

Hur mår Stockholms ungdomar?

**En studie av risk- och skyddsfaktors betydelse
för psykisk ohälsa**

Anders Ekstrand

Anders Ekstrand
Hur mår Stockholms ungdomar?
- en studie av risk- och skyddsfaktorerens betydelse för psykisk ohälsa
Forsknings- och Utvecklingsenheten,
Stockholms stadsledningskontor

FoU-rapport 2006:7

Forsknings- och Utvecklingsenheten, 105 35 Stockholm
Rapporten finns elektroniskt på vår hemsida
[www.stockholm.se/ fou](http://www.stockholm.se/fou)

Tryckt hos Xerox PrintCenter Stadshuset

ISSN: 1404-3351

ISRN: S-SotF-FoU—06/7-SE

FÖRORD

Med jämna mellanrum görs det gällande att många ungdomar mår psykiskt dåligt. Den bedömningen bygger påfallande ofta på små och icke-representativa studier eller på indirekta resultat. I denna rapport presenteras psykisk ohälsa hos nästan 10 000 Stockholms elever i grundskolans årskurs 9 och gymnasiet år 2.

Rapporten utgör en redigerad version av en examensuppsats i psykologi som Anders Ekstrand skrev vårterminen 2006 vid Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.Handledare för uppsatsen var undertecknad samt professor Lennart Melin och examinator professor Ann-Margret Rydell.

Resultaten som rapporten baseras på är hämtat från 2004-års drogvaneinventering med Stockholms elever. Från samma drogvaneinventering finns ytterligare fyra FoU-rapporter: en om stabilitet och förändringen över tid för elevers drogbruk, kriminalitet och bristande skolanpassning¹, en om skolkare, en om mobbare och en om könsskillnader i riskfaktorer för normbrott. Mer resultat från 2004-års drogvaneinventering finns på Internet: www.prevention.se.

Stockholm september 2006

Knut Sundell
Forskningsledare

¹ El-Khoury & Sundell (2005); Sundell, El-Khoury & Månsson (2005); Collin, El-Khoury & Sundell (2005); El-Khoury, Sundell & Strandberg (2005)

SAMMANFATTNING

Syftet med denna studie var att undersöka hur skolungdomar mår psykiskt, hur psykisk ohälsa är relaterat till vanligt förekommande normbrott samt att granska hur risk- och skyddsfaktorer är relaterade till psykisk ohälsa. Med psykisk ohälsa avses psykosomatiska besvär, emotionella problem samt självförtroendeproblem. Undersökningen bygger på enkätsvar från 9 915 stockholmselever i högstadiets årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2.

Resultaten visade att psykisk ohälsa var vanligare bland flickor än pojkar (oberoende av stadium) och vanligare bland eleverna i gymnasiet än i grundskolan (oberoende av kön). Det symptom som var ovanligast för samtliga fyra grupper var att vara rädd utan att veta varför, något som varierade mellan 2,9 (grundskolepojkar) och 6,3 (gymnasieflickor) procent. Det symptom som var vanligast för samtliga grupper var ha svårt att somna, något som varierade mellan 46,2 (gymnasieflickorna) och 32,1 (grundskolepojkarna) procent.

Med hjälp av 15 risk- och skyddsfaktorer kunde mellan 27 (gymnasiepojkar) och 36 (grundskoleflickor) procent av variansen i psykisk ohälsa förklaras. Det var ungefär samma risk- och skyddsfaktorer som förefaller viktiga för psykisk ohälsa: ilska, skolfrånvaro, brottsoffer, att vara mobbad, bristande anknytning, låg känsla av sammanhang och låg skoltrivsel.

För samtliga grupper ökade andelen med psykisk ohälsa i takt med antalet riskfaktorer. Av de utan riskfaktorer var det i princip ingen som visade tecken på psykisk ohälsa medan andelen för de med nio eller flera riskfaktorer var 73 respektive 79 procent för flickorna och 32 respektive 51 procent för pojkarna.

Slutligen var sambanden svaga mellan psykisk ohälsa och sex olika undersökta normbrott. För flickorna var sambanden något starkare mellan psykisk ohälsa och tobak och alkoholkonsumtion, medan de för pojkar var något starkare mellan psykisk ohälsa och kriminalitet.

Resultaten ger ledtrådar om hur det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa skall utformas.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, risk och skyddsfaktorer, skolungdom, normbrott

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	7
Psykisk ohälsa	7
Förekomst av psykisk ohälsa	9
Utveckling och förändring över tid	10
Psykisk ohälsa i denna studie	11
Normbrott	11
Risk- och skyddsfaktorer	12
Syfte	13
METOD	16
Undersökningsgrupp	16
Datainsamlingsmetod	17
Normbrott	20
Statistiska analyser	21
RESULTAT	22
Förekomst av psykisk ohälsa bland pojkar och flickor	22
Risk- och skyddsfaktorer som förklarar psykisk ohälsa	26
Antal risk- och skyddsfaktorer och förekomst av psykisk ohälsa	27
Relationen mellan psykisk ohälsa och olika normbrott	28
DISKUSSION	30
Psykisk ohälsa – ett begrepp med varierande innebörd	33
Studiens styrkor och svagheter	34
Praktiska implikationer	34
REFERENSER	35
BILAGA A – C	38

INLEDNING

Ungdomstiden mellan 15 och 18 år är en turbulent tid i en människas liv. Då står individen på gränsen mellan ungdom och vuxenliv och kraven på självständighet ökar för varje år. Kunskapen om hur ungdomar i dessa åldrar mår är begränsad. En jämförelse kan göras med ungdomars alkohol- och narkotikabruk där stora återkommande enkätundersökningar har genomförts sedan 1970-talet. Regeringen gav 2001 Socialstyrelsen i uppdrag att komma med förslag på hur liknande undersökningar kan genomföras för att kartlägga psykisk ohälsa. Utredningen är färdig och beslut väntar². I en rapport från Centrum för barns utveckling från 1998 fastslås att de psykiska hälsofrågorna blir allt viktigare relaterat till svenska skolungdomars välbefinnande. Medan den fysiska hälsan har förbättrats på många sätt så finner man inga tecken på förbättring av den psykiska hälsan³.

I denna studie kommer förekomsten av psykisk ohälsa hos 9 915 ungdomar att studeras. Dessutom granskas vilka faktorer som är relaterade till psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa

Skillnaden mellan psykisk hälsa och ohälsa är inte självklar. Definitioner av hälsa respektive ohälsa förändras och omformas i takt med vetenskapliga upptäckter och förändrade attityder och diskurser i samhället. I dag kan psykisk ohälsa innefatta allt från kliniska diagnoser som ätstörningar och social fobi till neuropsykiatriska diagnoser som ADHD. Det kan även handla om höga blodtrycksvärden orsakade av stress eller om något nedsatt välbefinnande. Det gör att gränsen mellan psykisk hälsa och ohälsa är relativ.

Någon enhetlig definition av vad psykisk ohälsa innefattar finns således inte. Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag på hur återkommande nationella undersökningar om barns och ungdomars psykiska hälsa kan mätas. Det förslag på enkäter som ges här kategoriserar enkätfrågorna till psykosomatiska besvär, introverta psykiska problem (t.ex. ångslan, nedstämdhet och tillbakadragenhet) samt extroverta psykiska problem (t.ex. dålig självkontroll, aggressivitet samt normbrytande beteende)⁴. En liknande uppdelning har Statistiska Centralbyrån (2005a) använt sig av i deras årliga undersökningar av levnadsförhållande.

² Socialstyrelsen (2005)

³ Bremberg (1998)

⁴ Socialstyrelsen (2005)

En uppdelning av Achenbach som ofta används för studier i psykisk ohälsa är förekomst av utåtriktade (extroverta) och inåtvända (introverta) symtom. Inåtvända symtom betraktas som psykosomatiska besvär, oro eller ångest samt depressiva symtom. Utåtriktade symtom betraktas som uppmärksamhetstörningar, uppförandestörningar samt självskadande beteende. Flickor rapporterar i de flesta studier mer psykiska problem av inåtvänd natur medan pojkar tenderar att uppvisa mer utåtriktade symtom. Denna uppdelning har stöd i en rad faktoranalyser över barns och ungdomars anpassningsproblem⁵. En alternativ benämning av Achenbach (1990) är i under- och överkontroll. Underkontrollerade störningar (utåtriktade symtom) innebär låg ångestnivå, bristande sociala förmågor samt dålig impuls kontroll. Överkontrollerade störningar (inåtvända symtom) som depression innebär hög ångestnivå, social introversion samt hårda internaliserade bedömningar. Utåtriktade och inåtvända symtom samvarierar och påverkar varandra. Utåtriktade problem tenderar att öka sannolikheten för inåtvända problem medan inåtvända problem har visat sig minska risken för utåtagerande problem⁶. Denna samsjuklighet (komorbiditet) varierar även beroende på hur mätningar genomförs. I kliniska studier finns betydligt högre samvariation mellan inåtvända symtom och utåtagerande beteende än i epidemiologiska studier⁷.

En annan gränsdragning görs i två diagnosmanualer för hälso- och sjukvården: DSM-IV och ICD-10⁸. Depression diagnostiseras med hjälp av en lista på olika symtom där personen skall ha uppvisat ett visst antal för att bli diagnostiserad. Här finns således information om vilka beteenden hos individen som kan tyda på depression och nedstämdhet⁹.

Psykosomatiska besvär är kroppsliga sjukdomstillstånd som helt eller delvis orsakas, vidmakthålls eller förvärras av psykiska faktorer. Psykosomatiska besvär kan vara relaterade till inre personlighetsdrag (t ex hög grad av oro) men även till en individs livsstil (t ex höga krav på prestationer). Eftersom yttre stimuli upplevs olika beroende på psykologiska faktorer kan psykosomatiska besvär även vara relaterade till påverkan av substanser och miljöfaktorer (t ex tobaksrökning och buller)¹⁰. De typer av psykosomatiska besvär som undersöks i denna studie är huvudvärk, nervös mage, dålig aptit samt sömnstörningar.

Samsjuklighet mellan depression, psykosomatiska besvär och ångest är hög. Detta gäller för både flickor och pojkar under ungdomsåren¹¹. I en klinisk studie konstaterades att 91 procent av 16-17 åringar som diagnostiserades som deprimerade uppfyllde även kriterier för ångestrelaterade diagnoser¹².

⁵ Wångby (1997); Lindberg, Larsson & Bremberg (1992)

⁶ Wångby (1997)

⁷ McConaughy & Achenbach (1994)

⁸ SBU (2004)

⁹ DSM (1995)

¹⁰ Reber & Reber (2001)

¹¹ Lewinsohn, Shankman, Gau & Klein (2004)

¹² Olsson & von Knorring (1997)

Förekomst av depressiva symtom och psykosomatiska besvär kan antingen betraktas som kategorier eller som dimensioner. Gränsdragningar runt ohälsobegrepp är problematiska, varför dimensioner är ett bättre sätt att betrakta ohälsa och ohälsomått, dvs. gradskillnader på ett kontinuum.

Förekomst av psykisk ohälsa

Att studera psykisk ohälsa kan göras på en mängd olika sätt då begreppen ej är klart definierade. Allt ifrån kliniska studier där definitionsramarna består av DSM-IV kriterier, till intervju och enkätundersökningar där frågorna och svarsalternativen definierar förekomst.

SBU sammanfattar i sin rapport från 2004 att det är rimligt att uppskatta livstidsprevalensen för depression i västvärlden till mellan 17 och 18 procent och att det finns studier som pekar på en lika hög frekvens bland unga vuxna. Vidare summerar man att depression hos barn är relativt ovanligt men ökar snabbt under puberteten, framför allt bland flickor. Det finns starkt stöd för att det rör sig om samma slags depression som hos vuxna. Symtombilden präglas dock i högre utsträckning av ökat sömnbehov, försämrade skolprestationer och utagerande beteende¹³.

En longitudinell epidemiologisk studie från USA¹⁴ där 1 709 ungdomar mellan 14 och 18 år vid två tillfällen genomgick en klinisk diagnostisk intervju visade på höga förekomster av depression enligt DSM-IV. De uppskattar att 28 procent av ungdomar kommer att ha genomlidit en depression före 19 års ålder. För flickor var andelen 35 procent och för pojkar 19 procent. Från att vara relativt ovanligt i yngre åldrar ökar prevalensen för depression drastiskt vid 13 till 14 års ålder för båda könen. Det är även här som könsskillnaderna uppstår och från och med puberteten blir ungefär dubbelt så många flickor som pojkar deprimerade.

I en studie av svenska ungdomar mellan 12 och 16 år fann man att 16 procent av pojkarna och 30 procent av flickorna kände sig deprimerade minst en gång i veckan¹⁵. Dessa siffror är alarmerande med tanke på att de som lider av depressiva symtom löper nästan tre gånger så stor risk att utveckla en depressiv sjukdom jämfört med en normalbefolkning. Dessutom löper de ungdomar som en gång haft en depression en kraftigt förhöjd risk att få ytterligare depressioner senare i livet. Risken att återinsjukna inom fem till åtta år uppgår till mellan 75 och 100 procent¹⁶.

