisk hälsa och psykisk ohälsa kan förekomma samtidigt hos en individ, enligt vissa forskare.

VAD PSYKISK HÄLSA är, vilka aspekter begreppet innehåller och hur dessa ska mätas är svårt att precisera och frågan debatteras på forskarnivå (6). Filosofi, psykologi, medicin och sociologi har alla olika utgångspunkter (3). Dessutom är kunskapsområdet relativt ungt. Ett förvirrande faktum är också att begreppet psykisk hälsa ibland används synonymt med psykisk ohälsa eller som ett paraplybegrepp för både positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa.

Ändå finns allmänna föreställningar om vad psykisk hälsa är. De bygger på universella värderingar om livsglädje, förmåga att hantera stress och sorg, uppfyllandet av mål och möjligheter och en känsla av samhörighet med andra.

MARIE
JAHODA

Marie Jahoda

En pionjär inom området psykisk hälsa var psykologen Marie Jahoda som år 1958 sammanställde litteraturen inom ämnet och beskrev den psykiska hälsan som ett flerdimensionellt fenomen som består av sex aspekter (7): individens inställning till sig själv, personlig utveckling och självförverkligande, en inre balans i personligheten, autonomi och självbestämmande, en adekvat verklighetsuppfattning och individens förmåga att bemästra tillvaron.

Många av hennes efterföljare är av samma uppfattning och anser också att den psykiska hälsan rymmer flera dimensioner, men innehållet i de olika dimensionerna skiljer sig åt.

»*Psykisk hälsa är något annat än frånvaro av psykisk ohälsa.*«

Centers for Disease Control and Prevention, CDC

Den amerikanska hälsomyndigheten, Centers for Disease Control and Prevention, CDC, särskiljer tre dimensioner av psykisk hälsa: emotionellt

välbefinnande, psykologiskt välbefinnande och socialt välbefinnande (8). Emotionellt välbefinnande innefattar bland annat upplevelse av tillfredsställelse med livet, lycka, gladlythet och en känsla av lugn.

Psykologiskt välbefinnande innefattar till exempel en upplevelse av att kunna acceptera sig själv, öppenhet för nya erfarenheter, optimism, hoppfullhet, mål i livet, upplevelse av kontroll, andlighet, självkänsla och förmåga till att utveckla positiva relationer med andra människor. Socialt välbefinnande innefattar en upplevelse av att vara socialt accepterad, att ha tilltro till andra människor, till samhället som helhet, till den egna förmågan att kunna bidra till samhället i stort och att ha en känsla av tillhörighet till samhället.

WHO

Den mest citerade definitionen är World Health Organisations, WHO:s, definition från år 2001 (9). Den är inte användbar inom forskningen eftersom den är oprecis, men sammanfattar begreppet.

Definitionen lyder så här: Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community. Den psykiska hälsan definieras således som ett tillstånd med mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna

WHO

möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i. Psykisk hälsa innebär således mer än frånvaro av psykisk ohälsa. Definitionen ansluter till WHO:s övergripande definition av hälsa som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom (10). Definitionen ansluter också till Aristoteles uppfattning om ett gott liv: människans uppgift är använda sina förmågor och att göra detta så väl som möjligt (11).

WHO:s definition av psykisk hälsa inbegriper både individens egen upplevelse av välbefinnande och relationen mellan individen och det sociala sammanhang hon eller han lever i. Individens möjligheter till förverkligande, och möjligheterna till att leva ett produktivt liv är inte bara beroende av individen själv utan även av det omgivande samhället.

Europakommissionen, SKL och KVA

Både Europakommissionen (12) och Sveriges kommuner och landsting, SKL, (13) definierar psykisk hälsa på liknande sätt som WHO. Kungliga Vetenskapsaka-

EUROPA-KOMMISSIONEN, SKL OCH KVA

demin, KVA, genomförde under åren 2006 till 2011 ett projekt med syfte att systematiskt kartlägga och granska kunskapsläget kring barn och ungas psykiska hälsa (1). KVA ansluter sig till

WHO:s definition och anger att positiv psykisk hälsa innefattar ett socialt och ekonomiskt produktivt liv, tillfredsställelse med livet, lycka, självförtroende och förmåga att klara av problem.

Enligt WHO:s definition är således frånvaro av ohälsa en förutsättning, om än en otillräcklig sådan, för hälsa. Men många som arbetar inom fältet psykisk ohälsa tänker i delvis andra banor. **Enligt ett sådant synsätt kan psykisk hälsa förekomma samtidigt som psykisk ohälsa** (14, 15) och detta är en viktig aspekt i omhändertagandet. Bedömning av hälsostatus bör kanske därför spegla båda dessa aspekter.

Begreppet psykisk ohälsa

VAD ÄR PSYKISK OHÄLSA?

Psykisk ohälsa är en samlande beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos.

Europakommissionen, SKL och KVA

Enligt en definition från Europakommissionen är begreppet psykisk ohälsa en samlande beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos (12). Europakommissionen formulerar det så här på engelska: Mental ill health includes mental health problems and strain, impaired functioning associated with distress, symptoms, and diagnosable mental disorders.

EUROPAKOMMISSIONEN, SKL OCH KVA

Socialstyrelsen och SKL

Denna syn delas av Socialstyrelsen (16) och av SKL, (13) som båda anger att psykiska besvär innebär tillstånd då människor visar tecken på psykisk obalans eller har symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan, beroende av typ och omfattning, i olika grad påverka funktionsförmågan. Psykisk ohälsa omfattar således symtom som kan men inte nödvändigtvis behöver vara så omfattande att det går att ställa en psykiatrisk diagnos. Ofta kan symtom på psykisk ohälsa uppfattas som normala reaktioner på en påfrestande livssituation, och besvären är oftast övergående. Det är viktigt att inte sjukdomsförklara det som är normala reaktioner

i livet samtidigt som tidig identifiering av allvarliga tillstånd kan påverka prognosen positivt.

Att ha psykisk ohälsa som inte uppfyller kriterier för psykiatriska tillstånd innebär dock en klart ökad risk för att utveckla sådana. I en rapport från Socialstyrelsen (16) fann man att personer mellan sexton och tjugonio år som rapporterade oro, ångslan och ångest fem år därefter oftare hade sämre ekonomi och mer psykiatriska tillstånd inklusive självskador än jämnåriga som inte rapporterat sådana besvär. Även självrapporterade besvär med magont och huvudvärk i tonåren har visats vara starkt kopplade till depression och andra allvarliga psykiatriska tillstånd senare i livet (16).

SOCIAL-
STYRELSEN
OCH SKL

»Psykisk ohälsa är ett sammanfattande begrepp för mindre allvarliga psykiska problem och sådana som uppfyller diagnoskriterier för psykiatriska tillstånd.«

Statens beredning för medicinsk vetenskap, SBU Kungliga Vetenskapsakademien gav Statens beredning för medicinsk vetenskap, SBU, i uppdrag att analysera effekter av metoder som syftar till att förebygga psykisk ohälsa (17). I slutrapporten använder SBU Barnpsykiatrikommitténs, SOU 1998:31, definition som anger att psykisk ohälsa är symtom som är varaktiga, som hindrar den unga personen från att fungera och utvecklas optimalt och som orsakar lidande.

I både forskning och klinisk vardag är det vanligt att dela upp psykisk ohälsa hos barn i två huvudkategorier: **utagerande och inåtvända problem**. Utagerande problem inkluderar hyperaktivitet, impulsivitet och aggressivitet medan inåtvända problem omfattar oro, depressiva symtom, psykosomatiska symtom som huvudvärk eller magont samt självska-
debetående. En tredje kategori är uppmärksamhetsstörningar som inkluderar till exempel svårigheter med mental uthållighet och att vara lätt distraherad av yttre stimuli.

SBU

Begreppet psykiatriska tillstånd

VAD ÄR PSYKIATRISKA TILLSTÅND?

Ett psykiatriskt tillstånd uppfyller olika diagnostiska kriterier. Två etablerade diagnossystem är ICD, som WHO står bakom, och DSM, som den amerikanska psykiatriska yrkesföreningen står bakom.

ICD OCH
DSM

ICD och DSM

Psykiatriska tillstånd är en form av allvarlig psykisk ohälsa som tar sig i uttryck i ett syndrom som värden kan känna igen utifrån olika diagnostiska kriterier (18). Ett sådant diagnosystem är

WHO:s International Classification of Diseases, ICD. I denna diagnosmanual definieras de olika psykiatriska diagnoserna i ett särskilt kapitel, Foo-F99. Ett annat utbrett diagnosystem är Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM,

som ges ut av American Psychiatric Association, APA. Kliniskt har DSM:s manualer betydelse även utanför USA, men officiellt är det ICD som används för att ställa diagnoser i den svenska sjukvården.

»Psykiatriska tillstånd uppfyller diagnostiska kriterier enligt etablerade diagnossystem.«



Att mäta förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd

18

Inledning. För att mäta psykisk hälsa, psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd hos en individ eller i en befolkning kan man använda sig av enkäter, intervjuer och hälsodataregister. Men hur ska resultaten tolkas? I inledningen problematiseras detta.

19

Att mäta psykisk hälsa. En kort presentation av några viktiga mätverktyg, en skala i Kidscreen-52 och Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, samt undersökningarna Skolbarns hälsovanor, Stockholmsenkäten, Barn-LNU i SCB:s Barn-ULF, SCB:s ULF/SILC och Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät.

21

Att mäta psykisk ohälsa. En kort presentation av några viktiga mätverktyg, Child Behavior Checklist, Youth Self Report, Strengths and Difficulties Questionnaire och skalor i Kidscreen-52 samt undersökningarna Skolbarns hälsovanor, Nordic Youth Study, SCB:s Barn-ULF och Stockholmsenkäten.

23

Att mäta psykiatriska tillstånd. En kort beskrivning av hur de diagnostiska systemen ICD och DSM används, kompletterade av DC 0-3 R. Även en kort idéhistorisk genomgång av hur synen på sjukt och friskt har varierat samt en beskrivning av hur synsättet på det som i dag kallas ADHD har förändrats sedan början av 1900-talet.

25

Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser hos barn inom vården. En kort beskrivning av vilka diagnostiska metoder som används i dag och vad som bör ingå i en anamnes inom barn- och ungdomspsykiatrin.

26

Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser i en befolkning. För att fastställa förekomsten av psykiatriska diagnoser på befolkningsnivå kan man använda sig av enkäter och/eller intervjuer i stora urval eller av hälsodataregister. Här görs en kort genomgång av vilka instrument, metoder och källor som finns inom området.

Inledning

HUR MÄTER MAN DESSA TILLSTÅND?

För att mäta psykisk hälsa, psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd hos en individ eller i en befolkning kan man använda sig av enkäter, intervjuer och hälsodataregister. I nästa led ska informationen tolkas – är förekomsten för hög eller acceptabel? För att få till en sådan tolkning krävs en accepterad norm för hur hög förekomst som är godtagbar. Är det till exempel önskvärt att hela befolkningen ständigt har full psykisk hälsa, eller kan viss psykisk ohälsa under perioder av livet höra till den mänskliga existensen? Sådana frågor är svåra att hitta svar på. I brist på sådan norm är det i stället vanligt att göra jämförelser mellan olika grupper, där förekomst av dessa tillstånd jämförs efter till exempel kön, ålder eller social position, alternativt över tid eller mellan olika länder.

UPPGIFTER OM PSYKISK hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd kan inhämtas med hjälp av enkäter, intervjuer och från hälsodataregister. Vid enkäter och intervjuer används ofta en fast uppsättning av utprövade frågor, ofta kallat frågeinstrument, läs mer i bilaga 1 och 2. Den som svarar kan vara den person som berörs eller någon närstående, exempelvis föräldrar eller lärare. Svaren vägs samman till en eller flera poängsummor. Om resultatet av undersökningen gäller förekomst av en viss psykiatrisk diagnos bearbetas uppgifterna ytterligare för att avgöra om kriterierna för diagnosen är uppfyllda.

Enkäter kan ge detaljerad information men är tids- och kostnadskrävande. Svarefrekvensen är ofta låg vilket kan påverka undersökningens trovärdighet.

Hälsodataregister är en resurseffektiv källa för information men är skapade av administrativa skäl och detaljnivån är låg. Dessutom är mörkertalen för psykisk ohälsa stora eftersom långt ifrån alla söker vård för sina problem.

De begrepp som används i samband med olika populationsundersökningar som genomförs är oftast normativa, där psykisk hälsa uppfattas som önskvärd och psykiska problem och psykiatriska diagnoser som icke önskvärda. Det underliggande motivet för kartläggningar och andra studier är ytterst att främja det önskvärda och reducera det som inte är önskvärt. Därför tolkas de uppgifter som framkommer för att avgöra om de besvär som beskrivits faller inom eller utanför ramen för vad som är önskvärt.

En möjlig norm skulle kunna vara att alla individer upplever fullständig psykisk hälsa, det vill säga att allt som anges i WHO:s definition av psykisk hälsa är uppfyllt för alla individer. En amerikansk studie visar dock att endast 17 procent av den vuxna befolkningen uppfyller WHO:s kriterier för psykisk hälsa (9), läs mer i avsnittet om begreppet psykisk hälsa. Att så få personer har psykisk hälsa enligt denna måttstock behöver principiellt sett inte utgöra hinder för att använda den som norm, men för att få legitimitet krävs att man kan enas kring en riktlinje vilket är mycket svårt. Liknande svårigheter gäller för att fastställa en norm för psykisk ohälsa. Det skulle kunna vara möjligt att slå fast som önskvärt att ingen person någon gång ska behöva uppleva psykiska problem. En omedelbar invändning skulle då kunna vara att många uppfattar psykisk ohälsa som en integrerad del av

» Vilken nivå av psykisk ohälsa hör ihop med att vara människa? Detta är en svår fråga att finna svar på.«

existensen som människa, det vill säga som normala reaktioner på livets betingelser.

Eftersom det är svårt att fastställa normer för psykiska hälsa och ohälsa är det i stället vanligt att göra

jämförelser. Jämförelsen kan göras mellan olika grupper inom ett samhälle, exempelvis efter kön, ålder eller social position. Andra jämförelser kan gälla utveckling av förekomst över tid eller mellan olika länder.

Att mäta psykisk hälsa

HUR MÄTS PSYKISK HÄLSA HOS BARN OCH UNGA?

Det finns inget mått som mäter alla dimensioner av psykisk hälsa, som emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande. De mätverktyg som finns mäter olika dimensioner separat och framför allt är det emotionellt välbefinnande som skattas. Det är inte heller vanligt att psykisk hälsa mäts i de studier av barn och ungdomar som görs i Sverige.

DET FINNS FÖRESTÄLLNINGAR om att det skulle kunna gå att beskriva en individs psykisk hälsa med ett enda mått. Det saknas dock metoder för att göra en sådan samlad skattning. Ett viktigt skäl är att de dimensioner som ingår i begreppet delvis är fristående från varandra. Det är exempelvis inte självfallet att gott välbefinnande automatiskt medför att en individ också kan arbeta produktivt. Det krävs därför att enskilda dimensioner skattas separat, exempelvis som emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande, enligt den amerikanska hälsomyndigheten CDC:s synsätt, läs mer i avsnittet om begreppet psykisk hälsa.

Mått på psykisk hälsa är inte vanligt förekommande i studier av barn och ungdomar. Inget av de frågeinstrument som i dag används i Sverige på barn och unga gör en sammanvägd skattning av de olika dimensionerna av psykisk hälsa, det vill säga en skattning av både individens välbefinnande och individens möjligheter. Det som förekommer är att olika aspekter skattas separat, utan anspråk på att avspegla samtliga dimensioner av psykisk hälsa. De undersökningar som rör barns psykiska hälsa i Sverige fokuserar främst på dimensionen emotionellt välbefinnande.

