



Litteraturstudie

# Ungas psykiska hälsa med ett genusperspektiv

MARS 2010

För mer information om rapporten kring ungas psykiska hälsa med ett genusperspektiv kontakta:

Författare av rapporten:

Ann-Charlotte Mårdby, [ann-charlotte.mardby@socmed.gu.se](mailto:ann-charlotte.mardby@socmed.gu.se), telefon: 031-786 6875

Gunilla Krantz, [gunilla.krantz@socmed.gu.se](mailto:gunilla.krantz@socmed.gu.se), Telefon: 031-786 6861

Enheten för Socialmedicin, Box 453, 405 30 Göteborg

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 7, Göteborg

Folkhälsokommitténs kansli, Västra Götalandsregionen:

Johan Jonsson, [johan.jonsson@vgregion.se](mailto:johan.jonsson@vgregion.se), telefon: 0501-623 55, 0706-82 21 00

Besöksadress: Regionens Hus, 542 87 Mariestad

## Förord

Folkhälsokommittén i Västra Götaland gav i september 2009 Socialmedicinska enheten vid Göteborgs Universitet i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag i form av en litteraturstudie om Ungas psykiska ohälsa med ett genusperspektiv. Rapporten ska även ses som ett svar på motionen i Regionfullmäktige ”*Vi behöver lära oss mer om unga kvinnors psykiska ohälsa*” från Annette Ternstedt (V) med flera.

Ungas psykiska hälsa är ett eftersatt område i såväl forskning som praktik i relation till den höga nivå av psykisk ohälsa som unga människor i Sverige och i omvärlden rapporterar. I rapporter och forskningsstudier påvisas samstämmigt att många unga lider av ångest, oro, depression, symtom på kronisk värk och har suicidtankar. Vidare visas att flickor har sämre psykisk hälsa än pojkar. För att förstå dessa skillnader behöver ett genusperspektiv inkluderas i analysen av de självrapporterade data som de flesta undersökningar vilar på.

Litteraturstudien inkluderar pojkar och flickor, 12-17 år, samt unga vuxna, 18-24 år. I rapporten redovisas riskfaktorer för psykisk ohälsa hos flickor och pojkar och en diskussion om hur dessa resultat kan tolkas i ett genusperspektiv. Området är komplicerat så till vida att det visar på olika livsvillkor för olika grupper i befolkningen, vilket i sin tur ger upphov till en ojämlik hälsoutveckling för unga flickor och pojkar beroende på fler faktorer än kön, till exempel socialgruppstillhörighet, etnisk tillhörighet, ålder och geografisk tillhörighet. Att vidta åtgärder kräver därför insatser från flera aktörer på såväl övergripande som lokal nivå. I denna rapport föreslås områden som är viktiga att beakta i detta avseende. Rapporten ger inte några enkla svar på hur sådana insatser kan utformas.

Litteraturstudien har genomförts av Ann-Charlotte Mårdby, apotekare och forskare på Socialmedicinska enheten, Göteborgs universitet och Gunilla Krantz, allmänläkare och docent i folkhälsovetenskap från Socialmedicinska enheten, som också tagit fram denna rapport. Författarna svarar för rapportens innehåll.