¹³ SBU (2004)

¹⁴ Lewinsohn, Rohde & Seely (1998)

¹⁵ Cederblad (1996)

¹⁶ Olsson & von Knorring (1997)

När det gäller psykosomatiska besvär är huvudvärk vanligast¹⁷. Av svenska barn och ungdomar i skolåldern uppger mellan sju och 22 procent att de har huvudvärk en gång i veckan eller oftare och en till två procent uppger att de har daglig huvudvärk¹⁸. En annan svensk studie visar att bland skolungdomar med återkommande huvudvärk kan 20 procent av pojkarna och 40 procent av flickorna ha kvar besvären under två år. Av samma studie framgår att buller och stress i skolmiljön är vanliga utlösande faktorer för huvudvärk¹⁹.

Statistiska centralbyrån har under åren 2002 och 2003 genomfört så kallade levnadsförhållandeundersökningar bland barn i åldrarna 10 till 18 år. Undersökningarna är intervjubaserade och gjorda på 2 642 slumpvis utvalda barn och ungdomar. Fem frågor behandlade psykosomatiska besvär som exempelvis huvudvärk, ont i magen, stress och orolig sömn. Andelen som svarade att de haft huvudvärk mer än en dag i veckan bland 13- till 15-åringar var 26 (pojkar) respektive 38 (flickor) procent, bland 16- till 18-åringar 20 (pojkar) respektive 42 (flickor) procent. Av 13- till 15-åringar hade 15 (pojkar) respektive 22 procent (flickorna) ont i magen en gång i veckan eller oftare och bland 16- till 18-åringar 11 (pojkar) respektive 26 (flickor) procent. Upplevelse av stress bland 13- till 16-åringar förekom hos 38 (pojkar) respektive 53 (flickor) procent. Mellan 16 och 18 år var 38 procent av pojkarna stressade medan andelen hos flickorna ökat till 68 procent. Slutligen rapporterar 29 procent av pojkarna och 32 procent av flickorna mellan 13 och 15 år att de sov dåligt. För den äldre ålderskategorin var motsvarande andelar 36 (pojkar) respektive 44 (flickor) procent. Det finns således könsskillnader samt att förekomsten av psykosomatiska symtom blir vanligare med ökad åldern för flickorna. Andelen flickor som känner sig ledsna och nerstämnda var 20 procent bland de yngre och 30 procent bland de äldre. Bland pojkarna var andelen 30 procent för båda åldersgrupperna²⁰.

Utveckling och förändring över tid

Sedan 1975 genomför Statistiska centralbyrån varje år en intervjuundersökning av 7 500 slumpvis utvalda personer mellan 16 och 84 år. Syftet är att få en bred bild av hur levnadsförhållandena ser ut i Sverige utifrån ett antal välfärdskomponenter där hälsa är en. Inom området psykisk ohälsa använder de sig av frågor kring sömnbesvär, återkommande trötthet samt oro och ångest. För åldersgruppen 16 till 24 år har sömnbesvären ökat från mitten av 90-talet till mätningarna gjorda mellan 2000 och 2004. Vid de senaste mätningarna svarar 22 procent ja på frågan om de har besvär med sömnen och samma siffra 1994-95 var 11 procent. Jämfört med mätningarna gjorda 1980-81 har sömnsvårigheterna ökat tre gånger. För återkommande trötthet är ökningen likartad. Andelen tillfrågade som rapporterade svåra besvär av ångslan, oro och ångest hade också ökat.

¹⁷ Ashkenazi & Silberstein (2004)

¹⁸ Brattberg & Wickman (1991)

¹⁹ (Brattberg & Wickman (1992)

²⁰ Statistiska centralbyrån (2005b)

Vid mätningarna mellan 1980 och 1995 var andelen 1,5 procent och 2004 var den 4,8 procent. Ökningen är likartad på samtliga frågor för båda könen²¹.

De frågor som användes i denna studie är hämtade ur IDA-projektet (Individual, Development and Adjustment) som 1970 undersöktes den psykiska ohälsan bland samtliga flickor i årskurs 8 i Örebro. År 1996 genomfördes samma undersökning med en ny grupp flickor i årskurs 8. Antalet flickor var drygt 500 vid båda tillfällena. Inom frågekategorierna psykosomatiska symtom och emotionella problem rapporterades små förändringar. Det rörde sig om frågor kring huvudvärk och oro för skolan där andelen med problem ökade medan problem med sömn och ensamhet minskade. Skillnader konstaterades i självförtroende där flickorna 1996 var mer missnöjda med sitt utseende, mer självanklagande och hade mer vilja till att ändra på sig själva²².

I Värmland har undersökningar av ungdomars levnadsförhållanden genomförts vid fem tillfällen mellan 1988 och 2002. Via frågeformulär har kommunens niondeklassare besvarat frågor om bland annat psykisk ohälsa. Sammanlagt har under åren cirka 13000 elever medverkat. Resultaten visar att ungdomars psykiska ohälsa har ökat under åren. Skillnaden mellan de som rapporterar att de mår bra och de som inte mår bra har ökat framförallt hos pojkarna. På frågor rörande ledsamhet har prevalensen ökat för både pojkar och flickor mellan 1988 och 2002. För psykosomatiska besvär (t ex huvudvärk och sömnbesvär) var andelen större 2002 än vid tidigare mätningar²³.

Psykisk ohälsa i denna studie

Eftersom det inte finns någon allmänt accepterad definition av psykisk ohälsa bestämmer valet av undersökningsinstrument definitionen. De 12 frågor som mäter psykisk ohälsa i denna studie är hämtade ur IDA-projektets enkäter och rör frågor kring emotionella problem, psykosomatiska problem samt självförtroendeproblem (bilaga A).

Normbrott

Tonårstiden är den period i livet då vi begår flest brott och konsumerar mest droger och alkohol. När ungdomarna når vuxen ålder slutar de flesta med brott och utvecklar inte alkohol eller drogrelaterade problem. För vissa individer grundläggs dock problemen under ungdomsåren och ökar i förekomst i vuxen ålder²⁴. I denna studie behandlas sex typer av normbrott; skolk, mobbing, alkohol-, tobak- o narkotikakonsumtion samt allvarliga brott. En undersökning av ungdomar som gick i åk 9 i Stockholm 2004 som baserades på samma enkät som denna studie baseras på, visade att 13,6 procent av flickor-

²¹ Statistiska centralbyrån, (2005a)

²² Wångby, Magnusson & Stattin (2002)

²³ Hagquist, Nilsson & Forsberg (2004)

²⁴ El-Khoury, Sundell & Strandberg (2005)

na och 15,2 procent av pojkarna använde tobak dagligen. Andelen som berusat sig på alkohol varje vecka utgjordes av 2,5 procent av flickorna och 3,3 procent av pojkarna. 8,7 procent av flickorna och 9,2 procent av pojkarna uppgav att de använt narkotika minst en gång i livet. När det gäller att ha begått allvarligare brott som rån, inbrott eller att ha stulit en bil eller motorcykel så uppgav 2,7 procent av flickorna och 9,8 procent av pojkarna att de gjort detta. 13,5 procent av flickorna och 27,8 procent av pojkarna hade mobbat andra minst en gång under läsåret. Slutligen hade 30 procent av flickorna och 23 procent av pojkarna skolkat minst en gång under läsåret. De största skillnaderna tycks återfinnas i vilka som begått allvarligare brott och mobbat där pojkarna är mer frekventa²⁵.

Samvariation mellan normbrott och psykisk ohälsa har konstaterats bland annat i en klinisk studie där samband återfanns mellan depression, alkoholmissbruk, drogmissbruk och uppförandestörning²⁶. Liknande samband finns för tobaksanvändning och depression²⁷.

Risk- och skyddsfaktorer

En anledning till framväxandet av effektiva preventionsprogram är ökad kunskap om risk och skyddsfaktorer. En riskfaktor definieras som en egenskap, erfarenheter eller händelse som associeras med en ökad sannolikhet, eller risk, för ett visst utfall. Det vill säga en variabel eller faktor som kan förklara ett utfall negativt. Det är således inte fråga om kausala samband utan endast sannolikhetspåverkan²⁸. Det finns mindre forskning om skyddsfaktorer än om riskfaktorer och det saknas också en enhetlig definition av vad en skyddsfaktor är. Delvis på grund av att forskning tidigare varit preventivt inriktad och att det tidigare funnits en längre tradition av att forska på riskfaktorer²⁹. Ett synsätt är att risk- och skyddsfaktorer är varandras motsatser. Exempelvis antas en lugn och tyst skolmiljö fungera som en skyddsfaktor för huvudvärk medan en stökig och bullrig skolmiljö antas vara en riskfaktor. Ett annat sätt att se på skyddsfaktorer är att de har en kompenationseffekt när det förekommer riskfaktorer men ingen effekt när det inte finns någon risk³⁰. Riskfaktorer förekommer i många områden eller domäner av ungdomarnas liv uppdelat på individ, kamrat, skola samhälle och familj. Kunskap om risk- och skyddsfaktorer är viktigt för att kunna förebygga skolungdomars psykiska hälsa då preventionsprogram kan fokusera på faktorer som ökar sannolikheten för psykisk ohälsa. Vidare ges kunskap om var, i vilken domän (t ex skola) som preventiva insatser bäst behövs³¹.

²⁵ El-Khoury, fl (2005)

²⁶ Lewinsohn m fl (1998)

²⁷ Patton m fl (1996)

²⁸ Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer & Offord (1997)

²⁹ Steinhausen, & Winkler-Metzke (2001)

³⁰ Rutter (1983)

³¹ Bond, Toumbourou, Thomas, Catalano & Patton (2005)

För att få en uppfattning om vad tidigare forskning har identifierat som riskfaktorer för psykisk ohälsa gjordes en sökning i databasen psycINFO. I tabell 1 och 2 nedan redovisas ett urval av riskfaktorer och skyddsfaktorer som identifierats för depressiva symtom samt psykosomatiska besvär uppdelade på domänerna individ, familj, kamrater och skola. Vid sökningen upptäcktes 26 riskfaktorer och 14 skyddsfaktorer varav tre var köns-specifika.

Risk- och skyddsfaktorer påverkar individen på ett komplext sätt där interaktioner dem emellan är svåra att reda ut. Enskilda risk- och skyddsfaktorerens påfrestning är inte konstanta utan varierar både i förekomst och beroende på hur väl människan anpassar sig till dem. Samtidigt påverkar faktorerna varandra. Vad som dock har konstaterats är att antalet risk- och skyddsfaktorer som en individ upplever har stor betydelse för hur han eller hon mår. Bond med kollegor (2005) visade att enstaka riskfaktorer i allmänhet endast medförde en begränsad riskökning för psykiska problem medan flera riskfaktorer ökade risken påtagligt. Detta samband har även påträffats för normbrott³².

Relationen mellan antalet risk- och skyddsfaktorer och deras påverkan på ohälsosymtom är viktigt för utformandet av preventionsprogram. I takt med att kunskapen om risk- och skyddsfaktorer vuxit har fokus förflyttats från enskilda faktorer till antalet faktorer. Detta till trots är många program utformade efter ett fåtal riskfaktorer³³.

Syfte

Syftet med denna studie är att ta reda på hur ungdomar i Stockholm mår psykiskt. Ett ytterligare syfte är att öka kunskapen om vilka risk- och skyddsfaktorer som förklarar psykisk ohälsa samt hur antalet riskfaktorer spelar in.

Följande frågeställningar granskas:

1. Hur ser förekomsten av psykisk ohälsa ut för pojkar och flickor i årskurs 9 i grundskolan och årskurs 2 på gymnasiet?
2. Vilka risk- och skyddsfaktorer förklarar psykisk ohälsa?
3. Hur är antalet riskfaktorer relaterat till förekomsten av psykisk ohälsa?
4. Hur ser relationen ut mellan psykisk ohälsa och olika normbrott?