Kidscreen-52 och Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS

En tysk forskargrupp har utvecklat ett väl genomarbetat instrument kallat Kidscreen-52 (19) för att inom EU mäta barns livskvalitet. Instrumentet omfattar totalt 52 frågor och mäter tio dimensioner av livskvali-

KID-
SCREEN-52
OCH
WEMWBS

tet, däribland psykologiskt välbefinnande. Där ingår frågor om förra veckan: *Var ditt liv bra? Kände du dig nöjd med ditt liv? Var du på gott humör? Kände du dig glad? och Hade du kul?* En psykometrisk analys tyder på att frågorna avspeglar en enda underliggande dimension – emotionellt välbefinnande (20).

Frågorna har använts i Sverige vid den nationella kartläggningen av barns psykiska hälsa/ohälsa som genomfördes år 2009, Grodan. (21). I Storbritannien används ofta Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS, som innehåller fjorton påståenden. Inte heller detta instrument mäter alla dimensioner av psykisk hälsa (22).

Skolbarns hälsovanor, HBSC

En internationell undersökning där Sverige deltar är studien Skolbarns hälsovanor, Health Behaviour in School Children, HBSC. Den samordnas av WHO och de svenska resultaten presenteras av Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor genomförs bland barn i åldrarna elva, tretton och femton år i ett urval av länder vart fjärde år. Sverige deltog första gången år 1985 (23). Där ingår frågorna: *Hur tycker du din hälsa är?* och *Hur trivs du med livet just nu?* som båda avspeglar psykisk hälsa.

SKOLBARNS
HÄLSOVANOR

STOCKHOLMS- ENKÄTEN

Stockholmsenkäten

Stockholmsenkäten är en omfattande lokal hälsoundersökning som genomförs vartannat år i samtliga klasser i grundskolans årskurs nio och i gymnasiets årskurs två i kommunala skolor. Fristående skolor deltar frivilligt, men i stor omfattning. Av enkätens cirka 350 frågor är det endast en fråga som rör den psykiska hälsan: *Hur ofta tycker du att det är riktigt härligt att leva?* (24).

Barn-LNU och SCB:s Barn-ULF

Institutet för Social Forskning vid Stockholms Universitet har utvecklat levnadsnivåundersökningar för barn och ungdomar, Barn-LNU. De genomförs årligen sedan år 2001 inom ramen för Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden, ULF/SILC (25). Den delen där Barn-LNU ingår kallas Barn-ULF. Där får barn och unga själva ta ställning till påståenden som: *är nästan alltid på gott humör, orkar göra mycket, är för det mesta nöjd med mig själv, är nöjd med mitt utseende, tror jag kommer få det bra i framtiden och tycker att hälsan är bra eller mycket bra.*

Sedan decennier genomförs i Sverige regelbundet också andra undersökningar av hälsan i ett bredare perspektiv i representativa urval av främst den vuxna befolkningen. De frågeinstrument som används domineras av frågor om problem. Det finns dock enstaka frågor som kan

BARN-LNU OCH BARN-ULF

relateras till psykisk hälsa. Ett exempel utgör en fråga om *hälsotillståndet är gott* som ingår SCB:s undersökning av levnadsförhållanden, ULF/SILC, (26) där svar för åldersgruppen 16-24 år redovisas separat.

Hälsa på lika villkor och GHQ12

Ett annat exempel är frågan *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* som ingår i Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor som inkluderar åldersgruppen 16-84 år (27). Positiva påstående som exempelvis *Jag har känt mig ganska lycklig på det hela taget* ingår också i instrumentet General Health Questionnaire 12, GHQ12 (28). Detta instrument används brett både internationellt och i Sverige och ingår både i de nationella och regionala folkhälsoenkäterna som alltså inkluderar åldersgruppen 16-84 år. Viktigt att notera är dock att detta instrument utvecklats för att identifiera psykisk ohälsa hos vuxna och att de positivt vinklade frågorna endast inkluderats för att balansera andra negativt vinklade påståenden (31).

Det finns ett flertal instrument för att skatta andra dimensioner av psykisk hälsa. Instrumenten har vanligen utvecklats för studier av vuxna men det finns också barnanpassade versioner. Några exempel är skattningar av känsla av sammanhang och mening (29), känsla av kontroll (30) och självförtroende (31).

HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR OCH GHQ12

»Det saknas användbara metoder för att mäta psykisk hälsa på ett allsidigt och vetenskapligt accepterat sätt.«

Att mäta psykisk ohälsa

HUR MÄTS PSYKISK OHÄLSA HOS BARN OCH UNGA?

Några viktiga mätverktyg som används för att mäta psykisk ohälsa ur ett bredare perspektiv hos svenska barn och ungdomar är Child Behavior Checklist, Youth Self Report, Strengths and Difficulties Questionnaire, skalor i Kidscreen-52 och undersökningarna Skolbarns hälsovanor, Nordic Youth Study, SCB:s Barn-ULF och Stockholmsenkäten.

DET FINNS ETT flertal frågeinstrument för att skatta förekomst av olika former av psykisk ohälsa bland barn och unga. En del är uppbyggda för generell screening medan andra är inriktade på diagnostik och symtomskattning. De instrument som beskrivs nedan är inriktade på generell screening med ett bredare panorama av psykisk ohälsa jämfört med instrument inriktade på specifika symtom, läs mer i bilaga 1 och 2.

Child Behavior Checklist, CBCL

Child Behavior Checklist, CBCL, är utvecklat av en amerikansk psykolog, Thomas Achenbach (32). Instrumentet skattar förekomst av utagerande problem och av inåtvända problem. Formuläret besvaras antingen av föräldrarna eller av lärare. Det finns i en version som gäller barn som är mellan arton månader och fem år och som består av hundra frågor och en version som avser barn i åldrarna sex till arton år som består av 120 frågor. Grundat på svaren beräknas en poängsumma, en summering av separata beräkningar för utagerande och inåtvända problem samt social kompetens. En ytterligare uppdelning av resultatet kan ske i åtta grupper: ångest/depression, tillbakadragen/depression, kroppsliga besvär, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem, regelbrytande och aggressivt beteende. Summor för respektive dimension klassificeras sedan som antingen normala, gränsvärden eller som kliniska. Uppgifter från ett svensk normalmaterial har publicerats (33).

CHILD
BEHAVIOR
CHECKLIST

Youth Self Report, YSR

Thomas Achenbach har också utvecklat ett instrument, Youth Self Report, YSR, där barn i åldrarna elva till arton år själva får besvara frågorna (32), som ansluter till frågorna i CBCL. YSR omfattar 112 frå-

gor om problem uppdelade på nio symtomskalor: oro/depression, tillbakadragen/depression, somatiska besvär, social osäkerhet, tankemässiga problem, uppmärksamhetsproblem, kriminalitet, aggressivitet samt övriga problem. Dessa skalor slås ihop till en internalisering – och externaliseringsskala samt en skala för total problembelastning. Svaren klassificeras på liknande sätt som i CBCL. Uppgifter från ett svensk normalmaterial har publicerats (34).

Metodiken är primärt utvecklad för kliniska studier men används även för undersökningar i hela befolkningen. En begränsning vid användning av YSR i en hel befolkning är att instrumentet diskriminerar dåligt mellan lätt och måttligt problembelastade individer.

Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ

Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ, är ett instrument utvecklat av barnpsykiatern Robert Goodman (35). Instrumentet skattar förekomst av utagerande problem och av inåtvända problem. Det avser barn i åldrarna fyra till sexton år och består av 25 frågor som besvaras av föräldrar eller lärare. En alternativ version avsedd för barn i åldrarna elva till sexton år besvaras av barnen själva. Instrumentet skattar förekomst av utagerande problem och av inåtvända problem. Svaren kan delas upp i fem delskalor: emotionella problem, beteendeproblem, hyperaktivitet/bristande koncentration, kamratproblem och prosocialt beteende. Resultatet från de första fyra skalorna kan summeras till en samlad problemsumma. Uppgifter från ett svensk normalmaterial har publicerats (36).

YOUTH SELF
REPORT

SDQ

Formuläret, översatt till svenska, finns direkt tillgängligt på nätet (37). Frågorna används ofta i Sverige bland annat i den nationella kartläggning av barns psykiska hälsa som genomfördes år 2009, Grodan. (21).

Kidscreen-52

Kidscreen-52 (19), läs mer i avsnittet om att mäta psykisk hälsa, innehåller tio olika dimensioner, däribland bristande välbefinnande och nedstämdhet. Frågorna har använts i Sverige för att mäta nedstämdhet vid den nationella kartläggningen av barns psykiska hälsa som genomfördes år 2009, Grodan. (21).

KIDSCREEN-52

Utöver dess instrument, läs om fler exempel i bilaga 1 och 2, finns undersökningar som skattar förekomst av psykisk ohälsa i allmänhet med hjälp av enskilda frågor, utan anspråk på användning för strikta definitioner av ohälsa. Dessa presenteras nedan.

Skolbarns hälsovanor, HBSC

I studien Skolbarns hälsovanor, Health Behaviour in School Children, HBSC, som mäter barns hälsa vart fjärde år sedan 1985, ingår frågor om psykisk ohälsa. Undersökningen utförs i skolklasser och inkluderar 1500 barn per årskull i årskurs fem, sju och nio. Vissa problem föreligger med generaliserbarhet. Barnen tillfrågas om de haft sömnsvårigheter, om de känt sig nedstämda, irriterade och om de upplevt sig som nervösa. Det finns också frågor huvudvärk, magvärk och om smärtor i ryggen som kan tolkas som indikatorer på psykosomatiska besvär (23).

SKOLBARNS
HÄLSOVANOR

Nordic Youth Study

Liknande frågor ingår också i Nordic Youth Study som mäter hälsa hos ungdomar i flera länder, bland annat i Sverige. I Nordic Youth Study ingår även instrument som mäter ångest, depression, ADHD och självmordstankar. Hittills har dock mätning med Nordic Youth Study utförts vid endast två tillfällen i Sverige (38). Denna studie bedöms ha utvecklingspotential för framtiden.

NORDIC YOUTH
STUDY

SCB:s ULF/SILC och SCB:s Barn-ULF

I SCB:s undersökning av levnadsförhållanden, ULF/SILC, och Folkhälsomyndighetens undersökning Nationell folkhälsoenkät ingår frågor om psykiska och psykosomatiska problem. Dessa instrument har begränsad relevans för barn och unga eftersom de i första hand är inriktade på den vuxna befolkningen även om de kan inkludera individer från sexton års ålder.

Men sedan 2001 gör SCB undersökningar av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF. I dem ingår frågor om barn minst en gång i veckan har huvudvärk, ont i magen, svårt att somna, känner sig stressade, är trötta i skolan eller om de sovit dåligt (25). Svaren behandlas separat, fråga för fråga.

ULF/SILC OCH
BARN-ULF

STOCKHOLMS-
ENKÄTEN

Stockholmsenkäten

I Stockholmsenkäten (för beskrivning av studien se avsnitt om förekomst av psykisk hälsa) mäts den psykiska ohälsan med följande frågor: *Hur ofta har Du haft huvudvärk detta läsår? Hur ofta har Du dålig aptit? Hur ofta har Du under detta läsår haft "nervös mage"? Hur ofta har Du under detta läsår haft svårt att somna? Har du känt dig ledsen eller deppig utan att veta varför? Skulle du vilja ändra mycket på dig själv? Tycker du ofta att du inte duger till? och Känner du dig ofta slö eller olustig?* (24).

EQ-5D

EQ-5D är ett instrument för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. Instrumentet har bland annat använts i kartläggningen av barns hälsotillstånd i Östergötland med föräldrar som informanter (39). Instrumentet finns också i en barnvänlig version, EQ-5D-Y (40, 41). EQ-5D-Y avser att mäta fem dimensioner av hälsorelaterad livskvalitet, av vilka en är oro och nedstämdhet som besvaras med tre svarsalternativ: inga besvär, lite besvär och mycket besvär.

EQ-5D

»Det finns en rad instrument för att mäta psykisk ohälsa hos barn och unga.«

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har gjort en genomgång av systematiska översikter av en rad instrument för att se vilka metoder som lämpar sig för **screening för psykisk ohälsa** inom barnhälsovården och elevhälsan, som är arenor för prevention och tidig intervention, läs mer i bilaga 2. Av genomgången framgår att det saknas uppdaterade systematiska översikter av god kvalitet som utvärderar instrument (42) att använda på dessa arenor. De instrument som undersökts i de systematiska genomgångar är: BDI för primärvård (BDI-PC), Beck's Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiological Studies – Depression scale

SOCIAL-
STYRELSEN

(CES-D), Child Behavior Checklist (CBCL), Children's Depression Inventory (CDI), Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R), Conner's Teacher Rating Scale (CTRS), Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (DBDRS), Early Childhood Inventory (ECI-4), Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Epidemiological version (K-SADS –E), Mood and Feelings Questionnaire (MFQ), Safe Times Questionnaire (STQ), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), Physical Aggression Scale for Early Child (PASEC) och Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP).

Att mäta psykiatriska tillstånd

HUR MÄTS PSYKIATRISKA TILLSTÅND HOS BARN OCH UNGA?

Synen på hur man ska definiera olika psykiatriska tillstånd förändras över tid, i och med att samhället förändras och forskningen går framåt. De accepterade diagnossystemen ICD och DSM, som används internationellt i stor utsträckning, står under ständig utveckling. ICD och DSM saknar oftast relevanta beskrivningar av barnpsykologiska problem hos späda och små barn. De har därför kompletterats av ett klassificeringssystem med åldersanpassade beskrivningar av små barns beteendeavvikelser och utvecklingsförseningar, DC 0-3 R.

ICD och DSM

I Sverige används diagnosmanualen ICD, International Classification of Diseases, inom sjukvården för att klassificera diagnoser. ICD fastställs av WHO. I ICD ingår ett kapitel om psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. Där listas ett hundratal olika diagnoser som till exempel depression, schizofreni och generaliserad ångest. Sedan år 1987 används den tionde upplagan av denna klassifikation i Sverige, ICD-10, men den elfte är redan publicerad. Anledningen till att nya upplagor ständigt utarbetas är att kunskapsläget förändras vilket medför att diagnoser ändras eller kategoriseras på nya sätt, till exempel utifrån ökad kunskap om genetik och andra orsaker. Som stöd för att fastställa psykiatriska diagnoser används i Sverige också en manual, Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, med kriterier som utvecklats av det amerikanska psykiatrisällskapet, American Psychiatric Association. Således, för att fastställa diagnosen ADHD, hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, anger manualen bland annat att minst sex av nio angivna symtom ska ha förelegat minst sex månader i en omfattning som inte är förenlig med individens utvecklingsnivå. Ett av de angivna symtomen är *verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal*. I Sverige används år 2014 vanligen den fjärde upplagan av denna manual, DSM-IV (43). En femte version, DSM-5, har introducerats i USA år 2013.

DC 0-3 R

De diagnostiska systemen ICD och DSM saknar oftast relevanta beskrivningar av barnpsykologiska problem hos späda och små barn. I detta syfte har ett klassifi-

DC 0-3 R

ceringssystem med åldersanpassade beskrivningar av små barns beteendevikelser och utvecklingsförändringar utarbetats, DC 0-3 R (44). Förutom symtom hos barnet innefattar DC 0-3 R också beskrivning av symtom på störning i barn-föräldra-relationen. Systemet är avsett som ett komplement till ICD och DSM.

ICD och **DSM** skilde sig från början åt både vad gäller diagnoser och kriterier men överensstämmelsen har ökat för varje ny upplaga. Fortfarande finns dock olikheter vilket avspeglar det faktum att psykiatriska diagnoser används för att beskriva en samling psykiatriska symtom som ofta uppträder tillsammans och som har visat sig svara gynnsamt på viss behandling. Det finns ingen provtagning eller röntgenundersökning man kan göra för att fastställa diagnoserna eftersom orsakerna till stor del är okända. Således är det troligt att de psykiatriska diagnoserna representerar heterogena grupper med olika bakomliggande orsaker, det vill säga inte utgör homogena sjukdomar. Här skiljer sig psykiatriska diagnoser från kroppsliga sjukdomar som ofta är lättare att avgränsa. Jämför exempelvis med hjärtinfarkt och lunginflammation där man förutom symtomen som patienten uppvisar (bröstmärta, andningssvårigheter, hosta, feber) kan göra undersökningar (EKG, blodprover, röntgen) för att fastställa diagnosen. Detta bygger på att man känner till de bakomliggande orsakerna. Omfattande forskning behövs för att förfinna diagnostiken inom psykiatri och i framtiden kunna särskilja grupper som skall ha specifik behandling.