Mariestad mars 2010

Johan Jonsson

Folkhälsochef

# 1. Innehållsförteckning

<b>1. INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2. SAMMANFATTNING</b> .....	<b>4</b>
<b>3. DEFINITIONER</b> .....	<b>5</b>
<b>4. BAKGRUND</b> .....	<b>6</b>
<b>5. SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>6. METOD</b> .....	<b>10</b>
6.1. STUDIEDESIGN .....	10
6.2. GENOMFÖRANDE .....	10
6.3. ANALYS AV STUDIERNAS .....	11
6.4. INSTRUMENT SOM HAR ANVÄNTS FÖR ATT MÄTA DEN PSYKISKA OHÄLSAN HOS UNGA I NORDEN .....	12
<b>7. RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
7.1 HUR SER DEN PSYKISKA OHÄLSAN UT HOS UNGA I NORDEN? .....	12
7.2. HUR PÅVERKAR ÅLDERN PSYKISK OHÄLSA HOS UNGA? .....	14
7.3. HUR SER SAMBANDEN UT MELLAN ETNICITET, FAMILJESITUATION, SOCIOEKONOMISK SITUATION, SOCIALA NÄTVERK OCH PSYKISK OHÄLSA.....	14
7.4. FINNS DET NÅGOT SAMBAND MELLAN SKOL- OCH FRITIDSVANOR SAMT ARBETSFÖRHÅLLANDEN OCH PSYKISK OHÄLSA FÖR POJKAR OCH FLICKOR? .....	16
7.5. UNGAS RISKBETEENDE SÅ SOM DROG- OCH ALKOHOLVANOR I RELATION TILL PSYKISK OHÄLSA.....	17
7.6. KRÄNKNINGAR, VÅLD OCH ÖVERGREPP OCH PSYKISK OHÄLSA HOS UNGA.....	18
7.7. SJÄLVSKADEBETEENDE, SJÄLVMORDSFÖRSÖK OCH SJÄLVMORD I RELATIONEN TILL PSYKISK OHÄLSA HOS POJKAR OCH FLICKOR .....	19
7.8. PSYKISK OHÄLSA OCH LÄKEMEDEL HOS FLICKOR OCH POJKAR.....	21
7.9. UTTRYCKER UNGA MÄN OCH KVINNOR SITT PSYKISKA LIDANDE OLIKA? .....	22
7.10. VILKA INTERVENTIONER HAR GJORTS FÖR ATT FÖREBYGGA TONÅRINGARS ELLER UNGA VUXNAS PSYKISKA OHÄLSA UR ETT GENUSPERSPEKTIV? .....	22
<b>8. DISKUSSION</b> .....	<b>23</b>
8.1. HUR SER DEN PSYKISKA OHÄLSAN UT HOS UNGA I NORDEN?.....	23
8.2. HUR SER ETT EVENTUELLT SAMBAND UT MELLAN FAKTORERNA ETNICITET, FAMILJESITUATION, SOCIOEKONOMISK SITUATION, SOCIALA NÄTVERK OCH PSYKISK OHÄLSA .....	24
8.3. FINNS DET NÅGOT SAMBAND MELLAN SKOL- OCH FRITIDSVANOR SAMT ARBETSFÖRHÅLLANDEN OCH PSYKISK OHÄLSA FÖR POJKAR OCH FLICKOR? .....	25
8.4. UNGAS RISKBETEENDE SÅ SOM DROG- OCH ALKOHOLVANOR I RELATION TILL PSYKISK OHÄLSA .....	26
8.5. KRÄNKNINGAR, VÅLD OCH ÖVERGREPP OCH PSYKISK OHÄLSA HOS UNGA.....	26
8.6. SJÄLVSKADEBETEENDE OCH SJÄLVMORD I RELATIONEN TILL PSYKISK OHÄLSA HOS POJKAR OCH FLICKOR.....	27
8.7. PSYKISK OHÄLSA OCH LÄKEMEDEL HOS FLICKOR OCH POJKAR.....	28
8.8. VILKA INTERVENTIONER HAR GJORTS FÖR ATT FÖREBYGGA TONÅRINGARS ELLER UNGA VUXNAS PSYKISKA OHÄLSA UR ETT GENUSPERSPEKTIV?.....	29
8.9. OMVÄRLDSANALYS OCH NÄROMRÅDESRESULTAT.....	29
8.9.1. <i>Psykisk ohälsa i ett internationellt perspektiv</i> .....	29
8.9.2. <i>Psykisk ohälsa i ett nationellt perspektiv</i> .....	31
8.9.4. <i>Psykisk ohälsa i Västra Götaland</i> .....	32
8.9.5. <i>Enkätundersökning vid Porthälla Gymnasium i Partille 2001</i> .....	33
8.9.6. <i>Varför har allt fler ungdomar nedsatt psykiskt välbefinnande?</i> .....	34
8.9.7. <i>Vad kan göras åt den psykiska ohälsan hos unga?</i> .....	36
8.9.8. <i>Closing the Gap in a Generation, WHO</i> .....	36
8.9.9. <i>Folkhälsopolitisk policy i Västra Götaland</i> .....	37
8.10. METODDISKUSSION .....	39
<b>9. SLUTSATSER</b> .....	<b>40</b>
<b>10. REFERENSER</b> .....	<b>42</b>
<b>11. APPENDIX</b> .....	<b>46</b>

## 2. Sammanfattning

**Bakgrund:** Psykisk ohälsa är ett av våra största folkhälsoproblem. I folkhälsorapporten från Socialstyrelsen 2009 beskrivs att cirka 30 procent av unga kvinnor och nästan 15 procent av unga män rapporterade ångestsymptom, 25 procent av kvinnorna och 17 procent av männen sömnproblem samt drygt 40 procent av unga kvinnor och av 20 procent unga män kronisk smärta. Begreppen kön och genus, som är beroende av varandra, kan förenklat beskrivas som ett särskiljande av det biologiska och det sociokulturella, där genus speglar mäns och kvinnors olika livsvillkor, vilka i sin tur påverkar hälsoutvecklingen.

**Syfte:** Det övergripande syftet med denna litteraturstudie är att sammanfatta några av de mest väsentliga riskfaktorer för psykisk ohälsa hos unga som identifierats i olika vetenskapliga studier samt diskutera dessa ur ett genusperspektiv.

**Metod:** Litteraturstudie baserad på artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter, främst från de nordiska länderna. Specifika frågeställningar har ställts till litteraturen.

**Resultat och diskussion:** Forskningen från Norden visade att psykisk ohälsa är vanligt och att den ökar under tonåren, främst hos flickor. Psykisk ohälsa uttrycks på olika sätt av flickor och pojkar. Detta kan till stor del bero på att psykisk ohälsa sedan lång tid tillbaka framställts som något kvinnligt. Det kan därför vara lättare för flickor att relatera en känsla av minskat psykiskt välbefinnande till olika symtom och att även rapportera sådana symtom. För pojkar är det inte förenligt med den traditionella mansrollen att klaga över symtom eller psykisk ohälsa vilket fått till följd att pojkar i större utsträckning än flickor använder alkohol för att döva ångest och nedstämdhet. Att psykisk ohälsa hos unga har ökat har flera orsaker. Psykisk ohälsa inte lika stigmatiserande idag som tidigare och därför lättare att söka hjälp för. Samhälleliga faktorer som arbetsmarknad och skolsituation bidrar i hög grad, likaväl som etnicitet, familjesituation och sociala relationer.