³² El-Khoury m fl (2005)

³³ Catalano, Hawkins, Berglund, Pollard & Arthur (2002)

Tabell 1. Riskfaktorer för psykisk ohälsa uppdelat mellan flickor och pojkar

Riskfaktor	Flickor	Pojkar	
Individ	Upproriskhet	Bond et al. (2005)	Bond et al. (2005)
	Antisocialt beteende	Bond et al. (2005)	Bond et al. (2005)
	Ångest	Johnson (2002); Lewinsohn et al (1998)	Johnson (2002)
	Sen eller tidig pubertet	Lewinsohn et al (1998)	
	Kön	Lewinsohn et al (1998); Johnson (2002)	Lewinsohn et al (1998); Johnson (2002)
	Mobbing	Bond et al. (2001)	Bond et al. (2001)
	Undvikande beteende	Steinhausen et al. (2001)	Steinhausen et al. (2001)
	Ilkska	Piko et al (2006)	Piko et al. (2006)
	Upplevd stress	Bovier et al (2004)	Bovier et al. (2004)
	Brottsoffer (Negativa livshändelser)	Sandin et al. (1998); Pine et al. (2002); Lewinsohn et al (1998); Johnson (2002)	Sandin et al. (1998); Pine et al. (2002); Steinhausen et al. (2001); Johnson (2002)
	Tobak	Patton et al (1996); Lewinsohn et al (1998)	Patton et al (1996); Lewinsohn et al (1998)
	Högt beroende av närstående	Lewinsohn et al(1998)	
	Vardagsstress	Hee og sin (2000)	Hee og sin (2000)
Rädsla	Pine et al. (2001)	Pine et al. (2001)	
Familj	Familjekonflikt	Bond et al. (2005); Johnson (2002); Sandin et al. (1998); Lewinsohn et al. (1998)	Bond et al. (2005) Johnson (2002)
	Psykopatologi i familjen	Sandin et al. (1998)	Sandin et al. (1998)
	Våld i familjen	Reinhertz et. Al. (2003)	Reinhertz et. Al. (2003)
	Ensamstående mödrar	Moilanen (1998)	Moilanen (1998)
	Socioekonomisk status	Johnson (2002)	Johnson (2002)
Kam.	Bråk med kompisar	Hee og Sin (2000)	
	Impopulär	Johnson (2002); Lewinsohn et al. (1998)	Johnson (2002); Lewinsohn et al. (1998)
Skola	Misslyckande i skolan	Bond et al. (2005); Johnson (2002); Lewinsohn et al (1998)	Bond et al. (2005); Johnson(2002) Lewinsohn et al(1998)
	Problem i skolan	Sandin et al. (1998)	Sandin et al. (1998)
	Tävlingsinriktad miljö i klassrummet	Steinhausen et al. (2001)	Steinhausen et al. (2001)
	Ej kontroll över stress i skolan	Hagquist et al. (1990); Bovier et al. (2004)	Hagquist et al (1990); Bovier et al. (2004);
	Bullrig och stressig skolmiljö	Passchier (1985); Wänman (1987)	Passchier (1985); Wänman (1987)

Tabell 2. Skyddsfaktorer för psykisk ohälsa uppdelat på flickor och pojkar			
Skyddsfaktorer		Flickor	Pojkar
Idivid	Tillfälle till prosocial interaktion	Bond et al. (2005)	Bond et al. (2005)
	Belöning för procosial interaktion	Bond et al. (2005)	Bond et al. (2005)
	Religiositet	Bond et al. (2005)	Bond et al. (2005)
	Sociala färdigheter	Bond et al. (2005)	Bond et al. (2005)
	Känsla av sammanhang	Antonovsky (1991)	Antonovsky (1991)
	Social kompetens	Durlak (1997)	Durlak (1997)
	Fysisk aktivitet	Bremberg (1998)	Bremberg (1998)
Fam.	Stöd från föräldrar	Hee og sin (2000)	Hee og sin (2000)
	Acceptans och förståelse av föräldrar	Steinhausen et al. (2001)	Steinhausen et al. (2001)
Kam.	Socialt stöd	Bovier et al (2004)	Bovier et al (2004)
Skola	Bra skolklimat och undervisningsmetoder	Bremberg (1998)	Bremberg (1998)
	Elevinflytande	Bremberg(1998)	Bremberg (1998)
	Klasser mindre än 20	Cooper (1989)	Cooper (1989)

METOD

Undersökningsgrupp

Sedan 1972 har Stockholms stad genomfört regelbundna enkätundersökningar bland elever i årskurs 9. Framförallt har elevernas alkohol och droganvändning dokumenterats. Stockholms socialtjänst och utbildningsförvaltning tog år 2000 över ansvaret för enkäten och har nu bräddat frågorna så att de från och med 2004 även täcker riskbeteenden samt psykisk ohälsa. Vidare inkluderas även alla elever som går i åk 2 på gymnasiet.

Resultaten i denna studie baseras på 2004 års drogvaneinventering där samtliga elever i årskurs 9 i grundskolan och årskurs 2 på gymnasiet i Stockholms kommun tillfrågats. Sammanlagt deltog 69 grundskolor och 33 gymnasieskolor. Samtliga 59 kommunala grundskolor och 23 gymnasieskolor deltog medan friskolorna i Stockholms kommun deltog på frivillig basis. Av 64 tillfrågade friskolor deltog 17. Av klasserna i årskurs 9 exkluderades 39 då de samtidigt valts ut att ingå i en annan enkätundersökning administrerad av Centrum för Narkotika och Alkoholupplysning (CAN).

Bortfall. I enkätstudier förekommer två typer av bortfall, extern och internt. Med externt bortfall menas deltagare som borde vara med i studien men inte är det. Internt bortfall innebär att enskilda frågor inte besvaras.

12 731 enkäter delades ut på basis av klasslistor i de undersökta skolorna. 10 235 av dessa blev besvarade vilket motsvarar ett bortfall på cirka 20 procent. Klasslistorna har i vissa fall inte varit uppdaterade och innehållit elever som slutat eller varit frånvarande under en längre tid. Vidare saknas sjukfrånvaro, uppgifter om skolk eller om eleverna befunnit sig på praktik. Svarsfrekvensen torde således vara högre. År 2000 bedömde Utrednings- och Statistikkontoret, som administrerar testerna, att det externa bortfallet kan beräknas till omkring 11 procent av eleverna³⁴. Skolk och sjukfrånvaro betraktas som riskfaktorer för psykisk ohälsa vilket innebär att resultatet av de analyser som genomförs kan betraktas vara i underkant av hur eleverna verkligen mår.

Det interna bortfallet hanterades på olika sätt. Först exkluderades 121 individer som inte uppgett kön. Eftersom ohälsomåten var fokus för studien exkluderades 192 försökspersoner som endast svarat på fyra eller färre av de 12 ohälsofrågorna. Ett inkodningsmisslag resulterade i att åtta individer kodats två gånger. Samtliga dessa exkluderades. Totalt exkluderades 320 (tre procent) av det ursprungliga antalet försökspersoner. Det resterande interna bortfallet kring ohälsofrågor åtgärdades genom att ersätta de saknade vär-

³⁴ El-Khoury, Sundell & Strandberg (2005)

dena med ett variabelmedelvärde. Som mest ersattes 49 värden per variabel, vilket motsvarar 0,4 procent.

Antalet undersökningsspersoner redovisas i tabell 3.

Skolår	Flickor	Pojkar	Total
9	2 609	2 738	5 347
11	2 394	2 174	4 568
Total	5 003	4 912	9 915

Bortfallet för risk-, skyddsfaktorerna samt normbrottsvariablerna ersattes av variabelmedelvärdet, varje fråga för sig. Här varierade antalet framförallt mellan 50 och 150 där några enstaka variabler saknade 220 värden. Som mest ersattes 2 procent av värdena i en enskild variabel.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen skedde i mitten av mars 2004. Enkäterna levererades via rektor till klasslärarna som lät eleverna besvara frågorna anonymt under lektionstid. De ifyllda enkäterna lämnades i kuvert tillbaka till läraren som prickade av närvaron. Utrednings och statistikkontorets personal hämtade och genomförde därefter inkodningen av enkäterna. Efter att det externa och interna bortfallet hanterats, skapades och anpassades variabler för att kunna undersöka frågeställningarna enligt följande.

Psykisk ohälsa. De frågor som används för att mäta psykisk ohälsa i denna studie är hämtade ur IDA projektets enkäter³⁵. Frågorna berör psykosomatiska symtom, emotionella problem och självförtroendeproblem (bilaga A).

För prevalensberäkningarna behandlades de tolv frågorna separat. Problemförekomst definierades som svar på de två svarsalternativ av fem som beskriver problemförekomsten mest frekvent. Ett exempel är frågan Hur ofta tycker du att du inget duger till? där svarsalternativen är nästan aldrig, någon enstaka gång, ibland, ganska ofta och väldigt ofta och de två sistnämnda svaren blir förekomst. För frågan Hur ofta under detta läsår har du haft ”nervös mage”?, är svarsalternativen aldrig, 1 gång per termin, 1 gång i månaden, 1 gång veckan samt flera gånger i veckan där de två sistnämnda innebär förekomst osv.

³⁵ Wångby m fl (2002)

Måttet psykisk ohälsa skapades genom summering av de tolv IDA-frågorna vilket gav en skala mellan 12 och 60. Denna användes för regressionsanalyserna, analyserna kring antalet riskfaktorer betydelse samt för korrelationsberäkning. Den inre konsistensen i skalan var hög ($\alpha=.84$).

Utifrån tidigare forskning kring risk- och skyddsfaktorer valdes 15 variabler genom att kombinera frågor ur enkäten.

Ilska. Utifrån påståendet; jag blir sällan arg eller irriterad i skolan (Stämmer mycket bra, stämmer ganska bra, stämmer dåligt och stämmer mycket dåligt)

Skolfrånvaro. Ungdomen fick svara på hur ofta han/hon varit borta från skolan det här läsåret pga. sjukdom eller att de mådde dåligt, med svarsalternativen; nej, 1 gång, 2-3 gånger 4-10 gånger, 11-20 gånger och mer än 20 gånger.

Brottsoffer. Eleverna fick ange om de; känt sig allvarligt hotad, blivit rånad, misshandlad eller tvingade till sex/våldtagen. Hade eleven varit utsatt för någon av dessa brott betraktades han eller hon som brottsoffer. Variabeln är således dikotomiserad.

Skolk. Ungdomen fick svara på om hon eller han skolkat en heldag det senaste läsåret med svarsalternativen; nej, 1 gång, 2-3 gånger, 4-10 gånger, 10-20 gånger samt mer än 20 gånger.

Mobbad. Eleverna fick frågan om hur ofta du blivit mobbad eller trakasserad i skolan det senaste läsåret med svarsalternativen; jag har inte blivit mobbad, det har hänt någon enstaka gång, 2 eller 3 gånger i veckan, ungefär 1 gång i veckan sam flera gånger i veckan.

Tobak. En fråga om eleverna röker, kombinerades med en fråga om de snusar (Nej jag har aldrig rökt, nej bara smakat, nej jag har rökt men slutat, ja ibland men inte varje dag och ja dagligen).

En arbetslös förälder. Utifrån vad föräldrarna arbetade med.

Anknytning. Ungdomarna fick svara på fyra frågor kring deras relation till sina föräldrar: om de håller hemligt för föräldrarna vad som händer på fritiden; om de brukar berätta hemma hur du klarar dig i skolan (väldigt mycket, ganska mycket, en del, bara lite grann, inte alls); om de gör saker tillsammans med sina föräldrar (ofta, ibland, sällan och aldrig); om de döljer för föräldrarna vad de gör på kvällar och helger (berättar nästan allt, berättar ganska mycket, delvis, håller mycket för mig själv och håller allt för mig själv). Denna variabel skapades i enlighet med Social Development Model³⁶ där anknytning anses gynnas av tillfälle till prosocial interaktion, prosocial interaktion samt

³⁶ Catalano & Hawkins (1996)

belöning för prosocial interaktion. Efter en linjär skaltransformering beräknades medelvärdet.

Anförtro sig till kompisar. Utifrån vem ungdomen pratar med om saker som verkligen bekymrat honom eller henne (t ex ingen, någon vuxen i skolan, mamma, pappa, annan vuxen, kompis, syskon, pojk- eller flickvän eller vuxen släkting). Svar på alternativen kompis, syskon samt pojk- eller flickvän betraktades som förekomst och variabeln dikotomiserades utefter detta.

Ensamstående mamma. Utifrån vem ungdomen bodde med (t ex mamma, pappa, syskon eller släktingar)

Regelbunden aktivitet. Utifrån hur många kvällar i veckan ungdomen brukar vara med på någon fritidsaktivitet eller träning.

Trivs i skolan. Ungdomen fick svara på hur han eller hon trivs i skolan (mycket bra, ganska bra, varken bra eller dåligt och ganska dåligt).

Bra skolmiljö. Ungdomarna fick bedöma hur väl 20 påståenden stämde in på deras bild av skolan (stämmer mycket bra, stämmer ganska bra, stämmer dåligt och stämmer mycket dåligt). Frågorna rörde lärarnas engagemang, om lärarna ger uppskattning om eleverna tycker de får lära sig intressanta och viktiga saker etcetera. Medelvärden beräknades.

Ofullständiga betyg. Icke godkänt i ett eller flera av ämnena engelska, svenska och matematik betraktades som ofullständiga betyg och kan relateras till riskfaktorn misslyckande i skolan.

KASAM i skolan. Ungdomarna fick besvara hur väl 8 påståenden stämde överens (stämmer mycket bra, stämmer ganska bra, stämmer dåligt och stämmer mycket dåligt) med deras uppfattning om skolan var förutsägbar, begriplig och hanterbar. Frågor som jag blir ofta orättvist behandlad av lärare, jag tycker det jag gör är meningsfullt och så vidare i enlighet med Antonovskys (1991) definition av begreppet. Medelvärde beräknades.