Användning av psykiatriska diagnoser har kritiserats också av andra skäl. Psykiatriska diagnoser skiljer mellan "normala" och "sjukliga" tillstånd trots att det ofta handlar om ett kontinuum, en sammanhängande helhet av en individs hälsa och personlighet. Men en uppdelning är nödvändig i klinisk verksamhet eftersom alla individer som söker medicinsk hjälp inte självfallet behöver behandlas. Av omgivningen uppfattas dock diagnoserna ofta som objektiva trots att gränserna och kriterierna är föränderliga.

ICD OCH DSM

I Sverige har idéhistorikern Karin Johannisson pekat på hur tidsbundna våra föreställningar om sjukdom är. Hon har särskilt undersökt den varierade synen på fenomen som ångest, leda och sårbarhet över olika tidsepoker (45). Exempelvis har de tillstånd som i dag betecknas som depression fram till 1900-talets början beskrivits om olika former av melankoli. Melankoli var en ovanlig egenskap som endast var förunnat ett fåtal, ofta förknippat med konstnärssjälvar i svärmod. Aristoteles skriver att melankoli är det som kan drabba de som blivit framstående inom filosofi, politik eller poesi. Dessa föreställningar ligger långt ifrån dagens beskrivning av depression som sjukdom.

Beteendeproblem bland barn kan också illustrera förändringar av uppfattningen om psykiska problem. I början av 1900-talet ansågs beteendeproblem bland barn vara uttryck för barnens moraliska brister. Femtio år senare tillskrevs problemen brister i föräldrarnas sätt att uppfostra barn. Under de senaste 30 åren har uppfattningen om biologiska förklaringar kommit att dominera. Ett uttryck för detta är den ökade användningen av diagnosen ADHD. Förändringarna i synsätt har gått relativt snabbt och varit föremål för öppna konflikter mellan företrädare för olika synsätt (46).

Trots dessa begränsningar finns en avgörande fördel med att använda de psykiatriska diagnoserna: de grundas på fastställda, allmänt accepterade, internationellt använda kriterier som ligger till grund för behandling och forskning. När det gäller att avgränsa allvarliga former av psykiska problem har ICD och DSM en omfattande användning och står under ständig utveckling. Det finns inga andra sådana system och det ger ICD och DSM en stor tyngd.

»När det gäller att avgränsa allvarliga former av psykiska problem har ICD och DSM en omfattande användning och står under ständig utveckling, vilket ger dessa diagnossystem en stor tyngd.«

Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser hos barn inom vården

HUR STÄLLS DIAGNOSER INOM BUP?

Inom BUP bygger diagnostiken framför allt på kliniska bedömningar och en bedömning av hur väl diagnostiska kriterier uppfylls. Strukturerade diagnostiska intervjuer används mer sällan men sådana kan bidra till att diagnoser beskrivs mer lika mellan olika bedömare. De kan också bidra till att samsjuklighet upptäcks.

SOCIALSTYRELSEN HAR GJORT en nationell inventering av diagnostiska metoder som används inom BUP. Enligt den bygger diagnostiken huvudsakligen på kliniska bedömningar och skattning av symtom i relation till diagnostiska kriterier medan strukturerade diagnostiska intervjuer används mer sällan (47). En grundlig barnpsykiatrisk anamnes är en förutsättning för diagnostiken. Systematisk bedömning med stöd av strukturerade diagnostiska intervjuer kan hjälpa behandlaren att beskriva diagnoser, symtom och funktionsnivå på ett mer standardiserat och likvärdigt sätt. Det ökar chansen för att fånga upp samsjuklighet. För diagnostisk kartläggning rekommenderas att information inhämtas från flera olika källor såsom barnet,

föräldrarna och skolan. Anamnesen bör omfatta medicinsk och psykiatriskt sjukhistoria, utveckling, ärftlighet, alkohol- och drogbruk, nuvarande livssituation, sociala relationer och färdigheter, eventuell livsleda och risk- och skyddsfaktorer. Till de sistnämnda hör exempelvis begävnig, föräldraförmåga och nätverk.

»Diagnostiken inom BUP bygger främst på kliniska bedömningar och skattning av symtom i relation till diagnostiska kriterier.«

Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser i en befolkning

HUR MÅNGA SVENSKA BARN HAR PSYKIATRISKA DIAGNOSER?

För att fastställa förekomsten av psykiatriska diagnoser på befolkningsnivå kan man använda sig av enkäter och/eller intervjuer i stora urval eller av hälsodataregister. Här görs en kort genomgång av vilka instrument, metoder och källor som finns inom området, bland annat förklaras varför Patientregistret hos Socialstyrelsen inte ger en helt korrekt bild av den barn- och ungdomspsykiatriska vården på nationell nivå.

ENKÄTER OCH INTERVJUER

Enkäter och intervjuer

För att fastställa förekomst av psykiatriska diagnoser i en befolkning är det vanliga förfarandet att börja med att låta barn, föräldrar och/eller lärare besvara frågor som rör kriterierna för respektive diagnos i standardiserade instrument, läs mer i bilaga 1 och 2. Sådana instrument är utformade så att det preliminärt går att fastställa en diagnos, vanligen genom att ange en poängsumma för vissa specifika frågor. Metodiken kan ha acceptabel tillförlitlighet men bör i möjligaste mån kompletteras med intervjuer för att fastställa en diagnos.

Development and Well-Being Assessment, DAWBA

Ett exempel är Development and Well-Being Assessment, DAWBA, (48) som utvecklats av Robert Goodman, en engelsk barn- och ungdomspsykiater. Det är avsett att bedöma barn i åldrarna fem till sjutton år med syfte att fastställa diagnoser enligt ICD-10 och DSM-IV. DAWBA består av ett frågeformulär till lärare, en strukturerad intervju av föräldrarna och en strukturerad intervju av barn i åldrarna fem till sjutton år. De uppgifter som samlats in från frågeformulär och intervjuer behandlas i ett datorprogram. Diagnoserna fastställs sedan av kliniker med stöd av en särskild manual. Metodiken finns tillgänglig på

DAWBA

svenska. Diagnostik med hjälp av DAWBA har visat sig överensstämma väl med bedömningar av kliniker (49). Försök pågår med att anpassa metodiken till yngre barn i åldrarna två till fyra år.

Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID

Ett annat intervjuinstrument är Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID, som är avsett att fastställa diagnoser enligt DSM-IV. Intervjuerna genomförs av en psykiatriskt utbildad person. Kostnaderna för SCID är högre än för DAWBA eftersom metoden kräver mer omfattande medverkan av kvalificerad personal. Metodiken finns tillgänglig på svenska (50).

SCID

Patientregistret

En annan källa för att bedöma förekomst av psykiatriska diagnoser hos barn och ungdomar utgörs av Patientregistret, tidigare kallat Nationella slutenvårdsregistret. När en person vårdas i slutenvård på sjukhus fastställs alltid en diagnos enligt ICD-10. Även inom öppenvården ställs numera regelbundet

»Den barn- och ungdomspsykiatriska vården kan inte beskrivas i sin helhet på nationell nivå.«

diagnoser enligt ICD-systemet, dock inte i lika hög grad som inom slutenvården. Vårdtillfällena och besöken rapporteras en gång per år från varje landsting till Socialstyrelsen som sammanställer data till Patientregistret, som är ett av våra nationella hälsodataregister. Vad gäller öppenvårdsbesök finns brister eftersom endast besök hos läkare rapporteras och inte besök hos andra personalkategorier, till exempel psykologer och kuratorer. Brister i täckningsgrad finns också, speciellt inom primärvården. Även rapporteringen av läkarbesök inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård har rapporteras ofullständigt men anses tillförlitlig från år 2006 (51). Dessa brister medför att den barn- och ungdomspsykiatriska vården inte kan beskrivas i sin helhet på nationell nivå. Uppgifterna i Patientregistret kan dock användas för att skatta förekomst av allvarliga tillstånd som i hög grad behandlas av vården

och även slutenvårdas, som psykossjukdomar. Människor med exempelvis depressioner söker inte vård i lika hög grad och slutenvårdas mer sällan. Enligt beräkningar väljer 60 procent av deprimerade personer att inte söka vård, så därför kan sjukvårdens register inte användas för att mäta förekomst av dessa diagnosgrupper. Däremot används vårdregister självfallet för att beskriva vårdkonsumtion med varierande täckningsgrad i olika landsting.

För närvarande pågår ett utvecklingsarbete för att knyta samman och utveckla information om den barn- och ungdomspsykiatriska vården i Sverige. Projektet, kallat Q-BUP, är en del av det nationella kvalitetsregisterarbetet.





Förekomst

av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd

30

Inledning. Väl genomförda studier, som är baserade på vedertagna mätinstrument för att mäta förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd i Sverige är sällsynta. Breda befolkningsbaserade studier som följer utvecklingen över tid saknas helt. Däremot finns studier som inkluderar enskilda frågor av varierande karaktär, det vill säga inte är baserade på frågeinstrument, som kan användas för att följa utvecklingen över tid.

31

Förekomst av psykisk hälsa. I detta avsnitt beskrivs vad som visas om förekomst av psykisk hälsa hos svenska barn i SCB:s Barn-ULE, Stockholmsenkäten, kartläggning av studier om nordiska barns och ungdomars psykiska hälsa, en europeisk studie, Skolbarns hälsovanor och i en Unicef-studie.

33

Förekomst av psykisk ohälsa. En genomgång av vad som visas om förekomst av psykisk ohälsa hos svenska barn i SCB:s Barn-ULE, Stockholmsenkäten, SDQ i en europeisk studie, SDQ i Grodan, Skolbarns hälsovanor, Folkhälsorapporten 2009 och Kungliga Vetenskapsakademien.

38

Förekomst av psykiatriska tillstånd. En genomgång av vad olika studier och källor visar om förekomst hos svenska barn av ADHD, alkohol- och drogrelaterade diagnoser, autismspektrumtillstånd, depression och dystemi, mental retardation, schizofreni och andra psykossjukdomar, suicidförsök och självskadebeteende, suicid, ångest och ätstörningar.

Inledning

HUR MÅR SVENSKA BARN OCH UNGDOMAR?

Välgjorda studier, baserade på vedertagna mätinstrument för att mäta förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd i Sverige är sällsynta. Breda befolkningsbaserade studier som följer utvecklingen över tid saknas helt. Däremot finns studier som inkluderar enskilda frågor av varierande karaktär. Det betyder att dessa studier inte är baserade på frågeinstrument, men ger möjlighet att följa utvecklingen över tid.

FÖR ATT SKATTA förekomsten av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd krävs studier av grupper som är representativa för befolkningen som helhet. Det är sällan tillräckligt att endast notera förekomsten av ett visst problem bland barn och unga som behandlats vid en klinik eftersom det är vanligt att inte söka vård för vissa problem. Att begränsa undersökningen till en viss specifik miljö, till exempel en skola eller ett geografiskt område, ger inte heller en bra bild av problemets utbredning, då en generalisering av resultaten från urvalet till hela populationen inte är

möjligt. Väl genomförda studier, som är baserade på vedertagna mätinstrument för att mäta förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd i Sverige är sällsynta. Breda befolkningsbaserade studier som följer utvecklingen över tid saknas helt. Däremot finns studier som inkluderar enskilda frågor av varierande karaktär, det vill säga inte är baserade på frågeinstrument som kan användas för att följa utvecklingen över tid.

»Studier som över tid mäter förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd är inte gjorda med vedertagna mätinstrument.«

Förekomst av psykisk hälsa

HUR VANLIG ÄR PSYKISK HÄLSA BLAND BARN OCH UNGA?

Inga befintliga studier undersöker alla dimensioner av psykisk hälsa hos svenska barn. De som finns undersöker framför allt emotionellt välbefinnande och enligt dem är den självskattade psykiska hälsan hos barn och ungdomar i Sverige som helhet god. Flickor anger psykisk hälsa i något lägre grad än pojkar. Andelen barn och ungdomar som anger psykisk hälsa tycks vara stabil under de senaste åren. Jämfört med andra, i huvudsak industrialiserade länder, placerar sig Sverige enligt genomsnittet eller bättre vad gäller psykisk hälsa.

DET FÖRELIGGER INGA befolkningsstudier i Sverige som hos barn undersöker alla dimensioner som ingår i psykisk hälsa, det vill säga emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande. Enligt de undersökningar som finns, som i huvudsak mäter indikatorer på emotionellt välbefinnande, är den självskattade psykiska hälsan hos barn och ungdomar i Sverige som helhet god. Exempelvis tycker cirka 70 procent av pojkar och 65 procent av flickor i Stockholm att det ofta är riktigt härligt att leva, enligt den så kallade Stockholmsenkäten, läs mer längre fram i detta avsnitt.

SCB:s undersökningar av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF

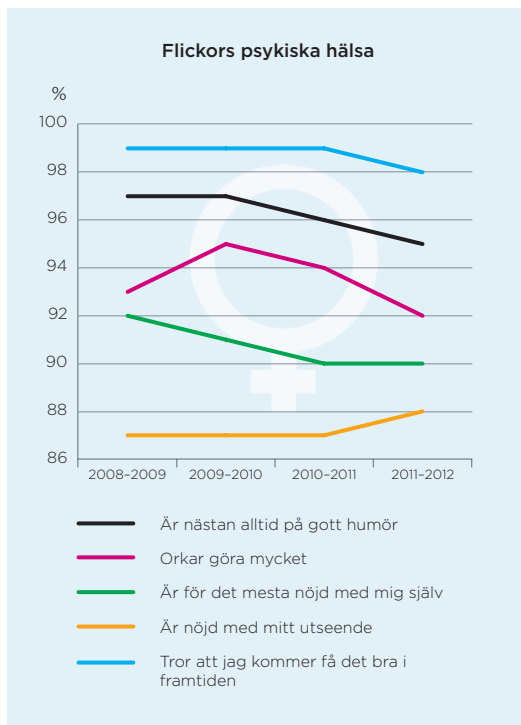
SCB:S UNDER-SÖKNINGAR

I Statistiska Centralbyråns, SCB:s, undersökningar av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF, för åren 2011 till 2012 svarade 94 till 99 procent av barn i åldrarna tio till arton år jakande på frågorna *är nästan alltid på gott humör, orkar göra mycket, är för det mesta nöjd med mig själv, är nöjd med mitt utseende och tror jag kommer få det bra i framtiden* (25).

En något mindre andel, 85 procent, anger att hälsan är bra eller mycket bra. Det är främst bland flickor i åldrarna tretton till arton år som en lägre andel, 80 procent, anser att hälsan är bra. Figur 2 och 3 visar att den psykiska hälsan har varit närmast oförändrad mellan åren 2008 och 2012.

Stockholmsenkäten

Elevundersökningen i årskurs nio i Stockholm som omfattar drygt 12 000 barn, den så kallade Stockholmsenkäten, visade år 2012 att 72 procent av pojkarna och 64 procent av flickorna ofta tycker att det är riktigt härligt att leva. Enligt samma enkät är 71



Figur 2. Diagrammet visar hur flickor i åldrarna tio till arton år har svarat på frågor om sin psykiska hälsa under åren 2008 till 2012. Källa: SCB:s undersökningar om barns levnadsförhållanden, Barn-ULF.

procent av pojkarna och 51 procent av flickorna är nöjda med sitt utseende. Det är något högre siffror än i gymnasiets årskurs två, där 71 procent av pojkarna och 67 procent av flickorna ofta tycker att det är riktigt härligt att

STOCKHOLMS-
ENKÄTEN

leva, och 76 procent av pojkarna och 57 procent av flickorna är nöjda med sitt utseende. Grad av psykisk hälsa mättes med ett index mellan noll och hundra där noll är lägsta och hundra högsta tänkbara värde. Pojkarnas genomsnittliga indexvärde var 67 för årskurs nio och 66 för årskurs två på gymnasiet, och flickornas indexvärde var 53 för årskurs nio och 52 för årskurs två på gymnasiet (24).