**Förslag på åtgärder:** Mer forskning samt kontinuerlig mätning och uppföljning behövs för att få djupare kunskap om varför unga människor i så hög utsträckning rapporterar symtom och varför flickor rapporterar sämre psykisk hälsa än pojkar och detta behöver följas över tid. Det räcker inte att enbart undersöka könsskillnader, orsaker behöver även analyseras ur ett genusperspektiv. Ett genusperspektiv behövs redan i planering och i genomförandet av interventioner för att förebygga psykisk ohälsa hos unga människor. I vissa fall kan det krävas olika förebyggande insatser för flickor och pojkar. Stress i skolan och hög ungdomsarbetslöshet är dock viktiga utgångspunkter för ett förebyggande arbete för unga män och kvinnor.

### 3. Definitioner

- Tonåring: Enligt WHO är en person i tonåren mellan 10-17 år (1). Encyclopedia of Global Health anser att tonåren är mellan 13-19 år (2). I den här litteraturstudien definieras tonåring som 12-17 år. För de två könen används flicka och pojke.
- Ung vuxen: Enligt FN räknas en person som ung vuxen mellan 19-24 år (3). I Sverige är en person vuxen i lagens mening vid 18 års ålder (4). Ung vuxen räknas i den här litteraturstudien som en person som är 18-24 år . För de två könen används ung kvinna och ung man.
- Unga: Här är unga en term som används för tonåringar och unga vuxna.
- Psykosocial smärta: Smärta i form av t.ex. huvudvärk, magsmärta, smärta i nacke och axlar (5, 6).
- Psykisk ohälsa: Psykisk ohälsa står i denna rapport för självupplevd ohälsa manifesterad såsom symtom av olika slag såsom trötthet, irritation, förvirring, oro, nedstämdhet, ångest och sömnstörningar då dessa inte kan hänföras till en normal händelse i vardagen (7, 8). Sådana symtom kan uppstå p.g.a. en individs levnadsvanor och miljö (8). Psykisk ohälsa ska särskiljas från psykisk sjukdom såsom psykotisk eller affektiv sjukdom (t.ex. schizofreni eller manodepressiv sjukdom) som diagnostiseras i välkänt klassifikationssystem (DSM IV), men detta diskuteras inte vidare i denna litteraturstudie. Självupplevd psykisk ohälsa har dock visat sig vara relaterad till medicinska diagnoser i psykisk sjukdom (5). I vissa rapporter används begreppet 'Nedsatt psykiskt välbefinnande' som synonymt med psykisk ohälsa.

## 4. Bakgrund

Psykisk ohälsa utgör en stor del av sjukdomsördan i Sverige (9) och andra höginkomstländer (10) och är således ett av våra största folkhälsoproblem (8). Unga människor ser ut att vara särskilt utsatta och man finner att både i Sverige (5) och i andra länder (11, 12) så uppger allt fler ungdomar besvär av ångest, oro och nedstämdhet. Den psykiska ohälsan i Sverige innebär stora kostnader och lidande för både individ och samhälle (9, 13). Detta i form av sänkt livskvalitet och nedsatt arbetsförmåga samt ökade vårdkostnader inkluderande kostnader för sjukfrånvaro och förtidspension (9, 13).

I den senaste folkhälsorapporten från Socialstyrelsen framgår det att självrapporterade lättare psykiska besvär (t.ex. ångest, oro, nedstämdhet, sömnproblem, trötthet, värk i skuldror, nacke och axlar) har ökat hos unga mellan 1995-2004 (5) och att ökningen främst drabbat flickor (5, 12). I den nationella studien Undersökning av Levnadsförhållanden (ULF) fann man att cirka 30 procent av unga kvinnor och nästan 15 procent av unga män rapporterade ångestsymptom, vidare uppgav 25 procent av kvinnorna och 17 procent av männen sömnproblem (5). Kronisk trötthet rapporterades av 15 procent unga kvinnor samt 8 procent unga män (5). Kronisk smärta angavs av drygt 40 procent av unga kvinnor och av 20 procent unga män (5). I en rapport från Världshälsoorganisationen (WHO) anges att cirka 24 procent av unga människor har haft minst en episod av depression när de nått 18 års ålder (14).

I de allra flesta studier om ungas psykiska hälsa finner man att fler kvinnor än män rapporterar lättare psykiska besvär som de ovan nämnda (14). Detta har förklarats med kvinnors högre totala arbetsbörda, höga krav på sig själva och även med kvinnors större benägenhet att rapportera och söka hjälp för symtom som dessa (15, 16). Män å andra sidan rapporterar högre alkoholintag som i sig kan antas bidra till att minska ångest, oro och nedstämdhet (16).

Högst alkoholkonsumtion står de unga för i Sverige (5). Män uppvisar betydligt högre konsumtion än kvinnor i alla åldrar. År 2006 konsumerade män i åldersgruppen 16-29 år 15,9 l ren alkohol och kvinnor 6,9 l i genomsnitt. Konsumtionen var allra störst i åldersgruppen 20-24 år för både män (20,3 l) och kvinnor (8,8 l). När det gäller narkotikaanvändningen i Sverige uppger 1 procent av flickor och 2 procent av pojkar i 15-års ålder att de använt narkotika senaste månaden (5).