I tabell 4 redovisas antalet delfrågor och α -värden för samtliga risk och skyddsfaktorer.

Av variablerna är sex dikotoma; brottsoffer, arbetslös förälder, anförtro sig till vänner och föräldrar, regelbunden aktivitet samt ofullständiga betyg.

Tabell 4. Risk- och skyddsfaktorer					
Variabel		Antal frågor	Medelvärde	Sd	Cronbachs alpha
Individ	Ilska	1	2,45	0,99	
	Skolfrånvaro	1	2,98	1,24	
	Brottsoffer	4	0,17	0,38	
	Skolk	1	1,86	1,23	
	Mobbad	1	1,12	0,48	
	Tobak	2	2,17	1,08	
Familj	En arbetslös förälder	1	0,07	0,26	
	Anknytning	4	2,30	0,70	$\alpha = .66$
	Ensamstående mödrar	1	0,16	0,37	
Ka	Regelbunden aktivitet	1	0,39	0,49	
	Anförtro sig till kompisar	1	0,70	0,46	
Skola	Bra skolmiljö	20	2,75	0,49	$\alpha = .87$
	KASAM i skolan	8	2,90	0,49	$\alpha = .69$
	Ofullständiga betyg	1	0,14	0,34	
	Trivsel i skolan	1	4,07	0,91	

Normbrott

För den sista frågeställningen skapades variabler för sex normbrott i enlighet med tidigare studier på detta material (El-Khoury, et al., 2005). Skolk och tobak är konstruerade enligt ovanstående beskrivning.

Alkohol. Ungdomen fick svara på hur ofta de druckit mer än 18 cl. sprit (eller en hel flaska vin, eller fyra starköl eller sex folköl) vid ett och samma tillfälle den senaste månaden. Svartalternativen var; aldrig, sällan/någon gång per år, en eller ett par gånger per månad och någon gång i veckan.

Narkotika. Antalet gånger eleverna använt narkotika summerades med hjälp av en fråga om hur många gånger de använt hasch/marijuana respektive annan narkotika än hasch/marijuana. Svartalternativen efter summeringen blev aldrig, sällan/någon gång per år, en eller ett par gånger per månad samt någon gång i veckan.

Brott med dålig prognos. Eleverna fick besvara hur många gånger han eller hon begått 14 olika brott under de senaste 12 månaderna. Brott med dålig prognos utgörs av tre brottstyper: bilstöld, inbrott samt rån (Brottsförebyggande rådet, 2000). Svartalternativen var ingen gång, 1-2 gånger, 3-5 gånger, 6-10 gånger och 11 gånger eller mer.

Skolk. En fråga handlade om hur ofta eleverna skolkat en hel dag från skolan under det aktuella läsåret med svarsalternativen aldrig, en gång, två till tre gånger, fyra till tio samt mer än tio.

Statistiska analyser

De statistiska beräkningarna gjordes i statistikprogrammet SPSS 13.0. Skillnaderna i prevalens mellan kön och årskurserna beräknades genom χ^2 och effektstorleken med Cohens w. En 2x2 ANOVA användes vid beräkningen av variansanalysen för medelvärdesskattningarna av de kontinuerliga måtten för samtliga 12 ohälsfrågor separat samt det sammanslagna måttet för psykisk ohälsa. Även här var skillnader mellan kön och årskurs av intresse. Effekten beräknades med Cohens d. Standard multipel regressionsanalys genomfördes för att analysera risk- och skyddsfaktorernas styrkor. För att utreda eventuella kollinieritetsproblem användes variansinflationsfaktorn (VIF) samt tolerans. Vidare kontrollerades prediktorvariablernas korrelationer med hjälp av korrelationstabeller. I analysen över olika normbrotts samband med psykisk ohälsa användes korrelationsberäkning.

RESULTAT

Förekomst av psykisk ohälsa bland pojkar och flickor

Då frågorna i enkäten är hämtade ur IDA-projektets material redovisas var och en för sig på ett liknande sätt som i IDA. Frågorna dikotomiserades och prevalens betraktades som förekomst av svar i de två övre svarsalternativen. För huvudvärk blir prevalens förekomst av svar en gång i veckan och flera gånger i veckan. För ledsen och deppig utan att veta varför blir förekomst väldigt ofta eller ganska ofta. För viljan att ändra på sig blir förekomst väldigt mycket och ganska mycket och så vidare (se bilaga A). I tabell 5 redovisas procentandelar uppdelade per grupp.

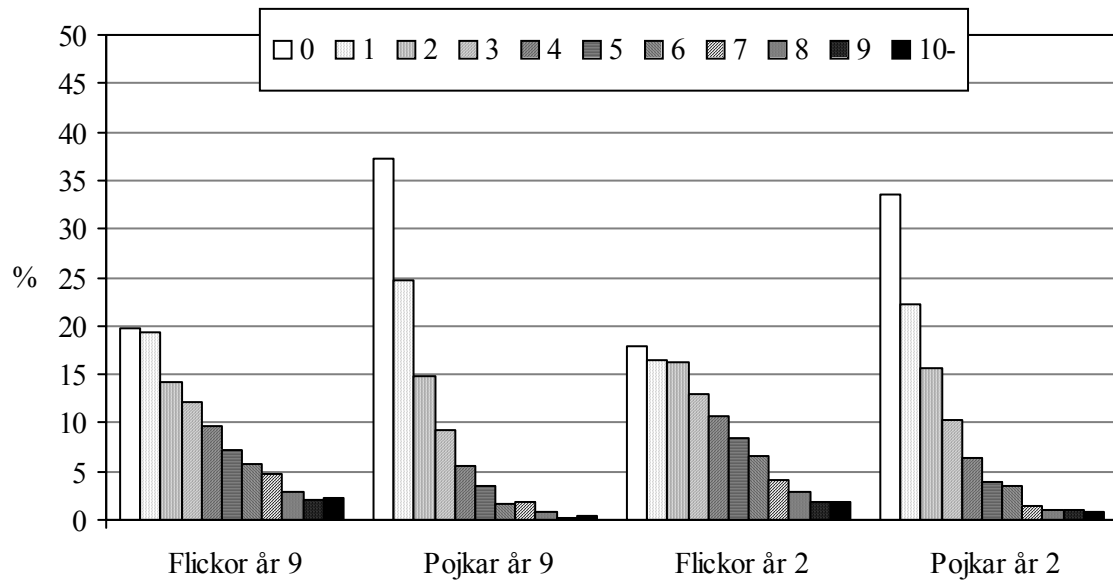
Förekomsten av symtom är genomgående större hos flickor än hos pojkar förutom då det gäller upplevelsen av att det ej är härligt att leva, där det inte fanns någon signifikant skillnad mellan könen i gymnasiet. För hälften av frågorna skattade eleverna högre, det vill säga mer ohälsa, i gymnasiet. Enligt Cohens definitioner på gränser för effektstorlekar är .10 liten .30 mellanstor och .50 stor. Effektstorlekarna är således större mellan könen än mellan årskurserna.

Det symtom som var vanligast för samtliga grupper var ha svårt att somna, något som varierade mellan 46,2 (gymnasieflickorna) och 32,1 (grundskolepojkarna) procent. Det ohälsosymtom som var ovanligast för samtliga fyra grupper var att vara rädd utan att veta varför, något som varierade mellan 2,9 (grundskolepojkar) och 6,3 (gymnasieflickor) procent.

Det var relativt ovanligt att eleverna inte rapporterade någon form av problem (figur 1): av grundskoleflickorna var det endast 19,7 procent, av grundskolepojkarna 37,3 procent, av gymnasieflickorna 17,8 procent och av gymnasiepojkarna 33,6 procent. Andelen med fyra eller flera symtom var på samma sätt låga: av grundskoleflickorna 9,6 procent, av grundskolepojkarna 5,6 procent, av gymnasieflickorna 10,7 procent och av gymnasiepojkarna 6,3 procent.

Tabell 5. Förekomst psykisk ohälsa baserat på enskilda frågor (%)										
	Grundskola				Gymnasiet				Skillnad Årskurs	
	Flickor (n=2 609)	Pojkar (n = 2 738)	χ^2	w ⁿ	Flickor (n = 2 394)	Pojkar (n = 2 174)	χ^2	w ⁿ	χ^2	w ⁿ
Huvudvärk	36,1	17,7	230***	.20	37,9	18,1	219***	.20	3,4*	.02
Ledsen och deppig utan orsak	32,0	10,9	355***	.30	33,8	13,9	243***	.20	14,0***	.03
Rädd utan att veta varför	5,1	2,9	17***	.06	6,3	3,2	24***	.07	4,3*	.02
Dålig aptit	30,1	16,7	135***	.20	29,4	19,9	56***	.10	3,7	.
Vilja att ändra på sig själv	29,2	14,2	178***	.20	26,9	15,8	82***	.10	0,03	.
Nervös mage	22,9	13,8	75***	.10	30,9	17,3	113***	.20	56,0***	.07
Tycker att man inget duger till	18,7	7,7	141***	.20	17,0	8,7	68***	.10	0,01	.
Svårt för att somna	45,3	32,1	99***	.20	46,2	39,3	22***	.07	20,0***	.04
Ej nöjd med utseende	17,4	7,7	115***	.20	12,2	8,0	21***	.07	12,0***	.03
Slö och olustig	20,3	13,0	51***	.10	23,2	18,2	17***	.06	30,0***	.06
Sover oroligt	20,4	8,5	154***	.20	24,6	12,1	117***	.20	35,0***	.06
Ej härligt att leva	15,6	12,8	8**	.04	13,7	12,5	1.5	.	2,7	.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ ⁿEffektstorlek: Cohens w, df=1



Figur 1. Antal ohälsosymtom hos eleverna

Relaterat till resultaten i IDA återfanns följande resultat. I tabell 6 jämförs flickorna i årskurs 9 med IDA flickorna.

Tabell 6. Förekomst av psykisk ohälsa baserat på enskilda frågor (%) för undersökningsgruppen och IDA				
	Grundskola	IDA	Skillnader	
	Flickor (n = 2 609)	Flickor åk 8 (n = 529)	χ^2	w ⁿ
Huvudvärk	36,1	30,5	6.1*	.10
Ledsen och deppig utan orsak	32,0	11,7	88 ***	1.5
Rädd utan att veta varför	5,1	2,8	5.0 *	.10
Dålig aptit	30,1	33,7	2.6	.
Vilja att ändra på sig själv	29,2	23,6	6.8 **	.10
Nervös mage	22,9	14,9	16 ***	.20
Tycker att man inget duger till	18,7	13,1	9.6 **	.20
Svårt för att somna	45,3	32,0	32 ***	.60
Ej nöjd med utseende	17,4	37,0	102 ***	.80
Slö och olustig	20,3	8,7	39 ***	.70
Sover oroligt	20,4	11,9	20 ***	.40
Ej härligt att leva	15,6	10,7	7.6 *	.10

p<.05; ** p<.01; *** p<.001 ⁿEffektstorlek: Cohens w, df=1

Jämförelser med IDA ska göras med reservationen att det finns en åldersskillnad mellan grupperna. Förekomst av psykosomatiska besvär i form av huvudvärk, nervös mage och sömnproblem var högre 2004 än 1996. Samma gäller för emotionella problem (ledsen och deppig utan att veta varför, rädd utan att veta varför, slö och olustig samt tycker inte det är härligt att leva). Självförtroendeproblem (vilja att ändra på sig och tycka att man inget duger något till) har ökat något medan andelen som inte är nöjd med sitt utseende minskat. Den största skillnaden mellan skattningarna rör frågorna ledsn och deppig utan att veta varför där förekomsten är större 2004 och inte nöjd med utseendet där förekomsten är mindre 2004. Här var, enligt Cohens definition, effektstorlekarna mycket stora.

En variansanalys med faktorerna ålder och kön beräknades för samtliga mått på psykisk ohälsa och i deras ursprungliga 5-gradiga form (ej dikotomisering). I tabell 7 redovisas medelvärden, standardavvikelse samt signifikanta effekter. Effektstorleken (d) är beräknad mellan medelvärdet för kön respektive medelvärdet för skolår.

Könsskillnader fanns för samtliga frågor. Medelvärdet ökade dessutom mellan årskurs 9 och årskurs 2 på gymnasiet för ledsn och deppig utan att veta varför, rädd utan att veta varför, sömnproblem, ej nöjd med utseendet samt slö och olustig. Interaktionseffekter fanns framför allt för att ha svårt att somna och att ej vara nöjd med utseendet. För variabeln svårt för att somna var skattningarna lika stora bland flickorna i båda årskurserna medan pojkarnas skattningar var högre i gymnasiet än i högstadiet. För frågan ej nöjd med utseendet var pojkarnas medelvärdesskattningar lika mellan årskurserna medan flickornas skattningar var lägre i gymnasiet än i högstadiet. För det sammanslagna måttet psykisk ohälsa skattade flickorna högre än pojkarna. Här påträffades även en signifikant interaktions effekt där skattningsökningen mellan årskurserna var större för pojkarna än för flickorna.