Kartläggning av studier av nordiska barns och ungdomars psykiska hälsa

En kartläggning över pågående och nyligen publicerade studier om nordiska barns och ungdomars psykiska hälsa identifierade sammanlagt 54 studier om positiv psykisk hälsa varav majoriteten, 28 studier, kom från Sverige (38). De aspekter av psykisk hälsa som ingick i de inkluderade studierna var skoltrivsel, nöjdhet med livet som helhet och nöjdhet med sig själv. Kartläggningen pekar på att trenden vad gäller skoltrivselen har varit oförändrad, andelen ungdomar som är nöjda med sig själva har ökat, medan det omvända rådde för nöjdhet med livet som helhet. Den negativa trenden förefaller dock ha avstannat vid den senaste mätningen år 2005.

NORDISKA
BARN OCH
UNGDOMARS
PSYKISKA
HÄLSA

Välbefinnande i en europeisk studie

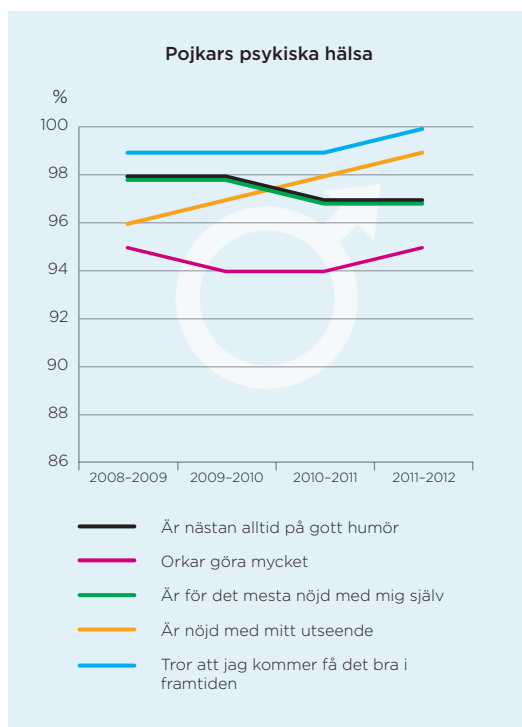
Sverige deltog i en europeisk studie av fjorton år gamla barn i tretton olika europeiska länder år 2001 (52). Skattningar gjordes med Kidscreen-10, en förkortad version av Kidscreen-52 (53). Frågeinstrumentet omfattar både frågor om välbefinnande och om psykiska problem. Studien visade att barnen i Sverige hade genomsnittligt god emotionell psykisk hälsa. Barnen i Nederländerna hade den bästa hälsan och barnen i Polen den sämsta.

EN
EUROPEISK
STUDIE

Skolbarns hälsovanor

Studien Skolbarns hälsovanor, HBSC, samordnas av WHO och de svenska resultaten presenteras av Folkhälsomyndigheten. I den senaste mätningen från år 2013/2014 uppger majoriteten av barn i åldrarna elva, tretton och femton år att de har högt välbefinnande. Bland elvaåringarna är det drygt 90 procent som rapporterar ett högt välbefinnande medan motsvarande andelar för de äldre flickorna är cirka 75 procent. Andelar med högt välbefinnande har legat stabilt sedan 2001/2002 med undantag för de trettonåriga

SKOLBARNS
HÄLSOVANOR



Figur 3. Diagrammet visar hur pojkar i åldrarna tio till arton år har svarat på frågor om sin psykiska hälsa under åren 2008 till 2012. (Grön och svart kurva har samma värden.)

Källa: SCB:s undersökningar av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF.

»Det saknas studier på svenska barn som omfattar alla dimensioner av psykisk hälsa, det vill säga emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande.«

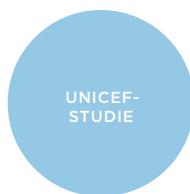
flickorna där andelen minskat under perioden från 84 till 76 procent. Välbefinnandet har mätts med frågan *Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, vad tycker du att du står just nu?* och de svarande angav var de ansåg sig vara på skalan mellan noll, som motsvarade det sämsta liv man kan tänka sig, och tio, som motsvarade det bästa liv man kan tänka sig. Ett värde på sex eller mer på skalan definierades som ett högt välbefinnande.

Studien Skolbarns hälsovanor genomförs förutom i Sverige i 38 andra länder, Armenien, Israel, Kanada, Turkiet, Ukraina, USA

och flera europeiska länder. De senaste värdena för internationella jämförelser är från 2009. Majoriteten av barn i Sverige, 87 procent, skattade sin hälsa som mycket bra eller bra. När det gäller femton år gamla flickor är det en något mindre andel, 79 procent, som skattar sin hälsa som mycket bra eller bra. De svenska barnens svar ligger nära genomsnittet för alla dessa länder, 85 procent. På frågan *Hur trivs du med livet just nu?* svarar ungefär en lika hög andel mycket bra eller bra. Andelen med jakande svar har varit i stort sett oförändrad sedan den första undersökningen 1985. Men även här finns ett undantag som gäller femton år gamla flickor, där andelen med jakande svar har sjunkit mellan åren 1985 och 2009.

Välbefinnande i Unicef-studie

I en ranking av barns självupplevda välbefinnande i 21 industrialiserade länder, som sammanställdes



av Unicef år 2007, har Sverige placerat sig på sjunde plats (54). Faktorer som har vägts in i är andelen barn och unga i respektive land som skattar sin egen hälsa som högst skälig (på engelska "fair"), som tycker mycket om skolan och som skattar sig själva till att ligga ovanför mitt-punkten på Life Satisfaction Scale.

Förutom självupplevt välbefinnande har fem andra dimensioner av välbefinnandet undersökts: materiellt välbefinnande, hälsa och trygghet, utbildning, familje- och kamratrelationer och social trygghet. I den genomsnittliga rangordningen av alla sex dimensioner placerar sig Sverige som tvåa, efter Nederländerna, i Unicef-studien.

Förekomst av psykisk ohälsa

HUR VANLIG ÄR PSYKISK OHÄLSA BLAND BARN OCH UNGA?

Mellan 4 och 40 procent av svenska barn och unga har psykisk ohälsa. Det framgår av de mätningar som har gjorts. De flesta är dock inte utförda med beprövade instrument utan med enstaka frågor och påståenden. Sverige placerar sig ungefär genomsnittligt vid jämförelse med andra industrialiserade länder när det gäller förekomst av psykisk ohälsa.

DE FLESTA MÄTNINGAR av psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige är inte utförda med beprövade instrument. Däremot finns flera svenska befolkningsstudier där representativa grupper av barn tillfrågats vid upprepade tillfällen om olika former av psykisk ohälsa med enstaka frågor eller påståenden.

Utifrån dessa undersökningar anger mellan 4 och 40 procent av den unga populationen olika former av psykisk ohälsa. Exempelvis anger en fjärdedel av barn och ungdomar att de ofta är spända och nervösa och över 35 procent av femtonåriga flickor har känt sig nere mer än en gång i veckan de senaste sex månaderna.

Flickor anger i de flesta undersökningar mer psykisk ohälsa än pojkar. Förekomsten av psykisk ohälsa, framförallt hos flickor, verkar ha ökat sedan 1980-talet

men det vetenskapliga underlaget har vissa brister.

Skolbarns hälsovanor är den enda undersökningen med uppföljningstid från 1985 till 2013/2014. Studien är begränsad till 1 500 barn i vissa skolklasser. I denna undersökning ser man en ökning av den psykiska ohälsan fram till mitten eller slutet av 2000-talets första decennium varefter en viss minskning eller stabilisering skedde, beroende på vilken köns- eller åldersgrupp man tittar på. Detta stöds också av resultat från SCB:s undersökning Barn-ULF. Preliminära resultat från senaste mätningen av Skolbarns hälsova-

»Mellan 4 och 40 procent av svenska barn har psykisk ohälsa.«

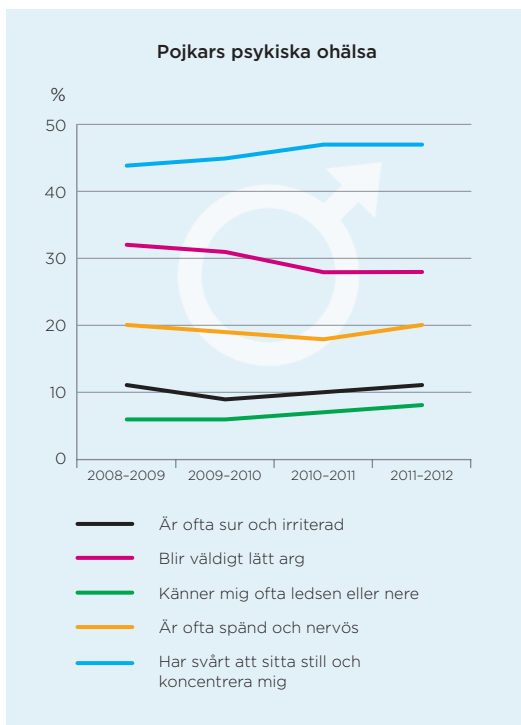
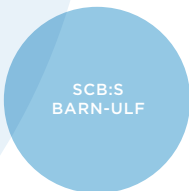
nor 2013/14 visar dock en ökning igen, framförallt hos tonårsflickor.

Sammantaget placerar sig Sverige ungefär genomsnittligt vid jämförelse med andra industrialiserade länder vad gäller psykisk ohälsa.

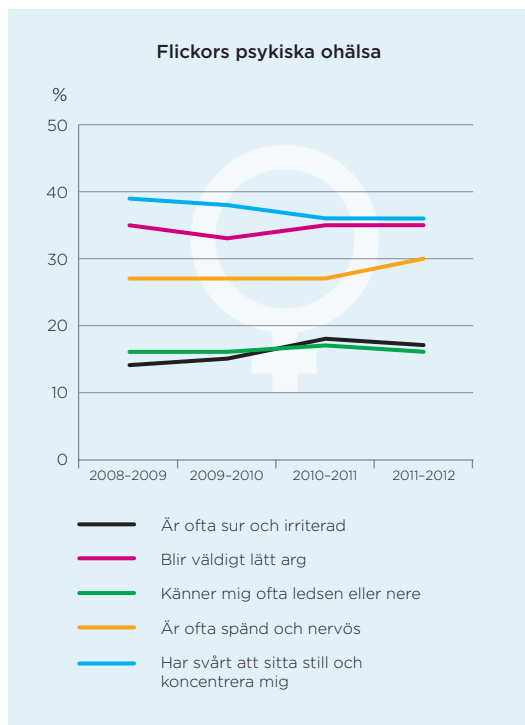
SCB:s undersökning av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF

De senast publicerade resultaten från SCB:s undersökning av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF, avser åren 2011 till 2012 (25). Andelen barn i åldrarna tio till arton år som rapporterar om psykiska besvär anges i det följande inom parentes: *har svårt att sitta stilla och koncentrera sig* (42 procent), *är ofta spänd och nervös* (25 procent), *känner sig ofta ledsen eller nere* (12 procent), *blir väldigt lätt arg* (14 procent) och *är ofta sur och irriterad* (14 procent).

Barn-ULF har utförts årligen sedan 2008. Figur 4 och 5 visar att andelen med psykisk ohälsa har varit i stort sett oförändrad mellan åren 2008 och 2012.



Figur 5. Diagrammet visar hur pojkar i åldrarna tio till arton år har svarat på frågor om sin psykiska hälsa under åren 2008 till 2012. Källa: SCB, Undersökningarna av barns levnadsförhållanden.



Figur 4. Diagrammet visar hur flickor i åldrarna tio till arton år har svarat på frågor om sin psykiska hälsa under åren 2008 till 2012. Källa: SCB:s undersökningar av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF.

Andelen barn som anger psykosomatiska besvär minst en gång i veckan anges i det följande inom parentes: *har huvudvärk* (25 procent), *har ont i magen* (16 procent), *har svårt att somna* (34 procent), *har känt sig stressad* (41 procent), *har varit trött på dagarna i skolan* (59 procent) och *har sovit dåligt* (27 procent).

De flesta problem är vanligare bland flickor än bland pojkar. Förekomsten av psykiska besvär påverkas inte av barnens ålder medan psykosomatiska besvär är vanligare bland de äldre barnen. Samtliga besvär är vanligare bland barn till föräldrarna som högst har gymnasieutbildning jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning. Som framgår ovan har SCB:s undersökning genomförts endast under en kort period, från år 2008 till 2012. Den går därför inte att använda för att klargöra om det finns en trend över tid.

STOCKHOLMS- ENKÄTEN

Stockholmsenkäten

Den så kallade Stockholmsenkäten genomförs vartannat år bland stockholmselever i årskurs nio och gymnasiets årskurs två och sammanställs av Länsstyrelsen.

I undersökningen från 2012 ingick barn och unga från arton kommuner i Stockholms län. Svaren är redovisade kommunvis.

Av de 12 000 elever som gick i nionde klass hade mellan 14 och 35 procent av pojkarna och mellan 21 och 47 procent av flickorna symtom på psykisk ohälsa en gång i veckan eller oftare. Det vanligaste symptomet var sömnsvårigheter. Huvudvärk och viljan att ändra mycket på sig själv var de näst vanligaste symtomen hos flickor medan dålig aptit och huvudvärk var de näst vanligaste symtomen hos pojkar. Flickor rapporterade *huvudvärk, att vara deppig utan att veta varför, viljan att ändra mycket på sig själva och känslan av oduglighet* cirka dubbelt så ofta som pojkar.

För elever i gymnasieskolan i årskurs två har ett liknande resultat rapporterats. (24).

SDQ i en europeisk studie

Sverige deltog år 2001 i en europeisk studie av tolv till femton år gamla barn i tolv olika länder (53). I Grekland, Irland, Polen, Sverige och Ungern fick ungdomarna fylla i enkäterna i skolan. I Frankrike, Nederländerna, Schweiz, Spanien, Tyskland och Österrike gjordes telefonintervjuer. I Storbritannien användes en kombination av telefonsamtal och skolenkät medan Tjeckien hade ett urval av kommuner och hushåll. Skattningar med SDQ visade att 4,3 procent av barnen i Sverige hade tydliga psykiska problem och 8,5 procent hade gränsvärden. Det är under genomsnittet för de tolv länderna, enligt vilket 5,1 procent av barnen hade psykiska problem och 9,6 procent hade gränsvärden. Störst andel barn med tydlig psykisk ohälsa bodde i Storbritannien, där 11,2 procent av barnen hade sådana problem. Lägst andel bodde i Tyskland, där 3,0 procent av barnen hade tydlig psykisk ohälsa. Genomgående såg man små könsskillnader.

SDQ i Grodan

I Sverige genomfördes hösten 2009 en totalundersökning av årskurserna sex och nio, kallad Grodan.

I den ingick cirka 172 000 elever i cirka 3 200 skolor. Socialstyrelsen har presenterat resultaten vad gäller SDQ från undersökningen (55). Vid en "cut-off"

SDQ I GRODAN

på 17 eller mer (av 40 möjliga) var det 7,4 procent av flickorna och 6,4 procent av pojkarna i årskurs nio som visade symtom. För de yngre barnen i årskurs sex var det 3,6 procent som hade symtom, utan könsskillnader.

Skolbarns hälsovanor

I den internationella undersökningen Skolbarns hälsovanor ingår liknande frågor som i SCB:s undersökning av barns levnadsförhållanden (25). Undersökningen samordnas av WHO och presenteras av Folkhälsomyndigheten. Eftersom den har genomförts vart fjärde år sedan år 1985 finns möjlighet att klargöra trender över tid. De senaste värdena från den undersökning som utförts under 2013/2014 är preliminära.

De vanligaste besvär som rapporteras av elva- och trettonåringarna är *sömnsvårigheter* (som cirka 25 procent har), följt av *irritation* (cirka 20 procent), *nedstämdhet* (10 till 15 procent) och *nervositet* (10 till 12 procent). Andelen som uppgett de olika besvären har varierat något sedan mätningarnas startade, men man skönjer en ökning från 1985 fram till 2001/02 och en tydlig minskning vid mättillfället 2005/06.