Går man tillbaka i historien så har kvinnor i långt högre utsträckning än män drabbats av psykisk ohälsa (5, 12, 15-17). Under 1800-talets senare del tolkades detta som en inneboende svaghet hos kvinnor (18). Idag söker man istället förklaringar som utgår ifrån mäns respektive kvinnors levnadsvillkor och genusposition inkluderande nivå av jämställdhet i samhället.

Unga män och kvinnor i Sverige är en heterogen grupp. Gemensamt för dem är dock att tidigt i livet ställs det många krav på dem från föräldrar, skola, kamrater, och arbetsliv. Många val ska göras och många utmaningar bemästras innan man är beredd att gå in i det verkliga vuxenlivet och bilda egen familj. Under uppväxten inträffar händelser som är svårare för vissa än för andra att bemästra (19). Detta kan vara händelser såsom skilsmässa mellan föräldrarna, nära anhörigas död eller kamraters tragiska bortgång (19). Den egna identitetsutvecklingen kan vara komplicerad. I sådana situationer där sårbarheten är stor, kan alkohol och droganvändning komma in i livet och den psykiska hälsan påverkas negativt. Ett gott socialt nätverk kan stötta och hjälpa, men inte alla har tillgång till ett sådant.

Utsatthet för våld är större idag än tidigare. Våldet drabbar både flickor och pojkar, samtidigt som både flickor och pojkar utövar våld (5). Folkhälsorapporten visar också att flickors våldsanvändning har ökat under senare år. Det har även flickors alkoholintag. Flickor röker även i något större utsträckning än pojkar, men hos båda har rökning minskat under senare år (5). Hos flickor förekommer destruktiva självskadebeteenden och pojkar missbrukar alkohol och anabola steroider i större utsträckning än flickor (5). Flickor besöker skolhälsovården oftare än pojkar och uppvisar mer tydliga symtom på stress och ohälsa (5). Hur ska dessa signaler tolkas i det moderna Sverige? Är det ett utslag av ökad jämställdhet mellan könen? Är det fostran in i en social position (genus) som ger upphov till frustration?

### *Genusperspektiv*

För att få en bättre bild av ungas psykiska hälsa behövs en genusanalys som undersöker unga kvinnors och mäns olika livsvillkor och hur dessa påverkar hälsoutvecklingen. Inom folkhälsovetenskapen, är det väsentligt att inkludera begreppen kön och genus för att förstå de skillnader i hälsotillstånd som återfinns hos olika grupper i befolkningen (15, 16, 20). Begreppen kön och genus kan förenklat beskrivas som ett särskiljande av det biologiska och det sociokulturella. I denna rapport används begreppet *kön* för att beskriva *biologiska likheter*

*och skillnader* mellan män och kvinnor (15-17) och begreppet genus betonar mäns och kvinnors *olika livsvillkor* eller *sociokulturella position* (15-17, 21).

Den sociokulturella positionen grundläggs i den s.k. socialiseringsprocessen som startar omedelbart vid födelsen (15, 16, 21, 22). Den innebär att pojkar och flickor fostras till att anta olika beteenden som svarar mot de olika krav och förväntningar som ställs på dem såsom pojkar/män respektive flickor/kvinnor. Historiskt sett har det varit mer legitimt för kvinnor att känna igen och förstå känslomässiga svårigheter (16, 22, 23). Pojkar å andra sidan fostras in i att bli mer orienterade mot utåtagerande agerande och självsäkerhet, som ses som en manlig stereotyp (20, 22). De sociala normer som finns i varje samhälle överförs alltså till flickor och pojkar genom socialiseringsprocessen. Detta ger upphov till specifika beteenden för flickor respektive pojkar. Dessa beteenden är dynamiska vilket innebär att de förändras och utvecklas kontinuerligt och varierar med tid, klass och samhälle de lever i (16, 17). De förväntningar som finns på flickor respektive pojkar ser olika ut mellan generationer och kan variera kraftigt mellan länder. Dessutom sker flickors och pojkars utveckling på olika sätt och i olika takt under tonåren (12, 22, 24) där flickor ofta ligger lite före i utvecklingen (12).

Begreppen kön och genus är dock inte oberoende av varandra. Att ha ett visst kön medför en viss genusposition, som således är socialt konstruerad. Genus påverkas av sociala, kulturella, historiska och psykologiska förhållanden samt innehåller maktaspekter (15-17). Maktaspekten kan beskrivas som att det som förknippas med maskulinitet är överordnat det som förknippas med femininitet (21). Detta innebär att genus är beroende av de omständigheter som råder för en individ i ett visst samhälle och i en viss tid och därför är föränderligt (17) medan det biologiska könet i princip är oföränderligt.

Under senare år har man noterat att flickors och pojkars beteende blir allt mera lika i Sverige och i Norden. Detta har observerats på flera sätt i Sverige. Kvinnor har antagit beteenden som länge ansetts vara maskulina, såsom ökad alkoholkonsumtion och ökad förekomst av rökning (8, 25). Dessutom har kvinnor ökat sina idrottsliga prestationer till nivåer som tidigare inte ansågs möjliga att uppnå. Å andra sidan tar unga män större del i sina barns uppväxt än tidigare, även om uttagen föräldraledighet ännu helt domineras av kvinnor (26). Det är dock i de flesta samhällen mer accepterat att en flicka antar ett mer maskulint beteende än tvärtom (27). I tonåren ökar både pojkars och flickors självmedvetenhet och medvetenhet inför omvärlden (7). Detta gör att resultatet av en sociokulturell fostran då blir mer synligt.