Effektstorleken ger en indikation på hur stor skillnaden är. För psykisk ohälsa är skillnaden medelstor på gränsen till stor. För de övriga frågorna var skillnaden mellan könen mellanstor för huvudvärk, ledsn och deppig utan att veta varför, tycka att man inget duger till samt att sova oroligt. Skillnaden mellan gymnasiet och högstadiet för psykisk ohälsa är enligt Cohen liten.

Tabell 7. Förekomst psykisk ohälsa baserat på enskilda frågor (medelvärden och standardavvikelse)									
	Grundskola		Gymnasiet		Statistiskt säkerställda skillnader				
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Kön		Ålder		Kön* Ålder
	M(Sd)	M(Sd)	M(Sd)	M(Sd)	F	d ^a	F	d ^a	F
Huvudvärk	3,1 (1,1)	2,5 (1,1)	3,2 (1,1)	2,5 (1,1)	866***	.57	2.4	.	0.5
Ledsen och deppig utan att veta varför	3,0 (1,2)	2,0 (1,2)	3,1 (1,2)	2,2 (1,2)	1350***	.70	28.5***	.12	1.8
Rädd utan att veta varför	1,7 (1,0)	1,3 (0,7)	1,7 (1,0)	1,4 (0,8)	369***	.37	8.3**	.07	0.7
Dålig aptit	2,7 (1,4)	2,1 (1,3)	2,6 (1,3)	2,1 (1,3)	783***	.42	1.6	.	3.5*
Vilja att ändra på sig själv	2,9 (1,2)	2,4 (1,1)	2,9 (1,1)	2,5 (1,1)	441***	.42	1.5	.	7.6**
Nervös mage	2,6 (1,2)	2,5 (1,2)	2,9 (1,3)	2,3 (1,2)	465***	.43	56.2***	.41	4.9*
Tycker att man inget duger till	2,4 (1,2)	1,7 (1,1)	2,4 (1,2)	1,8 (1,1)	945***	.53	0.3	.	5.9*
Svårt för att somna	3,3 (1,3)	2,8 (1,4)	3,3 (1,3)	3,0 (1,4)	213***	.30	25.9***	.11	12.4***
Ej nöjd med utseende	2,4 (1,2)	1,9 (1,1)	2,2 (1,1)	1,9 (1,1)	402***	.31	16.8***	.07	16.6***
Slö och olustig	2,6 (1,1)	2,2 (1,2)	2,7 (1,1)	2,4 (1,2)	269***	.29	64.0***	.17	11.4**
Sover oroligt	2,5 (1,2)	1,9 (1,1)	2,7 (1,2)	2,1 (1,1)	1008***	.54	81.5***	.17	0.5
Ej härligt att leva	2,4 (1,1)	2,2 (1,2)	2,4 (1,1)	2,2 (1,1)	64.9***	.16	0.01	.	3.1
Psykisk ohälsa totalt	31,5 (8,6)	25,0 (7,4)	32,0 (8,1)	26,3 (7,9)	1412***	.71	30.2***	.13	7.0**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ^aEffektstorlek Cohens d , $df=1$, $n=9\ 915$

Risk- och skyddsfaktorer som förklarar psykisk ohälsa

Sammanlagt 20 risk- och skyddsfaktorer användes i en multipel regressionsanalys för att förklara variansen i den skattade psykiska ohälsan. Totalt förklarades mellan 27 och 35 procent av variansen för elevernas psykiska ohälsa beroende på grupp av elever.

Masssignifikansproblemet hanterades med hjälp av Bonferronijustering vilket resulterade i att istället för en traditionell signifikansnivå på $p < .05$, måste $p < .00341$. För att kontrollera för kollinearitet användes variansinflationfaktor (VIF), där värden över två ej accepterades. VIF över tio anses indikera allvarliga kollinearitetsproblem³⁷. Vidare studerades korrelationerna mellan risk och skyddsfaktorerna (bilaga B).

De fyra regressionsanalyserna (en för resp. grupp) visar att mellan 27 och 35 procent av variansen kunde förklaras (tabell 8). Ett negativt betavärde i tabellen innebär att om variabeln ökar kommer den psykiska ohälsan att minska. Vidare indikerar betavikter hur stor del av kriterievariabeln som förklaras.

		Grundskola		Gymnasiet	
		Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
Individ	Ilska	.11	.06	.14	.08
	Skolfrånvaro	.18	.13	.15	.17
	Brottsoffer	.08	.06	.10	.08
	Skolk	.	.	.	.
	Mobbad	.05	.14	.07	.11
	Tobak	.	-.07	.	.
Familj	Arbetslös förälder	.	.	.	.
	Anknytning	-.18	-.14	-.13	-.13
	Ensamstående mamma	.	.	.	.
Ka	Regelbunden aktivitet	.	-.05	.	-.07
	Anförtro kompisar	-.05	.	-.08	.
Skola	Bra skola	.	.	.	.
	KASAM i skolan	-.15	-.23	-.11	-.18
	Trivsel i skolan	-.24	-.19	-.21	-.19
	Ofullständiga betyg	.	.	.	.
<i>Justerat R²</i>		<i>.35*</i>	<i>.31*</i>	<i>.30*</i>	<i>.27*</i>

* $p < .001$

³⁷Clark-Carter (2004)

De variabler som förklarar den psykiska ohälsan mest är KASAM i skolan, ilska, skolfrånvaro, brottsoffer, anknytning samt att eleverna trivs i skolan. Det finns i allmänhet likheter mellan könen i vilka faktorer som förklarar den psykiska ohälsan. Det finns inga faktorer med höga betavärden som är könsspecifika.

Skillnaderna mellan kön och ålder beträffande betavikter var i allmänhet små. Högre KASAM i skolan förklarar ohälsa något bättre för pojkarna än för flickorna. Skolfrånvaro, ilska och att bli utsatt för brott förklarar psykisk ohälsa något mer för flickorna medan pojkarna mår sämre av att bli mobbade. Vidare konstateras att regelbunden aktivitet är en skyddsfaktor för pojkarna medan att kunna anförtro sig till kamrater är en skyddsfaktor för flickorna. Slutligen tycks rökning hos pojkar i årskurs 9 minska risken för psykisk ohälsa.

Antal riskfaktorer och förekomsten av psykisk ohälsa

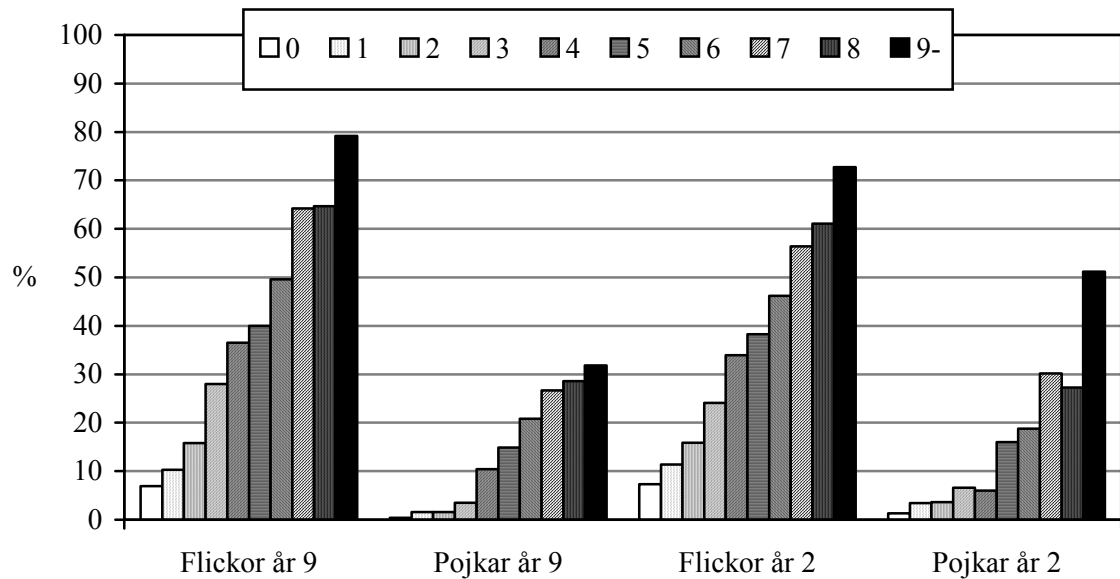
Samtliga riskfaktorer dikotomiserades och gränsen sattes till en standardavvikelse över medelvärdet. Vidare vändes och dikotomiserades skyddsfaktorerna till riskfaktorer, till exempel att den elev som hade ett högt värde på *skyddsfaktorn* Känsla av sammanhang fick ett lågt värde på *riskfaktorn* Känsla av sammanhang. Därefter summerades antalet riskfaktorer. I högstadiet hade både flickor och pojkar i genomsnitt 2,7 riskfaktorer och i gymnasiet hade flickorna 2,9 och pojkarna 3,1. Skillnaden mellan årskurserna var statistiskt säkerställd³⁸. Ökningen från grundskolan till gymnasiet var högre för pojkarna än för flickorna, något som demonstreras av en säkerställd interaktionseffekt³⁹.

På liknande sätt dikotomiserades psykisk ohälsa; värden som översteg en standardavvikelse över medelvärdet, 37, betraktades som psykisk ohälsa, medan värdet 37 eller lägre inte betraktades som psykisk ohälsa.

I figur 2 beskrivs relationen mellan antal riskfaktorer och andel av eleverna med psykisk ohälsa. För flickor i årskurs 9 utan riskfaktorer hade således sju procent ohälsosymtom (högre poäng än 37) medan av de med nio eller flera riskfaktorer så var andelen 79 procent. Resultaten visar att många riskfaktorer innebär större risk för psykisk ohälsa. Andelen elever med psykisk ohälsa ökade mer för flickorna än för pojkarna både i grundskolan och i gymnasiet. I bilaga C redovisas dessutom den relativa risken för antalet riskfaktorer.

³⁸ $F(1,9915) = 39, p < .001$

³⁹ $F(1,9915) = 9.4, p < .01$



Figur 2. Relation mellan antalet riskfaktorer och andel med ohälsosymtom.

Relationen mellan psykisk ohälsa och olika normbrott?

Slutligen undersöktes vilket samband som fanns mellan psykisk ohälsa och sex normbrott (tabell 9). Inte i något fall var sambanden påtagligt starka. Högst samband fanns för relationen mellan skolk och psykisk ohälsa; ju mer skolk desto mer psykisk ohälsa.

Fishers z-test användes för att undersöka om sambanden mellan psykisk ohälsa och normbrott var lika för flickor och pojkar. Fishers z-test prövar om två korrelationer (samband) är tillräckligt lika för att kunna antas vara dragna ur samma population. Om så är fallet betyder det att riskfaktorn kan antas fungera lika för flickor och pojkar. I tabell 9 redovisas sambanden för flickor och pojkar i grundskolans år 9 respektive flickor och pojkar i gymnasiet år 2. En asterisk betyder att sambanden för pojkar och flickor med 95 procents säkerhet ($p < .05$) är olika starka. Två asterisker betyder en skillnad med 99 procents säkerhet, tre asterisker med 99,9 procents säkerhet. Flera asterisker innebär således en ökad säkerhet i att sambanden är olika – och därmed att normbrotten har olika ”effekt” på flickor och pojkar⁴⁰.

⁴⁰ Två exempel kan åskådliggöra beräkningarna. Den första är relationen mellan mobbning och psykisk ohälsa för grundskoleelever i tabell 9. För flickor var korrelationen .11 och för pojkar .14. Det betyder att för båda könen ökade mobbning risken för psykisk ohälsa. Z-värdet enligt Fishers test för dessa två korrelationer är 1,1, vilket inte är statistiskt säkerställt. Det gör att de två korrelationerna antas vara dragna ur samma population – det finns ingen säkerställd skillnad beroende på elevens kön. Situationen är annorlunda för relationen mellan alkoholkonsumtion och psykisk ohälsa. För flickorna är sambandet starkare ($r = .17$), än för pojkarna ($r = .10$). Z-värdet för skillnaden mellan dessa två korrelationer är 2,55, vilket är statistiskt säkerställt med.

Som framgår av tabellen var sambanden ungefär lika för de två åldersgrupperna av pojkar och flickor för psykisk ohälsa och skolk respektive mobbning. Däremot fanns tydligare samband mellan psykisk ohälsa och allvarliga brott respektive narkotikamissbruk för pojkarna än för flickorna. Det motsatta förhållandet rådde för tobak och alkohol; sambanden var starkare för flickorna än för pojkarna.