Efter 2005 har elvaåringarna legat kvar på denna relativt sett lägre nivå utom vad gäller sömnproblem, som ökat.

Bland trettonåringarna ses ett liknande mönster med relativt sett lägre nivåer av ohälsa efter 2005 men vid den senaste mätningen 2012/13 har förekomsten av psykisk ohälsa, som att *känna sig nervös, känna sig nere och ha sömnsvårigheter* åter ökat bland flickorna. Trettonåriga pojkar ligger stabilt förutom ökade sömnbesvär vid den senaste mätningen.

I figur 6 och 7, se sidan 37, skildras trenderna som beskrivs ovan genom att illustrera den fråga som fångar upp nedstämdhet: *Har du känt dig nere mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna?*

SKOLBARNS HÄLSOVANOR

SDQ I EN EUROPEISK STUDIE

De vanligaste besvär som anges av femtonåringarna är *irritation* (som cirka 35 procent har), följt av *sömnsvårigheter* (cirka 25 procent), *nedstämdhet* (cirka 10 procent bland pojkar och 30 procent bland flickor) och *nervositet* (cirka 15 procent). Bland flickor har besvären ökat generellt från 1985/86 till 2013/14. En minskning observerades dock vid mätningen 2009/2010 men vid det senaste undersökningstillfället 2013/14 ökade besvären på nytt. Trenderna har varit mindre tydliga bland pojkar.

I figur 8 skildras förloppet av psykiska besvär bland femtonåringar genom att illustrera trenden för nedstämdhet. Man ser att andelen jakande svar på frågan *Har du känt dig nere mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna?* har ökat med 150 procent bland femtonåriga flickor sedan 1985/1986. Om man i stället undersöker perioden 2001/2002 till 2013/2014 är ökningen cirka tio procent. För övriga besvär, till exempel irritation och nervositet, är ökningen större under denna senare tidrymd, 20 respektive 50 procent. Ökningen ses framförallt vid det senaste mättillfället.

Studien medger också internationella jämförelser eftersom barn i 39 länder har lämnat jämförbara uppgifter (56). De senaste värdena för internationella jämförelser är från 2009. Vid de internationella jämförelserna används ett samlat mått på besvär som innefattar både psykiska besvär, som nervositet och irritabilitet, och psykosomatiska besvär, som huvudvärk och ryggvärk. Bland såväl elva-, tretton- och femtonåringar var år 2009 förekomsten av problem i Sverige på samma nivå som den genomsnittliga för de 39 länder som deltar i studien. Ökningen av psykiska besvär under 1990-talet var dock mer uttalad i Sverige än i alla andra länder som ingår i undersökningen.

Folkhälsorapporten 2009

I Folkhälsorapporten 2009 har Socialstyrelsen ställt samman resultat från sex studier som kan användas för att skatta förändringar av ungdomars psykiska besvär under perioden 1980 till 2006 (57). De studier som ingår är SCB:s undersökning av levnadsförhållanden, ULF/SILC (skattar förekomst av ångslan, oro och ångest i åldrarna 16 till 24 år), den så kallade Levnadsnivåundersökningen (skattar nervösa besvär och depression i åldrarna 18 till 24 år), Skolbarns hälsovanor (beskriver i vilken utsträckning femtonåriga barn har känt sig nere), studien Ung i Värmland (beskriver i vilken utsträckning personer i åldern 15 år känt sig ledsna) samt Stockholms läns landstings folkhälsoenkät (beskriver nedsatt psykiskt välbefinnande i åldrarna 21 till 24 år). Dessa studier visar sammantaget en två till tre gånger högre förekomst av besvär år 2000 jämfört med år 1990.

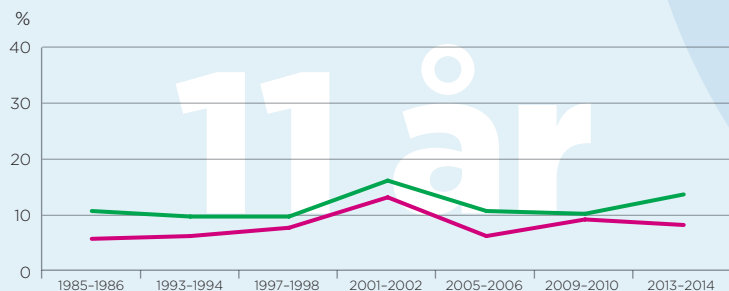
Kungliga Vetenskapsakademien

Kungliga Vetenskapsakademien tog initiativ till en systematisk litteraturoversikt för att undersöka om psykiska problem blivit vanligare under de senaste decennierna (1). Översiktens slutsats var att kunskapsläget är bristfälligt. Med reservation för att inga studier bedömdes ha ett tillfredsställande bevisvärde fanns dock resultat som talar för en ökning av internaliserade problem hos äldre tonårsflickor sedan 1980-talet fram till år 2010. Översikten granskades sedan av en expertpanel (58). Panelens bedömning var entydig: det har skett en ökning av vissa typer av psykisk ohälsa hos ungdomar, till exempel av nedstämdhet och oro, från mitten av 1980-talet till mitten av 2000-talet. Andelen flickor med sådana problem har i vissa fall dubblerats eller trefaldigats. Pojkarna följer flickornas uppåtgående trend, men betydligt färre anger att de känner nedstämdhet och oro.

FOLKHÄLSO-
RAPPORTEN
2009

KUNGLIGA
VETENSKAPS-
AKADEMIN

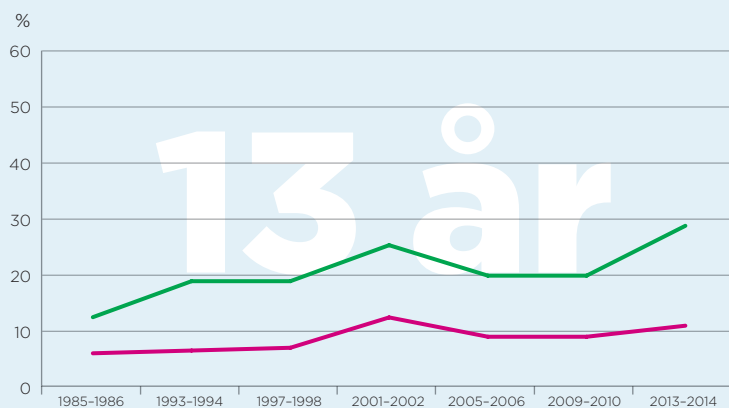
Andel elvaåringar som känt sig nere från 1985 och framåt



Pojkar
Flickor

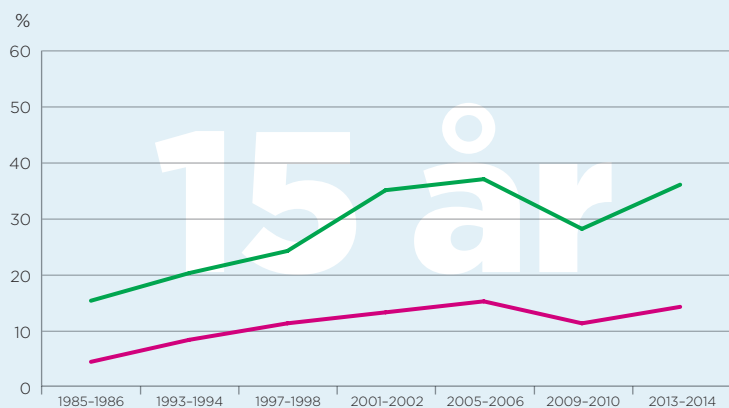
Figur 6. Diagrammet visar hur stor andel av elvaåringa pojkar och flickor som har uppgett att de har känt sig nere mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna under perioden 1985/86 till 2013/14. Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten 2014.

Andel trettonåringar som känt sig nere från 1985 och framåt



Figur 7. Diagrammet visar hur stor andel av trettonåringa pojkar och flickor som har uppgett att de har känt sig nere mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna under perioden 1985/86 till 2013/14. Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten 2014.

Andel femtonåringar som känt sig nere från 1985 och framåt



Figur 8. Diagrammet visar hur stor andel av femtonåringa pojkar och flickor som har uppgett att de har känt sig nere mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna under perioden 1985/86 till 2013/14. Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten 2014.

Förekomst av psykiatriska tillstånd

HUR VANLIGA ÄR PSYKIATRISKA TILLSTÅND HOS BARN OCH UNGA?

Cirka tio procent av svenska barn och unga har vid varje given tidpunkt ett psykiatriskt tillstånd. Vanligast är ADHD och depression följt autismspektrumtillstånd. Det finns få studier om utveckling över tid, så det är oklart om förekomsten har ökat. Det är däremot tydligt att vårdkonsumtionen för psykiatriska tillstånd har ökat kraftigt bland barn och unga.

I DET FÖLJANDE behandlas resultat från populationsbaserade studier som beskriver förekomsten av psykiatriska diagnoser. Studierna har identifierats med hjälp av litteratursökningar i databasen PubMed mellan åren 1999 och 2014, kompletterat med sökningar i databasen Google Scholar.

De vanligaste psykiatriska tillstånden hos barn är ADHD och depression, som förekommer hos mellan fem och åtta procent vardera hos svenska barn, samt autismspektrumtillstånd, AST, som förekommer hos 1 till 1,5 procent av svenska barn. Utifrån dessa uppgifter kan man förvänta sig att minst cirka tio procent av barn och unga vid en given tidpunkt har ett psykiatriskt tillstånd. Det finns få studier om utveckling över tid och det är därför oklart om förekomsten har ökat i befolkningen. Det som däremot är tydligt är att vårdkonsumtionen för psykiatriska tillstånd ökat kraftigt bland barn och ungdomar under många år, med 100 procent i Stockholms län för tretton- till suttonåringar sedan år 2002. Ökningen gäller framför allt för neuropsykiatriska diagnoser och depression. Ett undantag är andelen vårdade för självmordsförsök som ökade fram till år 2007 men som sedan minskat. Ett observandum är att andelen fullbordade självmord är vanligast bland män och att bland femton- till nittonåringar har dessa ökat något under åren 1997 till 2012 till skillnad mot övriga Europa, där dödligheten sjunkit.

Sjukdomsbörda mätt i DALY

Olika sjukdomar leder till funktionsnedsättning i varierande omfattning. För att bedöma den sjukdomsbörda som en viss diagnos medför på befolk-

ningsnivå krävs uppgifter om både förekomst och omfattning av den funktionsnedsättning som diagnosen medför. WHO har under 1990-talet utvecklat en metod för att beräkna sjukdomsbördan för olika diagnoser på befolkningsnivå. Måttet kallas på svenska funktionsjusterat levnadsår, eller DALY, Disability adjusted life years lost, och väger samman förekomst och funktionsnedsättning, inkluderade dödlighet, i form av funktionsnedsatta förlorade levnadsår. Detta är nära relaterat begreppet kvalitetsjusterat levnadsår, QALY, Quality-adjusted life years, ett mått som gör det möjligt att väga medicinska insatser mot varandra. WHO publicerar sammanställningar av DALY, alltså hur sjukdomsbördan ser ut i populationerna fem till fjorton år och femton till tjugonio år (2). Uppgifter för Europaregionen presenteras i tabell 1.

ADHD

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD, är en funktionsnedsättning som utmärks av ouppmärksamhet, hyperaktivitet och bristande impulskontroll. En populationsbaserad studie av ADHD har genomförts av Kadesjö och medarbetare år 1992 på sjuåringar i Karlstad (59). Den innefattade undersökning av barnen, en intervju av föräldrarna och en intervju av lärarna. Lärarna fick även besvara ett frågeformulär. Alla undersökningsmoment genomfördes av en läkare utbildad i neuropsykiatri. Det är den enda svenska studie som innefattat kliniska intervjuer. Totalt bedömdes 54 per tusen barn uppfylla kriterier för måttlig ADHD enligt DSM-III-R och 20 per tusen barn bedömdes uppfylla kriterier för svår ADHD.

ADHD

DALY

Sjukdomsördan störst bland unga män och kvinnor med depression och pojkar med ADHD

DIAGNOS per 1000 barn	Män		Kvinnor	
	5-14 år	15-29 år	5-14 år	15-29 år
ADHD och andra beteendeproblem	9,5	3,6	4	1,5
Alkoholrelaterade problem	0,4	5,1	0,1	1,5
Anorexia och andra ätstörningar	—	0,1	0,1	1,1
Autismspektrumtillstånd	3,9	3,8	1,2	1,1
Depression	5	11,4	8,3	17,7
Drogrelaterade problem	0,2	5,6	0,2	2,8
Mental retardation	0,9	0,8	0,6	0,5
Schizofreni och andra psykos-tillstånd	—	2,1	—	2,5
Suicid och suicidförsök	1	11,3	1	8,5
Ångest	1,6	3,8	3	7,1

Tabell 1. Sjukdomsörda för psykiatriska diagnoser uttryckt som DALY per tusen barn och unga i två olika åldersgrupper i Europa-regionen. I åldrarna fem till fjorton år står ADHD och andra beteendeproblem för den största sjukdomsördan, därefter följt av depressioner. I åldrarna femton till tjugonio år står depressioner för den största sjukdomsördan, därefter följt av suicid och suicidförsök. Källa: WHO (2).

Sammantaget bedömdes alltså totalt 74 per tusen barn ha måttlig eller svår ADHD. Förekomsten av svår ADHD var sex gånger vanligare bland pojkar än bland flickor.

Därutöver har ett fåtal andra populationsbaserade studier genomförts i Sverige. En studie av tvillingar baserades på ett frågeformulär som besvarades av föräldrarna (60). Totalt bedömdes 47 per tusen barn vid åtta års ålder uppfylla kriterier enligt DSM-III-R för ADHD och 31 per tusen barn vid tretton års ålder. En studie av tioåringar baserades på ett frågeformulär som besvarades av föräldrar och lärare (61). Totalt bedömdes 57 per tusen barn uppfylla kriterier enligt DSM-IV för ADHD och ytterligare 59 per tusen barn uppfylla kriterier för situationsbetingad ADHD, det vill säga totalt 116 per tusen barn.

Barn med uttalade svårigheter av ADHD behandlas ofta med läkemedel. Därför kan läkemedelsförbrukning användas som en indikator på förekomsten av svåra problem. En svensk studie visar att år 2006

»Ungefär vart tionde svenskt barn har ett psykiatriskt tillstånd. ADHD och depression är vanligast, följt av autismspektrumtillstånd.«

fick elva per tusen pojkar och tre per tusen flickor i åldrarna sex till nitton år läkemedelsbehandling (62). Bland barn till föräldrar med enbart grundskoleutbildning är förekomsten av medicinering trefaldig jämfört med barn till föräldrar med minst treårig högskoleutbildning.

En systematisk översikt identifierade 102 internationella studier av ADHD (63). Förekomsten av ADHD var i genomsnitt 53 per tusen barn med en högre förekomst bland pojkar än bland flickor. Förekomsten av ADHD varierar påtagligt mellan de olika studierna. Förekomsten av ADHD i Kadesjös undersökning förefaller därför vara jämförbar med förekomsten i de internationella studierna. Ett flertal internationella studier (63), liksom två svenska undersökningar, visar på högre förekomst av ADHD i socialt mindre gynnade familjer (62, 64).

Det saknas svenska studier som klargör trend över tid. En sammanställning av de internationella studierna tyder inte på att förekomst av ADHD har ökat (65). Man ser dock att andelen barn som diagnostiseras med ADHD i världen ökar (66).

Alkohol- och drogrelaterade diagnoser

Förekomst av alkoholrelaterade problem kan screenas med hjälp av ett frågeformulär, AUDIT (67). Upprepade undersökningar har genomförts i Sverige under perioden 1997 till 2009 (68). Under perioden ökar problemlastningen något i åldersgruppen sjutton till tjugosju år. Under perioden 1998 till 2012 har förekomst av slutenvård för alkoholrelaterade diagnoser i åldrarna femton till nitton år stigit, från 2,2 per tusen till 2,6 per tusen tonåring per år. Risken för män är 1,1 gånger högre än för kvinnor (69). Den alkohol-



relaterade dödligheten i åldersgruppen under denna period var 1,3 per 100 000 och år, med en tendens till ökning i samma takt som ökningen av slutenvård för dessa diagnoser (70). Under det senaste decenniet har alkoholkonsumtionen bland tonåringar dock minskat (71, 72). Ökningen av slutenvård och dödlighet förefaller därför vara paradoxal. En förklaring kan vara att alkoholbruket polariserats med generell minskning av alkoholbruk kombinerat med ökad konsumtion i de grupper av ungdomar som redan tidigare var högkonsumenter (72).