Unga människors hälsa, både fysisk och psykisk, är ett förbiset område inom folkhälsoforskningen. Det kan förklaras av att de flesta unga är friska i strikt biomedicinsk mening. En biomedicinsk syn på hälsa innebär frånvaro av sjukdom med fokus på kroppen och inte till helheten (28). Många unga människor lider dock av psykiska problem av olika slag, vilket i jämförelse med hälsoläget i andra åldersgrupper är dåligt undersökt. Som diskuterats ovan försämras den psykiska hälsan hos flickor och pojkar när de kommer in i tonåren och skillnaderna mellan flickor och pojkar kvarstår upp till ung vuxen ålder (5, 11, 12). För att bättre förstå de skillnader i psykisk ohälsa hos unga (16, 17) som systematiskt noteras mellan flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män behövs ett genusperspektiv, det vill säga att unga mäns och unga kvinnors levnadsvillkor analyseras.

## 5. Syfte

Det övergripande syftet med denna litteraturstudie är att sammanfatta några av de orsaksmekanismer som i olika vetenskapliga studier visat sig kunna förklara ungas psykiska ohälsa.

Genusperspektivet har varit i fokus, men även andra faktorer så som socialgruppstillhörighet och etnicitet har beaktats. Litteratur från Sverige och Norden har huvudsakligen bidragit, men för vissa frågeställningar har även litteratur från USA, Storbritannien och Kanada inkluderats.

Specifika frågeställningar:

- Hur ser den psykiska ohälsan ut hos unga i Norden?
- Uttrycker unga sin psykiska hälsa olika beroende på kön?
- Hur påverkar åldern psykisk ohälsa hos unga?
- Hur ser ett eventuellt samband ut mellan faktorerna etnicitet, familjesituation, socioekonomisk situation, sociala nätverk och psykisk ohälsa?
- Finns det något samband mellan skol- och fritidsvanor samt arbetsförhållanden och psykisk ohälsa för pojkar och flickor?
- Ungas riskbeteende så som drog- och alkoholvanor i relation till psykisk ohälsa
- Psykisk ohälsa och läkemedel hos flickor och pojkar

- Kränkningar, våld och övergrepp och psykisk ohälsa hos unga
- Självskadebeteende och självmord i relationen till psykisk ohälsa hos pojkar och flickor
- Vilka interventioner har gjorts för att förebygga tonåringars eller unga vuxnas psykiska ohälsa ur ett genusperspektiv?

## 6. Metod

### 6.1. Studiedesign

Detta är en litteraturstudie som baseras på vetenskapliga artiklar publicerade i ansedda vetenskapliga tidskrifter (29).

### 6.2. Genomförande

Utifrån det formulerade syftet specificerades ett antal inklusions- och exklusionskriterier (29).

#### *Inklusionskriterier*

- Ålder: 12-24 år
- Studier som fokuserar på psykisk hälsa
- Studier som har ett genusperspektiv och eller fokuserar på etnicitet och eller socialgruppsstillhörighet och psykisk ohälsa
- Studieupplägg: kvalitativa, kvantitativa studier eller preventionsstudier
- Studier på: svenska, norska eller engelska
- Studier från som inkluderar data från Norden

#### *Exklusionskriterier*

- Studier där ålder inte är analyserat i grupper eller bara använts som confounder (för att utesluta felaktiga samband)
- Schizofreni, bipolär sjukdom, Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
- Reviewartiklar / översiktsartiklar

Ann-Charlotte Mårdby(A-C M) gjorde sökningar under perioden 090904-090924 i databaserna Pubmed (medicinsk databas), Psychinfo (psykologisk databas), GENA (avhandlingar med ett genusperspektiv) och KVINNSAM (genusinriktad databas). Sökorden i Tabell 1 användes och kombinerades för att systematisera sökningen (Tabell 2). Ord som ”AND”, ”NOT” och ”OR” användes för att uppfylla inklusionskriterierna och exkludera vissa områden.

För att göra en första kontroll om en artikel innefattades av inklusionskriterierna lästes rubriken och abstraktet igenom. Om någon av inklusionskriterierna inte stod nämnd i abstraktet letades hela artikeln upp och lästes igenom. Efter en första genomgång hittades 132 relevanta artiklar (Tabell 2).

För att ytterligare undersöka vilka interventioner som gjorts på området gjordes en kompletterande sökning i databasen PubMed 100112 där genus exkluderades i sökningen (Tabell 2). Då hittades 17 relevanta artiklar.

En andra kontroll gjordes av de 149 artiklarna för att se vilka studier som svarade mot inklusionskriterierna eller uppfyllde något av exklusionskriterierna. Det var 63 artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna och inkluderades i litteraturstudien (Tabell 3). De 86 artiklar som uppfyllde något av exklusionskriterierna uteslöts från vidare analyser.

Alla tabeller återfinns i Appendix.

### *6.3. Analys av studierna*

Analyserna av studierna gjordes av A-C M. En grundlig analys gjordes av studierna genom att ett antal frågeställningar som formulerats i förväg ställdes till var och en av artiklarna. Dessa frågeställningar är redovisade i syftet såsom Specifika frågeställningar.