Tabell 9. Samband mellan psykisk ohälsa och olika normbrott						
	Högstadiet			Gymnasiet		
	Flickor n=2609	Pojkar n=2738	Skillnad z-värden	Flickor n=2394	Pojkar n=2174	Skillnad z-värden
Skolk	.27***	.27***	0	.24***	.23***	.34
Brott	.05**	.18***	4.8***	.04	.11***	2.36*
Mobbat	.11***	.14***	1.1	.07***	.07**	0
Tobak	.18***	.11***	2.55**	.17***	.09***	2.70**
Alkohol	.17***	.10***	2.55**	.07**	.01	2.02*
Narkotika	.10***	.15***	1.8*	.13***	.10***	1.01

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

DISKUSSION

Syftet med denna studie var att undersöka hur ungdomar mår psykiskt, hur psykisk ohälsa är relaterat till vanligt förekommande normbrott samt att granska vilka risk- och skyddsfaktorer som är relaterade till psykisk ohälsa. Resultaten baseras på enkätsvar från 9 915 stockholmselever i grundskolans årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2. Med psykisk ohälsa i denna studie avses psykosomatiska besvär, emotionella problem samt självförtroendeproblem.

Den första frågeställningen handlar om förekomsten av självskattad psykisk ohälsa. Flickorna i studien rapporterade genomgående att de mår sämre än pojkarna. Detta gäller oberoende av hur psykisk ohälsa beräknas. Resultaten överensstämmer med tidigare forskning. Lewingsohn med kollegor (1998) samt Johnson (2002) betraktar kön som en riskfaktor för depressiva symtom. Det finns med andra ord skäl att betrakta kön (i det här fallet att vara flicka) som en riskfaktor för att utveckla psykisk ohälsa.

Den psykiska ohälsan skattades högre i gymnasiet än högstadiet. Detta resultat stämmer även det med tidigare forskning⁴¹. Skillnaden mellan årskurserna är större för pojkarna. Samma mönster påträffades i förändring av antalet riskfaktorer. Mellan högstadiet och gymnasiet ökade både flickornas och pojkarnas antal riskfaktorer och samma interaktionseffekt som återfinns i ohälsoskattningarna återfinns här. Pojkarna har fler riskfaktorer i gymnasiet (3,1) än i årskurs 9 (2,7) vilket är en större skillnad än för flickorna (grundskolan 2,7 och gymnasiet 2,9). I likhet med resultatet på frågeställning tre kan detta förklara skillnaderna i psykisk ohälsa mellan högstadiet och gymnasiet. Riskfaktorsbelastningen var större i gymnasiet än i högstadiet.

Upplevelsen av att det inte är härligt att leva är den enda av de 12 frågorna där det inte finns någon könsskillnad i gymnasiet. Forskning har visat att suicidförsök och suicidalt beteende i USA är vanligare hos flickor men att skillnaderna mellan könen jämnades ut i takt med att ungdomarna blev äldre. Vid 19 års ålder var skillnaden utjämnad mellan könen trots att skillnader i depressionsprevalens ökar⁴². Att skattningar på denna fråga var i genomsnitt lika mellan pojkar och flickor i gymnasiet, skulle kunna vara en indikation på detta och således en viktig indikator på pojkars psykiska ohälsa.

Resultat från IDA-projektet⁴³ visar att psykisk ohälsa var vanligare 2004 än 1996. Detta resultat går i linje med andra svenska undersökningar⁴⁴. Det ska dock noteras att flickorna i IDA-studien gick i årskurs 8 medan de yngsta flickorna i denna studie gick i årskurs 9. Den största skillnaden mellan de två undersökningarna i IDA berörde själv-

⁴¹ Lewingsohn m fl (1998)

⁴² Lewinsohn, Rohde, Seely & Baldwin (2001)

⁴³ Wångby m fl (2002)

⁴⁴ Hagquist m fl (2004); Statistiska Centralbyrån (2005a)

förtroende och utseende. Ett resonemang förs i IDA-studien att den mediala exponeringen av kvinnliga ideal och utseende blivit större mellan 1970 och 1996 och att detta ökat förekomsten av problem kring självförtroende och utseende⁴⁵. Det resultatet finns inte i denna studie för flickorna i högstadiet. Viljan att ändra på sig själv och känslan att inte duga någonting till är högre (23,6 resp. 13,1) i IDA mot för i denna studie (29,2 resp. 18,7) samtidigt som det har skett en stor minskning i andelen som sällan är nöjda med sitt utseende (37,0 i IDA och 17,4 i denna studie).

Den andra frågeställningen handlar om vilka risk- och skyddsfaktorer som kan förklara psykisk ohälsa. Med hjälp av 15 risk- och skyddsfaktorer kunde mellan 27 och 36 procent av variansen i psykisk ohälsa förklaras. Att förklaringsprocenten är så lika över de fyra grupperna tyder på att det är snarlika risk- och skyddsfaktorer som förklarar ungdomars psykiska ohälsa under olika tidpunkter. Studeras de olika risk- och skyddsfaktorernas individuella förklaringsvärde ser vi även där stora likheter mellan könen. Beta-vikterna är relativt små med få könsspecifika riskfaktorer. Detta är intressant då skillnaden i skattningarna av psykisk ohälsa mellan könen var så stor. Detta överensstämmer med tidigare forskning som visat på få könsspecifika risk- och skyddsfaktorer⁴⁶.

Av de 15 undersökta risk- och skyddsfaktorerna var sex faktorer genomgående signifikanta för alla fyra grupper. En hög känsla av sammanhang i skolan, god anknytning och att trivas i skolan fungerar som skyddsfaktorer för samtliga grupper. Riskfaktorerna för alla var ilska, skolfrånvaro och att ha varit utsatt för brott. Av de sex signifikanta faktorerna rör tre skolans område. I denna studie handlar frågorna om KASAM uteslutande om elevens uppfattning om huruvida skolsituationen är förutsägbar, begriplig och hanterbar. Det finns även frågor om eleverna upplever att det är roligt med svåra uppgifter, om skolarbetet gör dem förvirrade, om de känner sig orättvist behandlade och liknande. Resultatet talar för att en viktig uppgift för lärare är att skapa en klassrumsmiljö som ger eleverna en känsla av sammanhang. Den andra skyddsfaktorn från skolan var att trivas i skolan. Denna variabel hade höga förklaringsvärden och är således en viktig komponent i ungdomars psykiska hälsa. Slutligen var hög frånvaro signifikant för samtliga grupper. Ungdomar tillbringar mer än 15 000 timmar i skolan och skolan är en viktig arena för att främja barns och ungdomars psykiska hälsa. Studier har visat att skolmiljön sammantaget kan fungera som skyddsfaktor och gynna elever på flera plan när belastning från omgivningen är stor till exempel i socialt utsatta områden. Analogt har liknande effekt studerats för sämre skolor som medför negativa effekter för barnen som härstammade från bättre områden⁴⁷. De tre övriga faktorerna kommer från individens domän. Att ha varit utsatt för brott visade sig vara en viktig faktor. Forskning kring negativa livshändelsers påverkan på förekomst av psykisk ohälsa är omfattande⁴⁸. Att ha varit utsatt för brott kan betraktas som en negativ livshändelse och resultaten bekräftar därmed tidigare forskning. Vidare var ilska en riskfaktor för psykisk ohälsa för samtliga

⁴⁵ Wångby m fl (2002)

⁴⁶ T ex El-Khoury m fl (2005)

⁴⁷ Rutter (1983)

⁴⁸ Reinherz., Paradis, Giaconia, Stachwick, & Fitzmaurice (1997); Pine, Cohen, Johnson, & Brook (2002)

grupper. Detta går i linje med tidigare forskning där flickor framförallt påverkas negativt medan pojkars ilska har samband med utagerande beteende⁴⁹. Studeras betavikterna konstateras att de är något större för flickorna än för pojkarna men att skillnaden mellan könen inte är påtaglig. Pojkars ilska kan således även knytas till introverta psykiska besvär. Slutligen fungerar anknytning till föräldrar som skyddsfaktor. Anknytningsmättet baseras på Social Development Model där teorier kring social inlärning, anknytning samt social kontroll sammanvävts⁵⁰. Frågor hämtade ur enkäten berör de två sistnämnda teorierna. Genom identifikation och interaktion med viktiga människor inom familjen, skolan och kamrater lär sig individen olika beteendemönster och värderingar. Som skyddsfaktor är anknytning extra viktig då den inte begränsas till individen utan kan fungera i samtliga domäner som omgärdar individen⁵¹.

Den tredje frågeställningen handlar om betydelsen av antalet riskfaktorer. För samtliga grupper ökade andelen med psykisk ohälsa i takt med antalet riskfaktorer. Beräkningarna av den relativa risken visade på stor skillnad i sannolikhet att uppleva psykisk ohälsa för de ungdomar som inte har någon riskfaktor jämfört med de ungdomar som är utsatta för flera riskfaktorer. Sambanden mellan antalet riskfaktorer och psykisk ohälsa var linjära. Oavsett hur många riskfaktorer en person har ökar den psykiska ohälsan lika mycket om en ytterliggare riskfaktor läggs till. Det finns ingen mättnadseffekt. Detta förstärker vikten av att arbeta preventivt med att reducera antalet riskfaktorer. Dessa resultat går i linje med den föregående frågeställningen. Betavikterna för de faktorer som var signifikanta i regressionsanalysen var låga utan att någon enskild faktor stack ut. Vad dessa resultat sammanvägt säger är att det sammanslagna antalet riskfaktorer är viktigare än de enskilda riskfaktorernas belastning i sig. Detta bekräftar andra resultat⁵².

Träffsäkerheten för att hitta grupper av ungdomar som inte uppvisar symtom på psykisk ohälsa är störst för individer utan några riskfaktorer. Av 239 pojkar i årskurs 9 har endast en person skattat över 37 poäng på psykisk ohälsa. För flickorna i gymnasiet var andelen 17 av 233. Däremot är träffsäkerheten sämre för att upptäcka individer som uppvisar ohälsosymtom med hjälp av riskfaktorer. Av pojkarna i gymnasiet med nio riskfaktorer uppvisade drygt hälften inga ohälsosymtom.

Resultaten från de tre första frågeställningarna ger en bild av att relationen mellan riskfaktorer och psykisk ohälsa är ganska lika mellan könen, detta trots skillnader i skattningarna av psykisk ohälsa. Den stora skillnaden ligger i att riskfaktorernas belastning är så mycket kraftfullare för flickor än för pojkar. Samma faktorer innebär risk för både flickor och pojkar men flickorna rapporterar att de mår sämre.

Den sista frågeställningen handlar om relationen mellan psykisk ohälsa och olika normbrott. Generellt sett var sambanden svaga. Psykisk ohälsa och skolk korrelerade högst

⁴⁹ Piko, Kresztes, & Pluhar (2006)

⁵⁰ Catalano & Hawkins (1996)

⁵¹ Bond m fl (2005)

⁵² Bond m fl (2005)

för båda könen och åldrarna. Att skolksamvarierar med introverta psykiska problem kan delvis förklaras genom att betrakta det som undvikandebeteende vilket är förknippat med depressiva symtom. Brott korrelerade högre med psykisk ohälsa för pojkarna än för flickorna. En förklaring till det resultatet kan vara att det var så pass många fler pojkar som begick allvarliga brott (9,8%) än flickor (2,7%) i grundskolan. Tidigare forskning har visat på en överlappning mellan brott och psykisk ohälsa⁵³ något som överensstämmer med dessa resultat. Flickorna rapporterar, som beskrivits ovan, genomgående högre förekomst av psykisk ohälsa. Lika genomgående är skillnaderna mellan könen i brottstatistiken. Resultaten i denna studie stödjer tankar kring att pojkars utagerande beteende i form av allvarliga brott kan ha samband med hur de mår psykiskt.

Psykisk ohälsa – ett begrepp med varierande innebörd

Psykisk ohälsa är inget entydigt begrepp. I princip kan det endast studeras utifrån hur det är operationaliserat. Alla operationaliseringar (definitioner) är problematiska eftersom psykisk ohälsa bör betraktas som en kontinuerlig variabel; en individ kan exempelvis ha mer eller mindre psykosomatiska besvär. Frågan är således när besvären blir så stora att det handlar om psykisk ohälsa?

Dessutom finns det begränsningar i den datainsamlingsmetod som använts. Det är den enskilde personen som tolkar innebörden i enkätfrågorna och med tanke på att psykisk ohälsa är svårdefinierat finns utrymme för subjektivitet. Samma sak gäller tolkningen av svarsalternativen. Det kan illustreras med svarsalternativen till frågan *Hur ofta tycker du att du inget duger till*: nästan aldrig, någon enstaka gång, ibland, ganska ofta och väldigt ofta.