Förekomst av slutenvård för drogrelaterade diagnoser i åldrarna femton till nitton år har under perioden 1998 till 2012 stigit något, från 0,8 per tusen till 1,1 per tusen tonåring. Risken för män var 1,3 gånger högre än för kvinnor (69). Den drogrelaterade dödligheten i åldersgruppen under denna period var 1,6 per 100 000 individer och år med en tendens till ökning i samma takt som ökningen av slutenvård (70).

En undersökning av värnpliktiga män under 1970-talet visar att risken för sjukhusvård med alkoholrelaterad diagnos var fem gånger högre bland män med okvalificerat manuellt arbete än bland män med tjänstemannayrke (73).

AUTISM-SPEKTRUM-TILLSTÅND

Autismspektrumtillstånd

Autismspektrumtillstånd, AST, är ett samlingsnamn för en grupp av problem där barnet har begränsad förmåga till social interaktion och kommunikation. Barnen har svårt att sätta sig in i andra människors situation och att förstå hur de tänker. En del av barnen har nedsett kognitiv förmåga. Inom gruppen AST har man särskilt tre olika subgrupper: autism, atypisk autism och Aspergers syndrom. I den nya versionen av DSM, DSM-5, har man dock tagit bort dessa undergrupper och talar endast om AST.

Den genomsnittliga förekomsten av AST var i en studie från Västsverige 5,3 per tusen barn för dem som var födda under perioden 1977–1994 (74). Andelen ökade från 2,6 per tusen bland dem som var födda 1977–1982 till 8,0 per tusen bland dem som var födda 1989–1994. Risken för att ha AST var 3,3 gånger högre bland pojkar än bland flickor. Barnen i denna studie var vid undersökningstillfället mellan sju och tolv år gamla. I en senare studie av barn i tvåårsåldern, gjord år 2010 i Göteborg, fann man vid screening att redan vid denna unga ålder var det åtta per tusen barn som uppfyllde kriterierna för en AST-diagnos (75). I en registerstudie från Stockholm fann man

att under 2007 var förekomsten av AST cirka tio per tusen barn i åldrarna noll till sjutton år (76). Vid en uppföljning år 2011 hade andelen barn och unga med en AST-diagnos stigit till 16 per tusen barn (77). En annan svensk studie visar att risken för autismspektrumtillstånd är 1,4 gånger högre om familjen har låg inkomst (78).

En internationell systematisk översikt identifierade 23 studier av autismspektrumtillstånd där den genomsnittliga förekomsten visade sig vara två per tusen individer (79). Förekomsten i de internationella undersökningarna varierar dock påtagligt mellan olika studier, alltifrån 0,07 till 7,3 per tusen individer. Förekomsten i de svenska studierna var högre än som genomsnittligt påvisats internationellt. En förklaring kan vara bättre metodik för att identifiera barn i de svenska studierna. En välgjord studie från Sydkorea där man screenade för AST bland sju- till tolvåringar fann en förekomst på 26 per tusen barn (80).

Flera undersökningar visar att autismspektrumtillstånd blivit vanligare (74, 79, 81). Det är oklart vad som ligger bakom ökningen, men ökad uppmärksamhet kring autistiska symtom och tillgång till neuropsykiatriska utredningar är troligen viktiga förklaringar. Det kan dock inte uteslutas att en sann ökning av förekomsten kan vara en delförklaring och att detta i så fall skulle kunna vara kopplat till faktorer i vår omgivning.

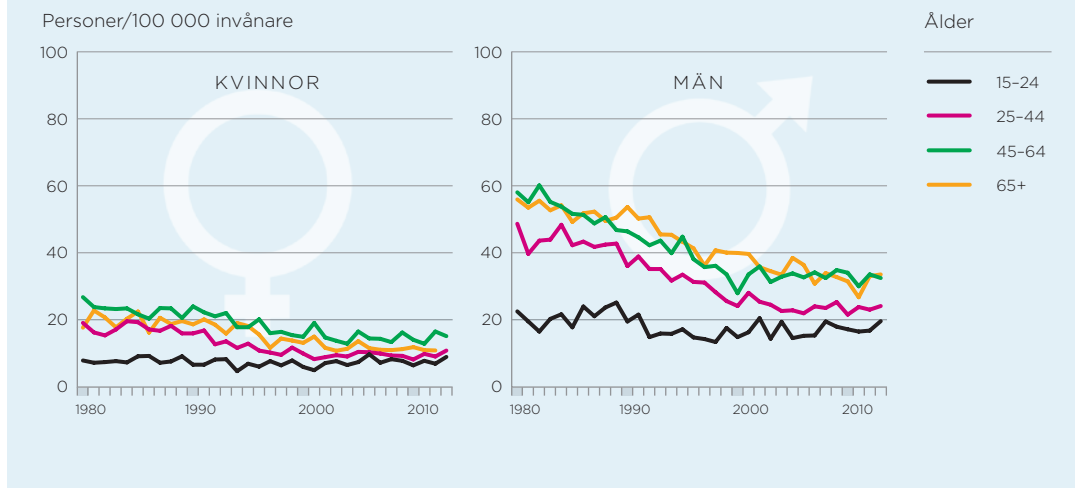
Depression och dystymi

Det har gjorts endast en populationsbaserad studie av svenska tonåringar där båda könen är inkluderade och där såväl frågeformulär som kliniska intervjuer är utförda. Studien gjordes av Olsson och medarbetare på sexton- och sjuttonåringar i två steg (82). Först fick alla ungdomar besvara två frågeinstrument, BDI och CES-DC. Ungdomar med svarsmönster som tydde på risk för depression, vilket 12 procent av deltagarna hade, intervjuades av psykiatriskt utbildad personal med hjälp av ett strukturerat instrument. Förekomsten av egentlig depression, enligt DSM-III-R, var under föregående år 58 per tusen barn: bland flickor 92 per tusen och bland pojkar 23 per tusen. Förekomsten av dystymi, ett långvarigt tillstånd med depressiva symtom, var 11 per tusen barn.

Därutöver har två andra populationsbaserade studier genomförts. I en studie undersöktes ungdomar i åldern tretton till arton år med frågeinstrumentet BDI. Ungdomarnas svar tyder på att måttlig depression förekom hos 80 per tusen individer och svår

DEPRESSION OCH DYSTYMI

Själv mord minskar inte bland unga



Figur 9. Diagrammet visar antal självmord per 100 000 invånare i Sverige uppdelat per kön och åldersgrupp. Statistiken inkluderar säkra självmord, diagnoskod ICD10: X60-X84, samt osäkra självmord, diagnoskod ICD10: Y10-Y34. Källa: NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.

depression hos 20 per tusen individer (83). En studie av arton- och nittonåriga värnpliktiga män visar att depression enligt ICD-8 förekom hos 13 per tusen individer (84).

I en systematisk översikt av egentlig depression i åldrarna tretton till arton år, inkluderande 26 internationella studier, påvisades en årlig förekomst om 56 per tusen individer, det vill säga nära den förekomst som Olsson och medarbetares påvisat (85). En svensk studie av femtonåringar visar en 2,5 gånger högre risk för depressiva symtom bland mindre studiemotiverade ungdomar än bland mer motiverade (86).

Socialstyrelsen har publicerat uppgifter om hur många i åldrarna femton till nitton år som har vårdats för depression och andra förstämningssyndrom per år under perioden 1998 till 2012 (69). Under perioden trefaldigades antalet vårdade från 0,5 per tusen till 1,5 per tusen individer. Mindre än en hundradel av alla ungdomar med depression behandlas i slutenvård. Det är därför oklart om depressioner blivit vanligare eller om en ökad andel får behandling i slutenvård. Internationellt förefaller ingen ökning av depressioner under barn- och ungdomsåren ha skett under de senaste 30 åren (85).

Mental retardation

Lindrig utvecklingsstörning, med en intelligenskvot, IQ, mellan 50 och 72, har påvisats bland 13 per 1 000

MENTAL RETARDATION

individer i åldrarna nio till femton år (87). Risken för pojkar är 1,4 gånger högre än för flickor. En internationell översikt visar en högre förekomst av lindrig utvecklingsstörning än i Sverige, i genomsnitt 38 per tusen barn (88). Variationen mellan olika studier är dock påtaglig. Svår mental retardation, med en intelligenskvot, IQ, under 50 förekommer hos 4,5 per tusen barn. (89). Internationella studier visar en liknande genomsnittlig förekomst om 3,8 per tusen barn (88).

Schizofreni och andra psykossjukdomar

Schizofreni är en allvarlig psykisk sjukdom med störd verklighetsuppfattning, desorganiserat tänkande, vanföreställningar och hallucinationer. Schizofreni leder vanligen till perioder med sluten sjukhusvård. Detta innebär att slutenvårdsregistret kan användas för att uppskatta förekomst. De flesta individer med schizofreni insjuknar i ung vuxen ålder och endast ett fåtal under tonårstiden. Under perioden 1998 till 2012 vårdades årligen i genomsnitt 23 per 100 000 personer i åldrarna femton till nitton för schizofreni och andra psykossjukdomar (69). Andelen har varit relativt

SCHIZOFRENI OCH ANDRA SJUKDOMAR

oförändrad under tidsperioden. År 2012 var risken för sjukhusvård till följd av schizofreni 1,4 gånger högre för män än för kvinnor. Uppgifter om sjukhusvård för schizofreni finns för flertalet länder inom EU. Det är dock svårt att bedöma dessa uppgifter eftersom praxis för sjukhusvård varierar mellan olika länder.

SUICID

Suicid

Antalet fullbordade självmord i åldrarna femton till nitton år var under perioden 1997 till 2012 i genomsnitt 6,8 per 100 000 individer (70). I absoluta tal har mellan 25 och 66 unga begått självmord per år under denna tidsperiod. Risken bland män var 1,7 gånger högre än risken bland kvinnor. Eurostat, som redovisar statistik för EU:s medlemsstater, beskriver en dödlighet i suicid i åldrarna femton till nitton år på 4,6 per 100 000 individer under år 2010 inom EU:s 28 medlemsländer, vilket är en en lägre dödlighet än i Sverige (90). I Sverige finns en tendens till ökning av treårsmedelvärden under perioden 1997 till 2012, från 5,7 till 7,2 per 100 000 individer. Inom EU:s medlemsländer har dödligheten sjunkit något under motsvarande period, från 5,4 till 4,6 per 100 000 invånare.

I Sverige är det anmärkningsvärt att andelen självmord har minskat i alla åldersgrupper förutom bland unga. Den nedåtgående trend som finns för självmord bland vuxna och äldre omfattar således inte unga personer,

se figur 9.

Suicidförsök och självskaдебeteende

Den årliga nationella folkhälsoenkäten har en fråga om den som svarat försökt ta sitt liv. Under åren 2006 till 2008 anger 60 per tusen individer i åldrarna sexton till tjugonio år att de någon gång gjort ett sådant försök (91). En minde del av alla självmordsförsök leder till slutet sjukhusvård. I åldrarna femton till nitton år rapporterar Socialstyrelsen att antalet vårdade för självmordsförsök med klart och oklart uppsåt under perioden 2001 till 2013 i genomsnitt var 1,1 per tusen unga män och 3,3 per tusen unga kvinnor per år (92). Fram till år 2007 skedde en ökning till 1,3 per tusen unga män och 3,8 per tusen unga kvinnor för att sedan återgå till liknande värden som år 2001. Risken bland kvinnor var 3,7 gånger högre än risken bland män.

En systematisk översikt av internationella studier identifierade 128 studier av självmordsförsök

bland tonåringar (93). I genomsnitt angav 97 per tusen tonåringar att de gjort ett sådant försök. Förekomsten var således högre än vad som framkommit i den svenska nationella folkhälsoenkäten.

Ångest

Någon svensk populationsbaserad studie av förekomst av diagnosen ångest bland barn och unga, som innefattade intervjuer, har inte identifieras.

I ett översiktsarbete redovisas tjugo internationella studier av diagnosen ångest bland barn och unga (94). Genomsnittligt var förekomsten 150 per tusen individer under ett år. Förekomsten varierar påtagligt mellan olika studier beroende av hur diagnosen definieras och vilka populationer som undersöks. Omkring hälften av alla barn och unga med ångestsymtom har även depressiva symtom (95).

Ätstörningar

Ätstörningar är ett sammanfattande begrepp för en grupp psykiska hälsoproblem som kännetecknas av ett komplicerat förhållande till mat och vikt samt en störd kroppsuppfattning. De aktuella diagnoserna är anorexia nervosa, AN, som innebär självsvalt, bulimia nervosa, BN, som innebär hetsätande med kompensatoriskt beteende som kräkningar eller överdrivet bruk av laxermedel och hetsätningsstörning, som innebär hetsätning utan kompensatoriskt beteende.

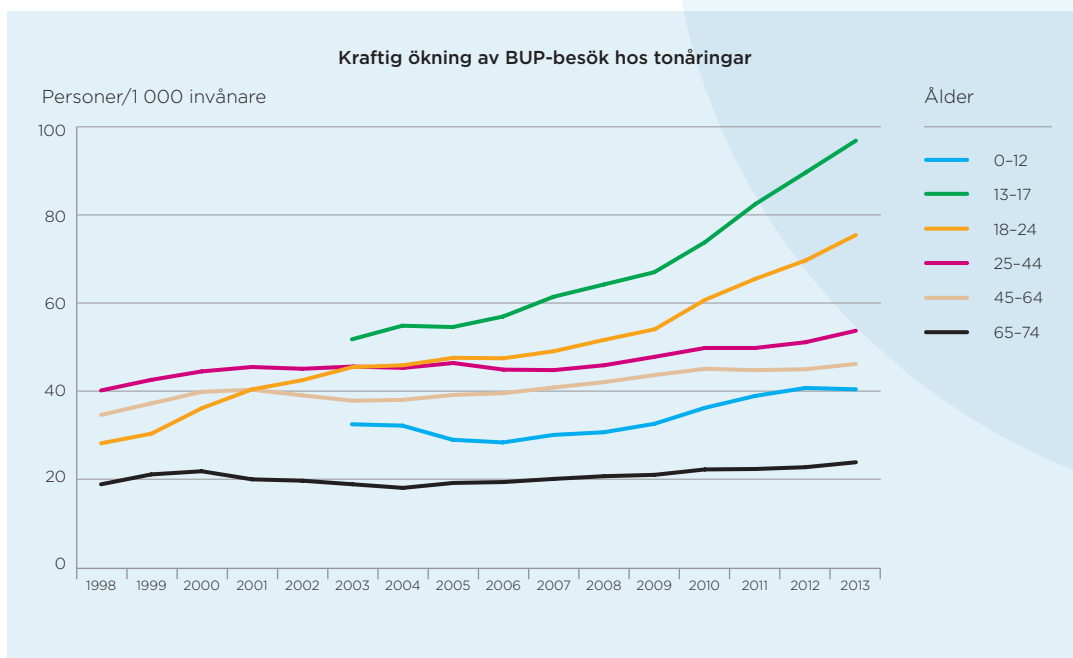
En populationsbaserad undersökning av femtonåringar har genomförts i Västsverige (96). Undersökningen innefattade bedömning av skolhälsovårdens vikt-längdkurvor, upprepade kontakter med skolsköterskor och diagnostiska undersökningar av en psykiater. Förekomsten av AN var 4 per tusen individer. Risken för flickor var åtta gånger högre än risken för pojkar. I en stor svensk registerstudie rapporteras en förekomst av 4,57 per tusen kvinnor och 0,4 per tusen män (97). En systematisk översikt, som behandlar internationella studier, visar en genomsnittlig förekomst av 2 per tusen individer (98). Det är möjligt att den högre förekomsten i de svenska studierna kan förklaras av den omfattande metodik som använts för att påvisa fall.