En genusanalys kan innebära att undersöka om det föreligger skillnad i roller och ansvar. Det kan också vara analys av tillgång till och kontroll av resurser mellan de grupper av individer man undersöker, i denna rapport unga män och kvinnor. En genusanalys kan alltså sägas vilja analysera skillnader i livsvillkor mellan unga män respektive kvinnor. Roller och ansvar

hänför sig till arbetsbörda, det vill säga vem som har ansvar för hemarbete, yrkesarbete, barn och hushållsuppgifter eller till den frihet man som man/kvinna ges i att förverkliga sig själv, uppträda som man vill för att ge några exempel. Tillgång till resurser kan förstås som tillgång till den utbildning man önskar, eller arbete, kamratgäng/sociala nätverk, pengar i form av lön, stöd hemifrån osv. I flera formulär finns frågor inkluderade som gör att man kan få en viss uppfattning om ovanstående. Detta är viktigt att ta hänsyn till i studier som syftar till att undersöka psykisk ohälsa hos unga med ett genusperspektiv.

Samtliga delmoment i detta arbete har diskuterats av A-CM och Gunilla Krantz (GK) som gemensamt fattat olika beslut under arbetets gång. Texten till rapporten skrevs av A-C M och GK.

#### *6.4. Instrument som har använts för att mäta den psykiska ohälsan hos unga i Norden*

I Tabell 3 i Appendix återfinns de olika instrument förtecknade som använts i de studier som ingår i litteraturstudien. Många olika frågeformulär har använts i studierna. I flera studier uppges dock inte vilket frågeformulär som har använts och i andra fall har nya frågor konstruerats (30-43). De flesta studierna har dock använt välkända, validerade frågeformulär såsom Beck Depression Inventory (44-49), Children's Depression Inventory (CDI) (50, 51), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (52-54), Youth Self Report (YSR) (47, 55-57) och olika formulär som mäter generell hälsa (52, 58, 59) och livskvalitet (60). Registerdata var också en vanlig datainsamlingsmetod (30, 31, 35, 61-70). Mer sällan har intervjuer använts (6, 35, 49, 53, 66, 71). Ett par studier hade gjort fysiska undersökningar för att komplettera övrig datainsamling (53, 72).

## **7. Resultat**

### *7.1 Hur ser den psykiska ohälsan ut hos unga i Norden?*

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande hos unga i hela Norden (6, 43, 45, 47, 49, 52, 54, 60, 63, 73). Hos unga kan depression finnas som en del i en mer allvarlig sjukdomsbild där flera

symptom kan samvariera, såsom negativ självbild, ångest, ätstörningar och identitetsstörningar (51, 58).

När det gäller ångest och depressiva symptom får man olika resultat beroende på hur tonåringar tillfrågas och data tolkas. En svensk studie av Jörngården et al (52) anger att ca 2-3 procent av tonåringar uppvisar måttliga till svåra depressiva symptom. I en finsk (45) och annan svensk studie av Olsson et al (49) å andra sidan har man funnit att upp till 20 procent flickor och 5-11 procent pojkar i tonåren uppvisar symptom som skulle kunna klassificeras som depression. Vidare uppvisar 13-15 procent av tillfrågade tonåringar ångestsymptom (43, 52). I en norsk (60) och en dansk (63) studie anges att ca 17 procent av tonåringar lider av någon form av psykisk ohälsa. En annan studie från Norge visar att 25-38 procent av flickorna och upp till 20 procent av pojkar i tonåren uppvisar både ångest- och depressionssymptom (74). Då tonåringar själva tillfrågas om de är deprimerade ser det något annorlunda ut, 30-50 procent bland flickor och 11-20 procent bland pojkar (73).

Depression föregås inte sällan av ångest, ätstörningar, missbruk (58) eller negativ självbild (51). Det är vanligt att ångest och sömnsvårigheter förekommer samtidigt både hos unga män och kvinnor (53). Forskning visar även att många tonåringar upplever kronisk smärta (43). Det är dock vanligare hos flickor än pojkar (6, 41, 43, 75). Vanligast förekommande är huvudvärk och magsmärtor, som hos många tonåringar förekommer varje månad (6, 43). I en svensk studie rapporterade över 40 procent av flickor och ca 30 procent av pojkar i tonåren att de upplever återkommande huvudvärk (75).

Bland unga vuxna (18-24 år) har studier visat att ca 20 procent uppvisar depressiva symptom (53, 58) och 26 procent symptom på ångest (53). I en svensk studie med fokus på alkoholkonsumtionen hos vuxna och deras psykiska hälsa, observerade man i primärvården att över 40 procent av unga vuxna upplevde ångestsymptom (54).

Med hjälp av ovanstående kan man konstatera att det är tämligen vanligt att unga människor i Norden lider av och rapporterar olika psykiska symtom. Detta är vanligare hos flickor än hos pojkar. Det gäller främst ångest och depression samt kronisk värk som är lokaliserad till olika delar i kroppen. I många fall är dessa symtom tillfälliga och signalerar upplevelse av stress. I andra fall är de bestående och kan utgöra en del i en mer komplicerad somatisk och/eller psykisk sjukdomsbild.

Nedan följer en sammanställning av de riskfaktorer för psykisk ohälsa hos tonåringar och unga vuxna som beskrivits i de studier vi granskat, såsom ålder, andra sociodemografiska och psykosociala faktorer, arbetssituation, livsstilsfaktorer och våldsupplevelser. Sedan följer två kapitel om självskadebeteende samt läkemedelsanvändning i relation till psykisk ohälsa.