De höga siffrorna på förekomst av de ohälsosymtom behöver också kommenteras. Det var exempelvis nästan hälften av flickorna som rapporterade att de svårt att somna och ungefär en tredjedel som ofta hade huvudvärk, dålig aptit respektive som kände sig ledsna utan egentlig orsak. Motsvarande andelar för pojkarna var något lägre men fortfarande höga. En förklaring till de höga andelarna är att de är uttryck för situationella faktorer som är vanliga under tonårsperioden. Ungdomarna kan till exempel ha haft en jobbig vecka i hemmet eller nyligen blivit underkända på ett prov i skolan vilket gör att de tillfälligt känner sig nedstämda, har svårt att somna eller har orolig mage. Om så är fallet kan man anta att "sjävläkningen" är stor. Det är med andra ord inte självklart att de höga andelarna av elever med symtom på psykisk ohälsa behöver hjälp av utomstående.

⁵³ Lewinsohn m fl (1998)

Studiens styrkor och svagheter

En av studiens styrkor är det stora urvalet vilket ökar möjligheten att allmängiltighet. Vidare uppskattades det externa bortfallet till elva procent vilket får betraktas som lågt. En reservation som måste göras är att urvalet endast består av elever som går i skolor i en storstad (Stockholm). Vid generalisering måste, som tidigare nämnts, även operationaliseringen av psykisk ohälsa i denna studie beaktas.

En begränsning i studien är de risk- och skyddsfaktorer som använts i analysen. Vissa faktorer som har betydelse för psykisk ohälsa saknas. Till exempel kan riskfaktorn familjekonflikt tänkas påverka psykisk ohälsa men har inte kunna mätas i denna studie. Med en enkät tydligare utformad för att mäta olika risk- och skyddsfaktorer skulle en utförligare bild av psykisk ohälsa och dess orsaker komma fram.

Operationaliseringen av psykisk ohälsa utgör ingen begränsning i sig. Däremot kan den göras på olika sätt. Ett alternativ är att använda sig av mer etablerade enkätskattningar så som Center for Epidemiological Studies depressionsformulär för barn, (CES-Dc) eller Youth Self-Report (YSR). Dessa är mer beforskade och har tydliga gränser baserade på svenska populationer⁵⁴.

Praktiska implikationer

En ökad kunskap om riskfaktorer är betydelsefull för att kunna utveckla det preventiva arbetet. Det är dock viktigt att minnas att riskfaktorer inte orsakar psykisk ohälsa utan ökar endast sannolikheten för det. Även om en riskfaktor påtagligt ökar förekomsten av psykisk ohälsa fungerar riskfaktorer relativt dåligt när det gäller att säkert identifiera enskilda ungdomar som mår psykiskt dåligt. Det betyder att andelen falskt positiva (många riskfaktorer utan psykisk ohälsa) var hög medan andelen falskt negativa (få riskfaktorer med problem) var låg. Utifrån ett riskfaktorperspektiv bör därför det preventiva arbetet inriktas mot grupper av individer som innehar många riskfaktorer snarare än enskilda individer med många riskfaktorer⁵⁵.

Vidare måste preventiva program utformas för att minska antalet riskfaktorer som elever upplever. Att endast angripa vissa riskfaktorer har ingen större verkan utan breda åtgärder där ett flertal riskfaktorer angrips är att föredra. Det finns en tradition inom preventionsåtgärder att utforma dessa utifrån ett fåtal riskfaktorer⁵⁶. Resultatet i denna studie visar att det är reduktion av antalet riskfaktorer som är det centrala.

⁵⁴ von Knorring och Olsson 1997)

⁵⁵ Herrenkohl, Maguin, Hill, Hawkins, Abbott & Catalano (2000)

⁵⁶ Catalano m fl (2002)

REFERENSER

- Achenbach, T.M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. I M. Lewis & S.M Miller (Red.), *Handbook of development psykopathology* New York: Plenum Press
- American Psychiatric Association (1995). *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd, Pilgrim Press,
- Antonovsky A.(1991). *Hälsans mysterium*, Köping, Natur och Kultur.
- Ashkenazi A., & Silberstein S., (2004). Periodic autonomic dysfunction without pain in a patient with cluster headache. *Cephalalgia* 2004(24), 1005-6
- Bergman, L.R., & Magnusson, D. (1983). The development of patterns of maladjustment. Report from the project Individual Development and Adjustment, Stockholm University, Nr 50.
- Bond, L., Carlin, J. B., Thomas, L., Rubin, K. & Patton, G., (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001;323:480-4. Hämtad 2006-02-15 från www.bmj.com.
- Bond L., Toumbourou J. W., Thomas L., Catalano R. F., & Patton G. (2005). Individual, family, school, and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: a comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. *Prevention Science*, 6(2), 73-88.
- Bovier P. A, Chamot E., & Perneger T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13(1), 161-170
- Brattberg G., Wickman V., (1991). Ryggont och huvudvärk vanligt bland skolelever. *Läkartidningen* 88 (23) 2155-57.
- Brattberg G., Wickman V., (1992). Rehabilitera tidigt vid ryggont och huvudvärk. *Läkartidningen* 90 (15) 1452-54, 1459-60.
- Bremberg (Red.). (1998).*Barnrapporten Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdomar I Stockholms län*. Hämtad 2006-02-23 från www.cbu.dataphone.se/Barnrapporten
- Brottsförebyggande rådet. (2000). *Strategiska brott. Vilka brott förutsäger en fortsatt brottskarriär (BRÅ-rapport 2000:17)*. Stockholm Brottsförebyggande rådet.
- Catalano R. F., Hawkins J. D., Berglund M. L., Pollard J. A., & Arthur M. W. (2002). Prevention science and positive youth development: competitive or cooperative frameworks? *Journal of Adolescents Health*, 31(6 Suppl), 230-239.
- Catalano, R., F., & Hawkins, J., D. (1996). The Social Development Model: A theory of anti-social behaviour I Hawkins (Red.) *Delinquency and crime: Current theories*. New York, Cambridge University Press
- Cederblad. M., (1996). Fifty years of epidemiologic studies in child and adolescent psychiatry in Sweden. *Nord Journal of psychiatry* 1996;50 (suppl 36):55-66.

- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research. A student's handbook*. New York, Psychology Press
- Cooper H. M. (1989) Does reducing student-to instructor ratios affect achievement? *Educational Psychologist* 24(1),79-98
- Durlak J., & Wells A. (1997) Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta meta-analytic review. *American journal of Commun Psychology* 25(2), 115-152.
- El-Khouri B.M., Sundell K. & Strandberg A. (2005) *Risikfaktorer för normbrytande beteenden. Skillnader mellan flickor och pojkar i tonåren*. FoU-rapport 2005:17. Stockholm, AJM-tryck AB
- El-Khouri B.M. & Sundell K. (2005) *Elevers normbrytande beteenden* FoU-rapport 2005:8, Stockholm AMJ-tryck AB.
- Hagquist C., Nilsson T., & Forsberg E. (2004) *Ung i Värmland 1988-2002*, Karlstad university studies
- Hagquist C., Starrin B. & Sund M. (1990) *Ung i Värmland. En undersökning av fritidsvanor, livstil, oro hälsa och skolmiljö*, Centrum för folklivsforskning.
- Hee-og Sim. (2000); Relationship of daily hassles and social support to depression to depression and antisocial behaviour among early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(6), 647-659.
- Herrenkohl T.I., Maguin E., Hill K.G., Hawkins J.D., Abbott R.D. & Catalano R. F. (2000) Developmental risk factors for youth violence. *Journal of adolescent Health*, 26(3), 176-86
- Howell D. C. (1997), *Statistical Methods for Psychology Fourth edition*, London, Duxbury Press, London
- Johnson R. L. (2002). Pathways to adolescent health: early intervention; *Journal of Adolescents Health*, 31(6 Suppl), 240-250.
- Kazdin, A. E., Kraemer H. C., Kessler R. C., Kupfer D. J., & Offord D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychological Review*, 17(4), 375-406.
- Lindberg L., Larsson N., Bremberg S. (1992) *Ungdomars psykiska hälsa Utvärdering av ett mätinstrument*. Hämtad 2006-03-02 från www.cbu.dataphone.se/rapporter/19992.pdf
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seely J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychological Review*, 18(7), 765-94.
- Lewinsohn P. M., Rohde P., Seely J. R., & Baldwin C. L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 40(4), 427-434.
- Lewinsohn P. M., Shankman S. A., Gau J. M. & Klein D. N. (2004) The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine*, 34,613-622
- McConaughy S. H., & Achenbach T.M., (1994) Comorbidity of empirically based syndromes inmatched general population and clinical samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1141-1157

- Moilanen I, Rantakallio P (1988). *The single parent family and the child's mental health*, Social Science and medicine, 27(2):181-186
- Olsson G., & von Knorring A.-L. (1997) Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies –Depression Child (CES-DS) *European Child and Adolescent Psychiatry* 6, 81-87.
- Passchier J., Orlebeke J.F., (1985) Headaches and stress in schoolchildren: an epidemiological study. *Cephalgia* 5(3), 167-176.
- Patton C., Hibbert M., Rosier M. J., Carlin J. B., Caust J., & Bowes G. (1996). Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health*, 86(2), 225-230.
- Pine D. S., Cohen P., Johnson J. G., & Brook J. S. (2002). Adolescent life events as predictors of adult depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(1), 49-57.
- Piko B F., Kresztes N., & Pluhar Z. F. (2006) Aggressive behaviour and psychosocial health among children. *Personality and Individual Differences*, 40, 885-895.
- Reber A. S., Reber E (2001) *The Penguin Dictionary of Psychology*, London, Penguin books
- Reinherz H. Z., Paradis A. D., Giaconia R. M., Stachwick C. K., & Fitzmaurice G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2141-2147.
- Rutter M., (1983) School effects on pupil progress. Research findings and policy implication. *Child Development*, 54, 1-29
- Sandin B., Chorot P., Santed M. A., Valiente R. M., & Joiner T.E. Jr. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behavior: a critical analysis from the stress process perspective. *Journal of Adolescence*, 21(4), 415-26.
- SBU (2004) *Behandling av depressionssjukdomar(166:1)*. Göteborg: Elanders Graphic System.
- Socialstyrelsen (2005) *Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa –förslag till nationella återkommande undersökningar*. Hämtat 2006-04-02 från www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8630/2005-107-1.htm
- Statistiska Centralbyrån (2005a), *Ungdomars etablering: Generationsklyftan 1980-2003*. Örebro: SCB tryck
- Statistiska Centralbyrån (2005b) *Barns villkor*. Hämtad 2006-04-03 från www.scb.se/templates/publodb/publikation___2725.asp&plopnr=2517
- Steinhausen, H. C. & Winkler-Metzke. C., (2001). Risk Compensatory, Vulnerability, and Protective Factors Influencing Mental Health in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 30 (3) 259-280.
- Wångby M.(1997), *Externalizing and internalizing adjustment problems in teenage girls*.Edsbruk, Akademitryck AB
- Wångby M., Magnusson D. & Stattin H., (2002), *Self-perceived psychological health among swedish teenage girls*. Report from the project Individual Development and adaptation nr 79
- Wänman, A., Agerberg, G., (1986) Headache and dysfunction of the masticatory system in adolescents. *Cephalgia* 6 247-55.

Bilaga A. Enkätfrågor om psykisk ohälsa. De svarsalternativ som kodats som *förekomst* är understrukna.

Hur ofta har Du haft huvudvärk detta läsår?

Aldrig
Ungefär 1 gång/termin
Ungefär 1 gång/månad
Ungefär 1 gång/vecka
Flera gånger i veckan

Hur ofta tycker Du att Du inget duger till?

Nästan aldrig
Någon enstaka gång
Ibland
Ganska ofta
Väldigt ofta

Känner Du dig ledsen och deppig utan att veta varför?

Väldigt ofta
Ganska ofta
Ibland
Någon enstaka gång
Sällan

Hur ofta har Du under detta läsår haft svårt att somna?

Flera kvällar i veckan
Ungefär 1 kväll/vecka
Ungefär 1 kväll/månad
Ungefär 1 kväll/termin
Aldrig

Händer det att Du känner dig rädd utan att veta varför?

Sällan
Någon enstaka gång
Ibland
Ganska ofta
Väldigt ofta

Är Du nöjd med ditt utseende?

Oftast
Ganska ofta
Ibland
Någon enstaka gång
Nästan aldrig

Hur ofta har Du dålig aptit?

Flera gånger i veckan
Ungefär 1 gång/vecka
Ungefär 1 gång/månad
Ungefär 1 gång/termin
Aldrig

Känner Du dig slö och olustig?

Sällan
Någon enstaka gång
Ibland
Ganska ofta
Väldigt ofta

Hur mycket skulle Du vilja ändra på dig själv?

Väldigt mycket
Ganska mycket
En del
Ganska lite
Inte alls

Hur ofta har det hänt under detta läsår att Du sovit oroligt och vaknat under natten?

Aldrig
Ungefär 1 natt/termin
Ungefär 1 natt/månad
Ungefär 1 natt/vecka
Flera nätter i veckan

Hur ofta har Du under detta läsår haft "ner-vös mage" (t ex magknip, magkramper, orolig mage, illamående, gaser, förstoppning eller diarré)?