Ett fåtal studier rapporterar förekomst för BN, och då endast för kvinnor. Resultaten varierar mellan 6,1 per tusen till 40 per tusen individer med det högsta värdet för unga kvinnor mellan tio och nitton år (98). Populationsbaserade studier

ÅNGEST

SUICID-FÖRSÖK OCH SJÄLVSKADEBETEENDE

ÄT-STÖRNINGAR



Figur 10. Diagrammet visar andel personer per 1 000 invånare som söker öppenvård inom vuxenpsykiatri och BUP. Vuxenpsykiatrin tar emot personer som är arton år eller äldre, BUP tar noll- till sjuttonåringar. Källa: Källa: VAL, bearbetat av enheten för psykisk hälsa på Centrum för epidemiologi och samhällsstudier i Stockholm.

har skattat livstidsprevalensen för BN bland kvinnor till mellan 1,7 och 2,9 procent och mellan 0,1 och 0,5 procent bland män. När det gäller hetsättningsstörning är fördelningen mellan könen jämnare med en förekomst mellan 1,9 och 3,5 procent för kvinnor och 1,1 till 3,1 procent för män. Hos personer med hetsättningsstörning är åldern generellt högre (98). Internationellt förefaller den totala förekomsten ha varit oförändrad under det senaste decenniet. Svenska undersökningar av trend över tid saknas.

Psykiatrisk vårdkonsumtion

I Stockholms läns landsting finns lokala vårdregister med data från år 2001 för såväl slutna som öppna barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Inte bara läkarbesök, som i Patientregistret, utan också besök till andra personal-kategorier registreras. Dessa data lämpar sig således väl för att följa vårdkonsumtionen över tid. Man har då sett en kraftig ökning av vårdkonsumtionen bland tretton- till sjuttonåringar liksom hos unga vuxna, arton till tjugofyra år sedan mätningarna började. Fler kvinnor än män har fått vård, se figur 10. Ett exempel



ur statistiken: Under 2013 besökte tio procent av tretton- till sjuttonåringar i Stockholms län BUP, vilket är en ökning med nästan 100 procent sedan 2002 (66). Även hos husläkare har besök från den unga gruppen ökat, men bland unga som söker hjälp för psykiatriska tillstånd är det en betydligt mindre andel som går till husläkare än till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin (99, 100).

Övriga åldersgrupper ligger relativt stabilt vad gäller psykiatrisk specialistvård sedan år 2003. Ett liknande mönster ses inom slutenvården. Det är troligt att vårdkonsumtionen är högre i storstadsregioner än i övriga regioner i landet (16). Detta stöds också av resultat från Östergötland (101).

Samtliga diagnosgrupper har ökat inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården, som depression, ADHD och autismspektrumtillstånd, AST. År 2012 hade exempelvis nästan fyra procent av Stockholms läns tretton- till sjuttonåringar fått en ADHD-diagnos och mer än fem procent en depressionsdiagnos (66). Förekomsten av AST var 2007 cirka en procent bland noll- till sjuttonåringar (76). Vid den senaste mätningen år 2011 hade andelen barn och unga med en AST-diagnos stigit till 1,6 procent. Högst var förekomsten i åldersgruppen tretton till sjutton år där 2,6 procent fått en sådan diagnos (77).

Referenser

1. 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 litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet, 2010.
2. World Health Organisation. Disease Burden. Regional estimates for 2000-2011. 2014 Access Date: 2014-04-05. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index1.html.
3. Davies S.C. (2014). Annual Report of the Chief Medical Officer 2013. Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence. London: Department of Health.
4. Barnombudsmannen. Barnkonventionen. 2014 Access Date: 2014-04-02. Available from: <http://www.barnombudsmannen.se>.
5. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Ungdomspolitik. 2014 Access Date: 2014-04-16. Available from: <http://www.mucf.se>.
6. Mehta N, Croudance T, Davies S.C. (2014). Public mental health: evidence-based priorities. *The Lancet*, doi:10.1016/S0140-6736(14)61400-8.
7. Jahoda M (1958). Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books Inc. Publ.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Mental Health Basics. 2013 Access Date: 2014-04-07. Available from: <http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics.htm>
9. World Health Organisation. What is mental health? 2007 Access Date: 2014-04-02. Available from: <http://www.who.int>.
10. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June–22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
11. Crisp R. Aristotle: Nicomachean Ethics New York: Cambridge University Press, 2000.
12. European Commission. Green paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union Brussels: European Commission, 2005.
13. SKL. Psykisk hälsa. 2014 Access Date: 2014-04-01. Available from: <http://www.skl.se>.
14. Keyes C.C.M. (2006). Mental health in adolescence: Is Americas youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402.
15. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*. 2010;17:110-119.
16. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barn och ungas hälsa, vård och omsorg. Socialstyrelsen, 2013.
17. SBU. Metoder för prevention av psykisk ohälsa hos barn i skolåldern. Stockholm: SBU, 2010.
18. Socialstyrelsen. Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt friskt? Art.nr: 1997-17-20.
19. Ravens-Sieberer U. Kidscreen - Screening for and Promotion of Health related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective. 2004 Access Date: 2014-04-16. Available from: <http://www.kidscreen.de/>
20. Robitail S, Ravens-Sieberer U, Simeoni MC, Rajmil L, Bruil J, Power M, et al. Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Quality of Life Research*. 2007;16(8):1335-45.
21. Folkhälsomyndigheten. Nationell kartläggning av barns psykiska hälsa. 2009 Access Date: 2004-04-08. Available from: <http://www.folkhalsomyndigheten.se>.
22. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S et al. The Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation, Health and Quality of Life Outcomes. 2007;5(1): 63.

23. Statens folkhälsoinstitut. Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2011.
24. <http://www.lansstyrelsen.se/stockholm/Sv/manniska-och-samhalle/folkhalsa/Pages/stockholmsenkaten.aspx?keyword=stockholmsenk%c3%a4ten>.
25. Statistiska centralbyrån. Undersökningar av barns levnadsförhållanden. 2014 Access Date: 2014-04-08. Available from: <http://www.scb.se>.
26. Statistiska centralbyrån, www.scb.se/ulf.
27. Folkhälsomyndigheten (2014). Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12665/Syfte-bakgrund-fragorna-HLV.pdf>
28. Goldberg D, Williams PA. A user's guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson, Windsor. Windsor, Berkshire, England: NFER-Nelson, 1988.
29. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*. 1993;36(6):725-33.
30. Lachman ME, Weaver SL. The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*. 1998;74(3):763.
31. Ouvinen. Jag tycker jag är. Instrument för bedömning av självbild. Stockholm: Psykologförlaget, 1985.
32. Achenbach, TM. Achenbach System of Empirically Based Assessment. 2014 Access Date: 2014-04-08. Available from: <http://www.aseba.org>.
33. Larsson B, Frisk M. Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16 year-old Swedish school children. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;8(19):24-33.
34. Broberg AG, Ekeröth K, Gustafsson PA, Hansson K, Hagglof B, Ivarsson T, et al. Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. Youth Self Report. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;10(3):186-93.
35. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*. 2000; 177:534-9.
36. Smedje H, Broman JE, Hetta J, von Knorring AL. Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1999; 8(2):63-70.
37. Youthinmind. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. 2013 Access Date: 2014-04-08. Available from: <http://www.sdqinfo.org>.
38. Augustsson H, Hagquist C. Kartläggning av studier om nordiska ungdomars psykiska hälsa. NHVs rapportserie 2011:5. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, 2011.
39. Borgstedt-Risberg M. Barns hälsa och miljö i Östergötland. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland, 2005.
40. Burström K, Svartengren M, Egmar AC. Testing a Swedish child-friendly pilot version of the EQ-5D instrument – initial results. *European Journal of Public Health*. 2001; 21:178-83.
41. Burström K, Egmar AC, Lugné A, Eriksson M, Svartengren M. Testing a Swedish child-friendly pilot version of the EQ-5D instrument – the development process. *European Journal of Public Health*. 2011;21:171-177.
42. Socialstyrelsen. Uptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen, 2013.
43. American Psychiatric Association. MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. Danderyd: Pilgrim Press, 2002.
44. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood (DC 0-3 R) (Eppright TD, Bradley S, Sanfacon JA The diagnosis of infant psychopathology: current challenges and recent contributions. *Child Psychiatry & Human Development*. 1998;28(4):213-22.
45. Johannisson K. Melankoliska rum: om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid. Karin Johannisson. Stockholm: Bonnier, 2009.

46. Kärfe E. Hjärnsnöken – DAMP och hotet mot folkhälsan. Stockholm: Symposion, 2000.
47. Socialstyrelsen. Barn- och ungdomspsykiatris metoder – En nationell inventering. Socialstyrelsen, 2009
48. Youthinmind. DAWBA. 2012 Access Date: 2012-04-09. Available from: <http://www.dawba.com/>.
49. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 2000;41(5):645-55.
50. First MB. Handbok: SCID-I och SCID-II för DSM-IV Enskede: TPB, 2007.
51. Personlig kommunikation med Gunilla Ringbäck, Socialstyrelsen.
52. Petersen-Ewert C, Erhart M, Ravens-Sieberer U. Assessing health-related quality of life in European children and adolescents. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2011;35(8):1752-6.
53. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Gosch A, Wille N. Mental health of children and adolescents in 12 European countries-results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychological & Psychotherapy*. 2008;15(3):154-63.
54. UNICEF. Child Poverty in Perspective: An overview of child well-being in rich countries. The United Nations Children's Fund, 2007.
55. Socialstyrelsen. Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa – en studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Rapport, Socialstyrelsen 2012.
56. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO, 2012.
57. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
58. Kungliga Vetenskapsakademien. State of the Science Konferens Preliminärt Uttalande. Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. 12-14 april, 2010.
59. Kadesjö B, Gillberg C. Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old children. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1998;40(12):796-804.
60. Larsson JO, Larsson H, Lichtenstein P. Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symptoms between 8 and 13 years of age: a longitudinal twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(10):1267-75.
61. Holmberg K, Sundelin C, Hjern A. Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): can high-risk children be identified in first grade? *Child: Care, Health & Development*. 2013;39(2):268-76.
62. Hjern A, Weitoft GR, Lindblad F. Social adversity predicts ADHD-medication in school children—a national cohort study. *Acta Paediatrica*. 2010;99(6):920-4.
63. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
64. Lagerberg D, Mellbin T, Sundelin C, Vuille J. Growing up in Uppsala. The "new morbidity" in the adolescent period. A Longitudinal epidemiological study based on school data and some external sources. *Acta Paediatrica*. 1994;83(Suppl 398).
65. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2014.
66. Framtaget av CES ur VAL-databaserna.
67. Bergman H, Kallmen H. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol & Alcoholism*. 2002;37(3):245-51.
68. Kallmen H, Wennberg P, Leifman H, Bergman H, Berman AH. Alcohol habits in Sweden during 1997-2009 with particular focus on 2005 and 2009, assessed with the AUDIT: a repeated cross-sectional study. *European addiction research*. 2011;17(2):90-6.

69. Socialstyrelsen. Diagnoser i slutna vård. 2014
Access Date: 2014-04-13. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>.
70. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker. 2014
Access Date: 2014-04-13. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>.
71. Leifman H. Färre alkoholkonsumenter och minskat drickande. *Alkohol & Narkotika*, nummer 3/2013.
72. Hallgren M, Leifman H, Andreasson S. Drinking less but greater harm: could polarized drinking habits explain the divergence between alcohol consumption and harms among youth? *Alcohol & Alcoholism*. 2012;47(5):581-90.
73. Hemmingsson T, Lundberg I, Diderichsen F, Allebeck P. Explanations of social class differences in alcoholism among young men. *Social Science & Medicine*. 1998;47(10):1399-405.
74. Gillberg C, Cederlund M, Lamberg K, Zeijlon L. Brief report: "the autism epidemic". The registered prevalence of autism in a Swedish urban area. *Journal of Autism Developmental Disorders*. 2006;36(3):429-35.
75. Nygren G, Cederlund M, Sandberg E, Gillstedt F, Arvidsson T, Carina Gillberg, Westman Andersson G, Gillberg C. The prevalence of autism spectrum disorders in toddlers: a population study of 2-year-old Swedish children. *Journal of Autism & Developmental Disorders*. 2012 Jul;42(7):1491-7.
76. Idring S, Rai D, Dal H, Dalman C, Sturm H, Zander E, Lee BK, Serlachius E, Magnusson C. Autism spectrum disorders in the Stockholm Youth Cohort: design, prevalence and validity. *PLoS One*. 2012;7(7):e41280.
77. Centrum för Epidemiologi och samhällsmedicin (2014). Autismspektrumtillstånd bland barn och unga i Stockholms län. *Faktablad* 2014:2.
78. Rai D, Lewis G, Lundberg M, Araya R, Svensson A, Dalman C, et al. Parental socioeconomic status and risk of offspring autism spectrum disorders in a Swedish population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(5):467-76 e6.
79. Williams JG, Higgins JP, Brayne CE. Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders. *Archives of Disease in Childhood*. 2006;91(1):8-15.
80. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E, Laska E, Lim EC, Cheon KA, Kim SJ, Kim YK, Lee H, Song DH, Grinker RR. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*. 2011 Sep;168(9):904-12.
81. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcin C, Montiel-Nava C, Patel V, Paula CS, Wang C, Yasamy MT, Fombonne E. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*. 2012 Jun;5(3):160-79.
82. Olsson G, von Knorring A. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999;99(5):324-31.
83. Larsson B, Melin L. Depressive symptoms in Swedish Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1990;18:91-103.
84. David AS, Zammit S, Lewis G, Dalman C, Allebeck P. Impairments in cognition across the spectrum of psychiatric disorders: evidence from a Swedish conscript cohort. *Schizophrenia Bulletin*. 2008;34(6):1035-41.
85. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 2006;47(12):1263-71.
86. Hammarström A. Ungdomsarbetslöshet och ohälsa. Resultat från en två-årsuppföljning. Stockholm: Karolinska Institutet, 1986.
87. Fernell E. Mild mental retardation in school-children in a Swedish suburban municipality: prevalence and diagnostic aspects. *Acta Paediatrica*. 1996;85(5):584-8.
88. Leonard H, Wen X. The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*. 2002;8(3):117-34.

89. Fernell E. Aetiological factors and prevalence of severe mental retardation in children in a Swedish municipality: the possible role of consanguinity. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1998;40(9):608-11.
90. Eurostat. Suicide death rate, by age group – Crude death rate per 100 000 persons. 2014 Access Date: 2014-04-13. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.
91. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten 2014 Access Date: 2014-04-14. Available from: <http://www.folkhalsomyndigheten.se>.
92. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för yttre orsaker till skador och förgifningar. 2014 Access Date: 2014-04-13. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/yttreorsakertillskadorochforgifningar>.
93. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide & Life-threatening Behavior*. 2005;35(3):239-50.
94. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2009;32(3):483-524.
95. Brady EU, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*. 1992;111(2):244.
96. Rastam M. & Gillberg C. The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1991;30:283-289.
97. Ahrén JC. et al. We are family – parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *International Journal of Eating Disorders*. 2013;46:693-700.
98. Smink FR, van Hoeken D, & Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*. 2012; 14:406-414
99. Kosidou K, Airaksinen E, Dal H, Åsbring N, Dalman C. Unga vuxna med självrapporterad psykisk ohälsa. Var söker de hjälp inom landstingsvården? Söker de i högre utsträckning än andra? En jämförelse med andra åldersgrupper. Rapport 2014:2. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 2014.
100. Åsbring N, Dal H, Ohrling M, Dalman C. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Läkartidningen*. 2014;111:CZCP.
101. Personlig kommunikation med Tomas Bokström, Sveriges Kommuner och Landsting.

Bilaga 1

Bedömningsinstrument som används inom BUP enligt Socialstyrelsens rapport Barn- och ungdomspsykiatrins metoder – en nationell inventering (2009).