## *7.2. Hur påverkar åldern psykisk ohälsa hos unga?*

Utifrån de studier som ingår i den här litteraturstudien ökar upplevelsen av depressiva besvär (37, 50) och andra psykiska och fysiska symtom under tonåren (41, 56) och den unga vuxna perioden (37, 41, 56). Denna försämring ses främst hos flickor (24, 37, 41). Om sedan unga vuxna jämförs med andra åldersgrupper av vuxna går det också att se att ångestsymptom är vanligast hos de unga (54).

I analogi med detta så förefaller livskvaliteten hos tonåringar vara högre än hos unga vuxna (52). Vidare ser pojkars självbild och självförtroende ut att vara bättre än flickors (76) och ökar med stigande ålder (37). Flickor som har ångestsymptom och somatiska besvär i tonåren har ofta fortsatta psykiska besvär i vuxen ålder (59). Kontakt med hälso- och sjukvård sker i vissa fall redan tidigt under tonåren och är vanligare hos flickor än pojkar (58).

## *7.3. Hur ser sambanden ut mellan etnicitet, familjesituation, socioekonomisk situation, sociala nätverk och psykisk ohälsa*

Ett antal studier visar samband mellan etnicitet och nedsatt psykisk hälsa hos unga (43, 55, 61, 68, 77-79). En studie som inkluderade flickor 12-19 år från Stockholm visade att det kan vara en riskfaktor för den psykiska hälsan ha utländsk bakgrund respektive att bo i stadsdelar med många olika etniciteter (68). En svensk (43) och en norsk (78) studie har visat att tonåringar med annan etnisk bakgrund oftare rapporterar smärtbesvär och sömnsvårigheter än tonåringar med nordisk bakgrund.

I en norsk studie fann man att den psykiska hälsan var beroende av vilken generation invandrare tonåringen tillhörde (79). En intressant skillnad som man fann var att flickor i tonåren hade sämre psykisk hälsa om de tillhörde första generationens invandrare jämfört med tidigare hitkomna generationer. För pojkar såg det ut att vara tvärtom, d.v.s. den psykiska hälsan var sämre hos pojkar om de tillhör en tidigare generations invandrare (79). En orsak som diskuteras var att pojkar och flickor uppgav att de hade olika upplevelser av etnisk identitet eller diskriminering (79). Andra studier visar dock inte något samband mellan etnicitet och psykisk ohälsa, t.ex. en svensk studie som fokuserade på 13-16 åringar (50).

Socialt nätverk och stöd är andra faktorer som i nordiska studier visat sig vara betydelsefulla för tonåringars psykiska hälsa (35, 45-47, 61, 63, 72, 78, 80, 81). Hos både pojkar och flickor ser man ett samband mellan svårigheter i sociala relationer och psykisk ohälsa (35, 45, 72, 78). Sociala relationer verkar dock betyda mest för flickor (72) och unga kvinnor (35, 78). Att endast ha ett fåtal vänner under tonårstiden (78) och uppleva ensamhet (35) kan leda till nedsatt psykisk hälsa hos unga kvinnor.

Äldre tonåringar upplever oftare problem i relationen till familj och vänner jämfört med yngre tonåringar (81). Detta har även observerats vara vanligare hos flickor än hos pojkar (81). Dåligt socialt stöd och bristande relationer har även visat sig samvariera med etnicitet när det gäller psykisk ohälsa (80). De med utländsk bakgrund har oftare bristande stöd och nätverk omkring sig än de som inte har utländsk bakgrund. Detta riskerar att leda till nedsatt psykisk hälsa (80). En studie genomförd i Norge visade att socialt stöd från vänner var högst väsentligt för norska ungdomar (80). För tonåringar med annan etnisk bakgrund var dock socialt stöd från lärare i skolan viktigare än stödet från vänner och familj (80). Dessutom har det visat sig att lågt socialt stöd och få nätverk under uppväxten kan ha ett samband med depression senare i livet, oavsett vilken socioekonomisk bakgrund man har (46).

Vikten av tonåringars och unga vuxnas socioekonomiska tillhörighet för den psykiska hälsan är väl studerat i de nordiska länderna (35, 43, 50, 59, 61, 62, 64, 68, 78). Tonåringar som lever i låginkomstfamiljer, exempelvis i familjer med socialbidrag, arbetslöshet eller där modern är ensamstående och/eller studerande, har högre risk för psykisk ohälsa men också sjukhusvistelser p.g.a. självska debeteende (68, 78). Dessa tonåringar rapporterar oftare oförklarade smärtor och sömnbesvär (43). Här är dock familjestöd viktigt och det har visats

att om sådant finns så förekommer självskadebeteende hos tonåringsflickor i betydligt mindre omfattning (47, 80).

Vidare visar en svensk studie att unga män med ätstörningar i högre utsträckning levde i familjer med sämre ekonomiska förutsättningar (61). Andra studier där man undersökt betydelsen för tonåringar av att leva i låginkomstfamiljer visar dock inte att detta skulle påverka den psykiska hälsan negativt (50, 59).