Flera gånger i veckan
Ungefär 1 gång/vecka
Ungefär 1 gång/månad
Ungefär 1 gång/termin
Aldrig

Hur ofta tycker Du att det är riktigt härligt att leva?

Sällan
Någon enstaka gång
Ibland
Ganska ofta
Väldigt ofta

Bilaga B. Samband mellan risk- och skyddsfaktorer

Högstadies flickor

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Ilska	1														
2 Sjukfrånvaro	.19	1													
3 Brottsoffer	.17	.18	1												
4 Skolk	.23	.41	.21	1											
5 Mobbad	.14	.10	.10	.08	1										
6 Tobak	.22	.26	.28	.36	.03	1									
7 Arbetslösa föräldrar	.05	-.01	.03	.04	.01	.07	1								
8 Anknytning	-.23	-.15	-.19	-.29	-.06	-.32	-.07	1							
9 Ensamstående mamma	.06	.06	.06	.11	.01	.10	.05	.05	1						
10 Regelbunden aktivitet	-.04	-.07	-.04	-.10	.00	-.16	-.06	-.07	-.08	1					
11 Anförtro sig till kompisar	.02	.08	.00	.07	-.03	.13	-.01	-.04	-.04	.03	1				
12 Bra skola	-.31	-.14	.14	-.19	-.13	-.16	.03	.28	.01	.01	.01	1			
13 Kasam	-.39	-.27	-.23	-.37	-.12	-.33	-.06	.41	-.11	.15	-.01	.44	1		
14 Trivs i skolan	-.32	-.21	-.14	-.21	-.23	-.08	-.04	.21	-.04	.10	.07	.39	.40	1	
15 Ofullständiga betyg	.06	.06	.11	.18	.03	.13	.11	-.09	.13	-.11	-.06	.05	-.17	-.07	1

Högstadiepojkar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Ilska	1														
2 Sjukfrånvaro	.09	1													
3 Brottsoffer	.12	.18	1												
4 Skolk	.11	.44	.18	1											
5 Mobbad	.08	.07	.13	.02	1										
6 Tobak	.13	.24	.23	.31	.01	1									
7 Arbetslösa föräldrar	.00	.00	.03	.01	.05	-.01	1								
8 Anknytning	-.14	-.11	-.08	-.20	-.10	-.12	-.06	1							
9 Ensamstående mamma	.03	.05	.06	.10	.01	.05	.05	-.08	1						
10 Regelbunden aktivitet	-.03	.02	-.01	-.02	-.02	-.02	-.05	.08	-.01	1					
11 Anförtro sig till kompisar	-.02	.04	.09	.05	-.05	.09	-.06	.07	-.03	.02	1				
12 Bra skola	-.24	-.11	-.12	-.20	-.12	-.07	-.03	.25	.01	.03	.05	1			
13 Kasam	-.28	-.19	-.17	-.33	-.11	-.19	-.04	.35	-.05	.02	.06	.42	1		
14 Trivs i skolan	-.22	-.14	-.10	-.23	-.18	-.06	-.05	.23	-.03	.04	.08	.37	.39	1	
15 Ofullständiga betyg	.03	.11	.06	.17	.02	.13	.08	.05	.12	.05	.07	.02	-.16	-.08	1

Gymnasieflickor

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Ilska	1														
2 Sjukfrånvaro	.13	1													
3 Brottsoffer	.15	.14	1												
4 Skolk	.16	.37	.20	1											
5 Mobbad	.09	.05	.13	.14	1										
6 Tobak	.16	.18	.29	.29	.05	1									
7 Arbetslösa föräldrar	.03	.03	.02	.05	.04	.00	1								
8 Anknytning	-.15	.14	.15	.29	.09	.24	.06	1							
9 Ensamstående mamma	.03	.02	.03	.08	.02	.08	.05	-.11	1						
10 Regelbunden aktivitet	-.01	-.04	.02	-.03	-.01	-.01	-.01	.07	-.07	1					
11 Anförtro sig till kompisar	.02	.05	.10	.00	.00	.12	-.03	.02	-.01	.04	1				
12 Bra skola	-.22	-.09	-.18	-.18	-.11	-.13	.00	.31	.00	.01	-.01	1			
13 Kasam	-.25	-.20	-.22	-.35	-.12	-.27	-.07	.39	-.06	.05	.00	.38	1		
14 Trivs i skolan	-.23	-.18	-.16	-.26	-.24	-.10	-.03	.28	-.03	.05	.02	.39	.37	1	
15 Ofullständiga betyg	.06	.08	.03	.18	.05	.12	.10	-.12	.10	-.05	-.03	.00	-.16	-.07	1

Gymnasiepojkar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Ilska	1														
2 Sjukfrånvaro	.09	1													
3 Brottsoffer	.12	.18	1												
4 Skolk	.11	.44	.18	1											
5 Mobbad	.08	.07	.13	.02	1										
6 Tobak	.13	.24	.23	.31	.01	1									
7 Arbetslösa föräldrar	.00	.00	.03	.01	.05	-.01	1								
8 Anknytning	-.14	-.11	-.08	-.20	-.10	-.12	-.06	1							
9 Ensamstående mamma	.03	.05	.06	.10	.01	.05	.05	-.08	1						
10 Regelbunden aktivitet	-.03	.02	-.01	-.02	-.02	-.02	.05	.08	-.01	1					
11 Anförtro sig till kompisar	-.02	.04	.09	.05	-.05	.09	-.06	.07	-.03	.02	1				
12 Bra skola	-.24	-.11	-.12	-.20	-.12	-.07	-.03	.25	.01	.03	.05	1			
13 Kasam	-.28	-.19	-.17	-.33	-.11	-.19	-.04	.35	-.05	.02	.06	.42	1		
14 Trivs i skolan	-.22	-.14	-.10	-.23	-.18	-.06	-.05	.23	-.03	.04	.08	.37	.39	1	
15 Ofullständiga betyg	.03	.11	.06	.17	.02	.13	.08	-.05	.12	-.05	-.07	.02	-.16	-.08	1

Bilaga C. Relationen mellan antalet riskfaktorer och ohälsosymtom.								
	Flickor				Pojkar			
Antal riskfaktorer	Totalt	<i>n</i>	procent	Relativ risk	Totalt	<i>n</i>	procent	Relativ risk
Åk 9								
0	277	19	6.9	1	239	1	0.4	1
1	582	60	10.3	1.5	558	9	1.6	4
2	583	92	15.8	2.3	688	11	1.6	4
3	403	113	28.0	4.1	492	17	3.5	8.8
4	274	100	36.5	5.3	288	30	10.4	26.0
5	190	76	40.0	5.8	194	29	14.9	37.3
6	115	57	49.6	7.2	125	26	20.8	52.0
7	81	52	64.2	9.3	75	20	26.7	66.8
8	51	33	64.7	9.4	35	10	28.6	71.5
9	53	42	79.2	11.5	44	14	31.8	79.5
Åk 11								
0	233	17	7.3	1	150	2	1.3	1
1	507	58	11.4	1.6	386	13	3.4	2.6
2	508	81	15.9	2.2	445	16	3.6	2.8
3	374	90	24.1	3.3	394	26	6.6	5.1
4	280	95	33.9	4.6	283	17	6.0	4.6
5	188	72	38.3	5.2	206	33	16.0	12.3
6	117	54	46.2	6.3	128	24	18.8	14.5
7	78	44	56.4	7.7	86	26	30.2	23.2
8	54	33	61.1	8.4	55	15	27.3	21.0
9	55	40	72.7	9.9	41	21	51.2	39.4

AKTUELLA RAPPORTER från FoU-enheten

2005

2005:1	Knut Sundell Martin Forster	<i>En grund för att växa</i> Forskning om att förebygga beteende- problem hos barn	80 kr
2005:2	Martin Forster Knut Sundell Lennart Melin Richard J. Morris Martin Karlberg	<i>Charlie och Komet.</i> Utvärdering av två läroprogram för barn med beteende- problem	80 kr
2005:3	Lisa Wallander Jan Blomqvist	<i>Vad styr vårdvalen?</i> En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård. Delrapport 2 från projektet "Vem får vilken missbruksvård"	180 kr
2005: 4	Charlotte Mannerfelt	<i>Villkorad Frihet</i> – Om reglering av fristå- ende grundskolor	150 kr
2005:5	Nader Anmadi Eva-Britt Lönnback	<i>Tvärkulturellt Socialt Arbete</i> - av socialarbetare för socialarbetare	150 kr
2005:6	Catrine Kaunitz Cecilia Andréa Löfholm	<i>"Det är nu dom svåra frågorna kommer"</i> 41 Stockholmsföräldrar om föräldraskap	80 kr
2005:7	Knut Sundell Åsa Kling, Fredrik Livheim Anna Mautner	<i>Komet för föräldrar</i> Vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om Komet	80 kr
2005:8	Bassam El-Khoury Knut Sundell	<i>Elevers Normbrytande Beteenden</i> Resultat från 2004 års Stockholms enkät Med elever i grundskolans årskurs 9 Och gymnasiet år 2	80 kr
2005:9	Jan Blomqvist Irja Christophs	<i>Vägen till vården</i> Kvinnors och mäns skäl att söka hjälp respektive börja behandling för alkoholproblem	80 kr
2005:10	Veronica Ekström	<i>Individens eget ansvar och samhällets stöd</i> En utvärdering av "Skärholmsmodellen" vid Jobbcentrum Sydväst	150 kr
2005:11	Charlotte Mannerfelt	<i>Hammarby Sjöstad tillgänglig för alla?</i> Delrapport 5:Bygghasens betydelse	80 kr
2005:12	Martin Forster Martin Karlberg	<i>KOMET</i> En manual för skolpersonal i grundskolans år F till 5	150 kr
2005:13	Martin Forster	<i>KOMET</i> Manual för skolpersonal i grundskolans år 6 till 9	150 kr
2005:14	Lina Collin Bassam El-Khoury Knut Sundell	<i>Elever som mobbar vilka är de?</i>	80 kr
2005:15	Knut Sundell Bassam El-Khoury Josefin Månsson	<i>Elever på vift.</i> Vilka är skolkarna?	80 kr
2005:16	Hjördis Gustafsson	<i>Projekt i fokus.</i> En processutvärdering av projektet "Individen i fokus"	80 kr
2005:17	Bassam El-Khoury Knut Sundell Anna Strandberg	<i>Risikfaktorer för normbrytande beteenden</i> Skillnader mellan flickor och pojkar i tonåren	80 kr

2005:18	Jan Blomqvist Irja Christophs	<i>Kan forskning påverka praktiken?</i> En utvärdering av olika sätt att återföra forskningsresultat inom missbrukarvården	80 kr
2005:19	Birgitta Petrell Jan Blomqvist Thomas Lundqvist	<i>Ut ur dimman</i> En uppföljning av Maria Ungdoms cannabisprogram	125 kr

2006

2006:1	Ollie Puhakka	<i>Missbrukare på Sergels Torg 2005</i>	100 kr
2006:2	Barbro Nordlöf	<i>Mödrahem i Stockholm 1910-1970</i>	200 kr
2006:3	Daniel Rauhut	<i>Den besvärliga fattigdomen</i>	200 kr
2006:4	Knut Sundell, Kjell Hansson, Cecilia André- Löfholm, Tina Olsson, Lars-Henry Gustle & Christina Kadesjö	<i>Multisystematisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem</i> - resultat efter sex månader. (Rapporten kan beställas från Socialstyrelsens kundtjänst)	
2006:5	Agneta Hugemark	<i>Mellan marknad och politik</i> - om statlig styrning av marknaden för personlig assistans	100 kr
2006:6	Veronica Ekström	<i>Kompetensutvecklingsbehov för Ekonomiskt bistånd och Arbetsmarknadsverksamheter</i> – en utvärdering av projektet Profilen	100 kr
2006:7	Anders Ekstrand	<i>Hur mår Stockholms ungdomar?</i> - en studie av risk- och skyddsfaktorers betydelse för psykisk ohälsa	100 kr

U-serien från 2006

Nr 1	Anette Manoti	<i>Att arbeta som kontaktsekreterare</i> - erfarenheter från kontaktsekreterare i Stockholms stad.	100 kr
Nr 2	Pia Hallin	<i>Myndighetens ansikte</i> – om socialarbetare i myndighetsrollen. DVD-film inklusive diskussionsunderlag. (Rabbaterat pris för enheter inom Stockholm Stad)	900 kr (600 kr)
Nr 3	Karin Zachrisson	<i>Att arbeta som boutredare i Stockholms stad</i> - om förhållningssätt och bemötande	100 kr

FoU-rapporter beställs från
FoU-enheten, Stockholm stad e-post: fou.rapporter@stadshuset.stockholm.se
fax: 08-508 35 900, tel: 08-508 35 851