GENERELLA FRÅGEFORMULÄR

Child Behavior Checklist (CBCL) är ett instrument för föräldrarnas eller lärarnas skattning av utagerande och inåtvända problem (ref). Instrumentet finns i två versioner: en för barn i åldrarna ett och ett halvt till fem år som består av hundra frågor och en för barn i ålder sex till arton år som består av 120 frågor. Grundat på svaren beräknas två separata poängsummer, en för utagerande och en för inåtvända problem, och de slås sedan samman. En ytterligare uppdelning av resultatet kan ske i åtta delskalor: ångest/depression, tillbakadragen/depression, kroppsliga besvär, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem, regelbrytande och aggressivt beteende (Achenbach TM and Ruffle TM. The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatr Rev.* 2000; 21(8): 265-71.)

Nordiskt formulär rörande barns utveckling och beteende i åldrarna fem till femton år (NF 5-15) är ett frågeformulär för föräldraskattning av barnets funktion beträffande förmågor och problemområden med huvudsyfte att screena för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar inklusive ADHD (Kadesjö B, Janols LO, Korkman M, Mickelsson K, Strand G, Trillingsgaard A, et al. The FTF (Five to Fifteen): the development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13:Suppl 3:3-13.)

Strengths and Difficulties questionnaire (SDQ) är ett instrument för skattning av utagerande och inåtvända problem. Instrumentet finns i två versioner: en för barn i åldrarna fyra till sexton år som besvaras av föräldrar eller lärare och en för barn i åldrarna elva till sexton år som besvaras av barnen själva. Svaren kan delas upp i fem delskalor: emotionella problem, beteendeproblem, hyperaktivitet/bristande koncentration, kamratproblem och prosocialt beteende. Resultatet från de första fyra skalorna kan summeras till en samlad problemsumma.

DIAGNOSTISKA INTERVJUER

Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) är ett semistrukturerat intervjuinstrument för diagnosticering av samtliga ångeststörningar enligt DSM-IV. Instrumentet består av en barn- och en föräldradel (Silverman WK, Saavedra LM, Pina AA. Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 Aug 40(8):937-44.)

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) är ett intervjuinstrument för diagnosticering av beteenden relaterade till autism och autismspektrumsstörningar enligt DSM-IV. Instrumentet består av 93 item som fokuserar på tre beteendemässiga områden: språk och kommunikativa förmågor, social interaktion, begränsade, repetitiva och stereotypa beteendemönster och intressen (Moss J, Magiati I, Charman T, Howlin P. Stability of the Autism Diagnostic Interview-Revised from Pre-School to Elementary School Age in Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* 2008 Jul 38(6):1081-91.)

Development and Well-Being Assessment (DAWBA) är ett strukturerat diagnostiskt intervjuinstrument som används för att ställa psykiatriska diagnoser enligt DSM-IV på barn och unga i åldrarna fem till sjutton år. Instrumentet består av intervjuer, frågeformulär, bland annat SDQ, och skattningsmetoder (Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000; 41(5): 645-55.)

Diagnostic Interview for Social and Communication disorders (DISCO) är en semistrukturerad föräldrantervju avsedd att för att identifiera barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd. Intervjun består av cirka 400 frågor som berör följande områden: utveckling av färdigheter, repetitiva stereotypa aktiviteter, emotioner och social interaktion (Wing L,

Leekam SR, Libby SJ, Gould J, Larcombe M. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002 Mar;43(3):307-25.)

Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) är ett semistrukturerat intervjuinstrument för diagnostisering av depression, ångesttillstånd, beteendestörning med mera enligt DSM-IV på barn och unga i åldrarna fem till femton år (Ambrosini PJ. Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Jan 39(1):49-58.)

SPECIALISERADE FRÅGEFORMULÄR OCH SYMTOMSKATTNINGSSKALOR

Child Mania Rating Scale (parent) (CMRS-P) är en skattningsskala som fylls i av föräldrar för att identifiera mani hos barn och ungdomar. Skalan består av 21 items (Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Birmaher B. Child mania rating scale: development, reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(5):550-60.)

Children's Global Assessment Scale (C-GAS) är en skattningsskala för bedömning av den generella psykosociala funktionsnivån (hemma, i skolan och med kamrater) av barn och ungdomar i åldrarna fyra till tjugo år (Bird HR, Canino G, Rupio-Stipeck M, Ribera JC. Further measures of the psychometric properties of the Children's Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry* 44: 821-824.)

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) är en skattningsskala för svårighetsgraden av tvångssyndrom hos barn och tonåringar i åldrarna sex till sjutton år. Skalan finns i tre versioner: en för självrapportering, en föräldraversion och en klinikeradministrerad. Den består av två delskalor som omfattar tvångshandlingar, fem items, och tvångstankar, fem items (Goodman WK, Price LH. Assessment of severity and change in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992 Dec;15(4):861-9.)

Early Assessment Risk List for Boys 20 (EARL-20B) är en föräldraintervju för att bedöma risken för antisocialt beteende hos pojkar under tretton år. Intervjun omfattar 20 faktorer uppdelade på familjefaktorer, barnfaktorer och faktorer som berör mottaglighet för behandling hos barn och familj (Early Assessment

Risk List for Boy, EARL-20B, version 2. Augimeri LK, Koegl CJ, Webster CD, Levene KS. Svensk översättning Enebrink P, Långström N, Gumpert C. Email: kbt.tjanst@bredband.net)

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) är ett självskattningsinstrument för diagnostik av ätstörningar. Skalan består av 36 frågor fördelade på fyra delskalor: graden av restriktivt ätande, upptagenhet av tankar kring mat och ätande samt ångest eller skuld efter man ätit något, upptagenhet av tankar kring sin kroppsform och missnöjet med kroppen, upptagenhet av tankar kring vikten. En totalpoäng av alla delskalor kan beräknas för att spegla ätstörningens svårighetsgrad (Carter JC, Stewart DA, Fairburn CG. Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behav Res Ther*. 2001 May 39(5):625-32.)

High-functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) är ett screeninginstrument för Aspergers syndrom hos barn och ungdomar med normal intelligens eller mild utvecklingsstörning. Instrumentet består av 27 items (Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *J Autism Dev Disord* 1999 Apr 29(2):129-41.)

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) är en skattningsskala utvecklad för att mäta förändring i grad av depression. Skalan finns i två versioner: en klinikeradministrerad och en självskattningsversion (MADRS-S). Självskattningsversionen består av nio frågor som omfattar följande symtom: sinnesstämning, oroskänslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism samt livslust (Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979 Apr;134:382-9.)

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) är en skattningsskala för ångest hos barn och tonåringar i åldrarna åtta till nitton år. Skalan består av 39 frågor fördelade på fyra delskalor: fysiska symtom, separationsångest, social ångest och undvikande av skada (van Gastel W, Ferdinand RF. Screening capacity of the Multidimensional Anxiety Scale for children (MASC) for DSM-IV anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2008;25(12):1046-52.)

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED) är en skattningsskala för ångest hos barn och tonåringar i åldrarna nio till nitton år. Skalan består av 85 påståenden fördelade på fem

delskalor: panik/somatik, generaliserad ångest, separationsångest, social fobi och skolfobi (Muris P, Steerneman P. The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): first evidence for its reliability and validity in a clinical sample. *Br J Clin Psychol.* 2001 Mar;40(Pt 1):35-44.)

Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP-IV) är ett instrument för föräldrarnas, lärarnas och behandlarnas skattning av symtom på ADHD

och trotsyndrom. Den svenska versionen av instrumentet består av 30 frågor fördelade på tre delskalor: uppmärksamhetsstörning, impulsivitet/hyperaktivitet och trots (Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Wei Hou, Garvan CW, Eyberg SM, et al. Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment.* 2008 Sep 15(3):317-28.)

Bilaga 2

Instrument som inkluderades i Socialstyrelsens rapport *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska översikter* (2013).

Beck depression Inventory – primary care (BDI-PC)

BDI – primärvård omfattar sju frågor som hämtats från BDI-II. Instrumentet bedöms fånga upp DSM-IV-kriterierna för depression och används mycket i Sverige. (Beck, Guth, Steer & Ball. *Behav. Res. Ther.* 1997;35: 785-791.)

Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-DC)

CES-DC är ett instrument som har utvecklats för att besvaras av barn i åldrarna tolv till arton år (Fendrich, Weissman & Warner. *American Journal of Epidemiology*, 1990;131:538-51). Det består av 20 frågor där svaren kan delas upp i nio grupper. Resultat från en studie av svenska tonåringar har publicerats i *European Child and Adolescent Psychiatry* (Olsson & Knorrning, 1997).

Clinical Interview Schedule Revised (CIS -R)

CIS-R mäter fjorton olika psykiska symtom (nedstämdhet, ångest, hälsorelaterad oro, generell oro, trötthet, sömnproblem, depressivitet, panikattacker, fobier, tvångstankar och koncentrationssvårigheter) som man har haft under den senaste veckan, på en 4-gradig skala (Lewis, Pelosi, Araya & Dunn. *Psychological Medicine*, 1992;22:465-486.)

Conner's Teacher Rating Scale (CTRS)

CTRS är anpassat för barn i åldrarna sex till sexton år och ska fyllas i av vårdnadshavare och/eller lärare. Formuläret för föräldrar har 48 frågor uppdelat i fem delskalor som berör utåtriktade problem, inlärnings-

problem, psykosomatik, impulsivitet, hyperaktivitet och ångslan. Formuläret för lärare har 28 frågor uppdelat i tre delskalor som berör utåtriktade problem, hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem (Conners, C. K. (1994). *The Conners Rating Scales: Use in clinical assessment, treatment planning and research.* In M. Maruish (Ed.), *Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 550-578). Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.)

Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (DBDRS)

DBDRS mäter genom 42 frågor på en fyrgradig skala hyperaktivitet, impulsivitet, uppmärksamhetsproblem samt norm- och regelbrytande beteende. Skattningen görs av vårdnadshavare eller lärare. Barnversionen heter Kiddie-DBDRS. (Silva RR, Alpert M, Pouget E, Silva V, Trosper S, Reyes K, Dummit S. (2005). A rating scale for Disruptive Behavior Disorders, based on the DSM-IV item pool. *Psychiatric Quarterly*, 76, 327-339.)

Early Childhood Inventory (ECI-4)

ECI-4 mäter barns emotionella och beteendemässiga problem. Skalan är anpassad för barn mellan tre och fem år och besvaras av lärare eller vårdnadshavare. ECI-teacher checklist screenar för tretton olika problem och innehåller 87 frågor. ECI-4-parent checklist screenar för femton problem och innehåller 108 frågor. (Sprafkin J, Volpe RJ, Gadow KD, Nolan EE & Kelly K. (2002). A DSM-IV-referenced screening instrument for preschool children: The Early

Childhood Inventory-4. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2002;41:604-612.)

Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)

MFQ instrumentet är baserat på DSM-IV-kriteriet för depression och är anpassat för barn mellan åtta och arton år. Det består av 32 frågor eller påståenden som handlar om hur barnet känt sig och agerat de senaste två veckorna. Dessa rankas på en tregradig skala (Angold, Costello. *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ).* Developmental epidemiology program. Duke University, Durham, NC, 1987.)

Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)

PHQ-A är ett formulär där allmän psykisk hälsa hos ungdomar i primärvården skattas 83 påståenden i fyra delskalor ingår där nedstämdhet, depressiva symtom, ångest och alkohol- och drogproblem skattas. Patienten får svara på hur han eller hon har känt sig de senaste två veckorna. (Spitzer & Johnson. *The patient health questionnaire, adolescent version.* Biometrics Research Unit, New York State Psychiatric Institut, 1995.)

Physical Aggression Scale for Early Child (PASEC)

PASEC består av elva frågor och mäter aggressivitet hos barn i åldrarna ett till tre år under de senaste två månaderna. Barnets beteende skattas på en tregradig skala av vårdnadshavare (Alink LRA, Mesman J, Van Zeijl J, Stolk MN, Juffer F, Koot HM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. 2006. *The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10- to 50-month-old children.* *Child Dev.* 77:954-966.)

Safe Times Questionnaire (STQ)

STQ är ett formulär bestående av 45 frågor inom olika delområden där psykosociala problem såsom sexualitet, droger/alkohol, våld, depression, familjekonflikter, utbildning och riskbeteende i trafiken skattas. Dessa områden besvaras på en fyrgradig skala (Schubiner H, Tzelepis A, Wright K, Podany E. (1994). *The clinical utility of the Safe Times Questionnaire.* *Journal of Adolescent Health,* 15, 374-82.)

För en bredare insikt, se även

Aktuell forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa

UNDER 2012–2017 finansierar Forskningsrådet Formas, Forte, Vetenskapsrådet och VINNOVA 300 miljoner kronor till forskning om barn och ungas psykiska hälsa. Spännande och viktig forskning är nu igång. I den här publikationen beskrivs den forskning som pågår bland de 15 forskargrupper som fick finansiering i den första utlysningssomgången.

Finns att beställa eller ladda ned på: www.forte.se/bokhandel



Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd – en kunskapsöversikt

FÖRFATTARE: *Sven Bremberg*, barnläkare, expert i hälsofrågor som rör barn, unga och psykisk hälsa vid Folkhälsomyndigheten samt docent i socialmedicin vid Karolinska Institutet och *Christina Dalman*, överläkare i socialmedicin, enhetschef på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin samt professor i psykiatrisk epidemiologi vid Karolinska Institutet.

VETENSKAPLIGA GRANSKARE: *Anne-Liis von Knorring*, professor emerita i barn- och ungdomspsykiatri vid institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet, *Lene Lindberg*, psykolog vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, docent i psykologi vid Uppsala universitet och lektor folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet samt *Eva Serlachius*, överläkare i barn- och ungdomspsykiatri vid BUP i Stockholm och docent i barn- och ungdomspsykiatri vid Karolinska Institutet.

Beata Jablonska, med. dr. och beteendevetare, har bidragit med värdefulla synpunkter och viss text. Dessutom har *Lena Jörgensen*, fil. mag. och statistiker, *Susanne Wicks*, med. dr. och statistiker samt *Nina Åsbring*, med. dr. hjälpt till med noggrann genomläsning, referenser och framtagande av diagram och statistik. Samtliga arbetar på enheten för psykisk hälsa på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Stockholm.

FORMGIVARE: *André Wognum* · TECKNARE: *Tommy Swahn* · REDAKTÖR: *Annika Lund* · TRYCK: *JustNu*

Ladda ned den här publikationen från: www.forte.se. Har du frågor eller synpunkter på den här produkten? Ring oss gärna på 08-775 40 70 eller mejla på info@forte.se.

Utgiven av Forte, Box 894, 101 37 Stockholm. Tryckår: 2015.

FORMAS stödjer grundforskning och behovsstyrd forskning inom områdena miljö, areella näringar och samhällsbyggande. Formas främjar en ekologiskt hållbar tillväxt och utveckling i samhället.

Formas är en statlig myndighet som styrs från Miljö- och Landsbyggsdepartementen och finansierar årligen forskning för drygt en miljard kr.

FORTE, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, finansierar och initierar forskning för att främja människors hälsa, arbetsliv och välfärd.

Årligen finansierar Forte forskning för i storleksordningen 570 miljoner kronor. Andra centrala delar av verksamheten är analys och utvärdering, arbete för ökat nationellt och internationellt utbyte samt kommunikation. Forte är en myndighet under Socialdepartementet.

VETENSKAPSRÅDET är en myndighet under utbildningsdepartementet med tre huvudsakliga verksamhetsområden: forskningsfinansiering, forskningspolitisk analys och forskningskommunikation. Vetenskapsrådet har en ledande roll för att utveckla svensk forskning av högsta vetenskapliga kvalitet och bidrar därmed till samhällets utveckling. Årligen finansierar Vetenskapsrådet forskning för ca 5,7 miljarder kronor.

VINNOVA är Sveriges innovationsmyndighet. Vi stärker Sveriges innovationskraft för hållbar tillväxt och samhällsnytta.

VINNOVAs vision är att Sverige ska vara ett globalt ledande forsknings- och innovationsland som är attraktivt att investera och bedriva verksamhet i. Vi främjar samverkan mellan företag, universitet och högskolor, forskningsinstitut och offentlig verksamhet. Varje år investerar VINNOVA ca 2 miljarder kronor i olika insatser. VINNOVA är en myndighet under Näringsdepartementet.