När det gäller familjesituationen så finns det studier som visar att tonåringar som växer upp i familjer med en förälder i högre grad riskerar att drabbas av psykisk ohälsa (40, 43, 44, 50, 61, 63, 69) och ökad aggressivitet (32) än om man lever i en klassisk kärnfamilj. Hos dessa tonåringar förekom depressiva symptom (50, 69) och självskadebeteende (47) samt kroniska smärtor och sömnbesvär i högre utsträckning än bland ungdomar i kärnfamiljer (43). En studie från Danmark har observerat att tonårsflickor med ensamstående föräldrar i högre utsträckning får olika typer av beteendestörningar än de som lever i kärnfamiljer (63).

Ovan beskrivna studier väcker möjligen fler frågor än de ger svar på och resultaten behöver även relateras till familjers socioekonomiska och övriga psykosociala situation. En annan studie visar också på motsatt samband d.v.s. att tonåringars relationer med sina båda föräldrar har större betydelse för deras psykiska hälsa än själva familjestrukturen, d.v.s. om föräldrarna sammanlever eller inte (72).

#### *7.4. Finns det något samband mellan skol- och fritidsvanor samt arbetsförhållanden och psykisk ohälsa för pojkar och flickor?*

När det gäller sambandet mellan fritidsvanor och ungas psykiska hälsa har inte så många studier hittats som studerar detta och uppfyller inklusionskriterierna. Van Roy har dock uppmärksammat att om tonåringar har psykiska bekymmer så kan det påverka deras fritidsaktiviteter (81).

Mängden skolarbete samt hur tonåringar ser på sin egen prestation i skolan har visat sig ha ett samband med ökad risk för depressiva symptom och självskadebeteende (6, 45, 47). Även

dåligt bemötande från lärare i skolan påverkar ungas psykiska hälsa negativt (6). Vidare verkar det vara en riskfaktor för såväl psykisk som fysisk ohälsa att hoppa av skolan i förtid (40). För unga män har det visats att låg utbildningsnivå och arbetslöshet i familjen under uppväxten påverka den psykiska hälsan negativt (35). Det har också visats att bekymmer i hemmet kan påverka lärandet i skolan hos många tonåringar (81).

Utifrån studierna som ingick i litteraturstudien framkom att arbetslöshet hos unga vuxna påverkar hälsan på olika sätt. Det var dock svårt att göra en bedömning från studierna hur den psykiska hälsan hos unga påverkats av arbetslöshet. Långtidsarbetslöshet i vuxen ålder har i många fall föregåtts av psykisk ohälsa i unga år (35). Dock är arbetslöshet lättare att fördrå för dem som har en kortare tids arbetslöshet och som kan fylla tiden med meningsfulla aktiviteter (35). Vad Hammarström et al fann var att sårbara unga med dåliga hälsovanor hade svårt att behålla ett arbete (35).

En konsekvens av psykisk ohälsa är förstås sjukfrånvaro. Sjukskrivning och förtidspension hos unga vuxna på grund av att andelen människor som får psykiska diagnoser har ökat i Norden under 1980-1990-talen (62, 64), mer för kvinnor än för män (64). Hensing et al diskuterar att diagnoser som schizofreni varit konstant över tid, men att den generella psykiska ohälsan ökat i samhället. Man anger att detta skulle kunna bero på att det inte längre är så tabubelagt att ha en psykisk sjukdom. Detta kan leda till att fler kommer till vården och får diagnos (64). Att sjukskrivningar ökade främst hos kvinnor förklaras med att följande kombination drabbades främst kvinnor: obetalt, betalt arbete, den ekonomiska krisen i början av 1990-talet och upplevelsen av kontroll i arbetet (64).

### *7.5. Ungas riskbeteende så som drog- och alkoholvanor i relation till psykisk ohälsa*

Riskbeteende såsom hög alkoholkonsumtion (40, 54, 74, 82), rökning och narkotikabruk (40) är förknippat med försämrad psykisk hälsa. När det gäller alkohol- och drogkonsumtion visade de flesta studier från Norden att pojkar/unga män och flickor/unga kvinnor betar sig olika (32, 54, 73, 82). Pojkars alkoholkonsumtion är högre än flickors (54, 73, 82) och en högre andel unga män (24 procent) hade en riskkonsumtion jämfört med unga kvinnor (6

procent) (82). Pojkar i tonåren är dessutom mer benägna att ta risker än vad flickor är (73). Svenska flickor och pojkar anger att de får kontakt med droger och alkohol redan i 13-års ålder och något senare med dopingpreparat, vid 14 års ålder (75). De tonåringar som tidigt börjar röka dagligen löper ökad risk att även börja med alkohol och droger under tonårsperioden (71).

Det antal gånger en ung person varit berusad visar tydliga samband med uppmärksamhets- och uppförandeproblem (74). För flickor har man funnit ett klart samband som visar att ju fler gånger man varit berusad desto högre är förekomsten av ångest- och depressionsproblematik (74). Sambandet mellan antalet gånger en ung person varit berusad och psykisk ohälsa ser dock ut att försvagas med stigande ålder (74).

När alkoholkonsumtionen mätts genom självrapportering ser man att unga vuxna är den grupp som totalt sett har högst nivå av skadlig alkoholkonsumtion (54). De riskfaktorer för överkonsumtion av alkohol som beskrivits är många och att ge en komplett bild här är inte möjligt. En faktor som noterades var att bli bemött som äldre än man verkligen är, vilket kan leda till ökad användning av både alkohol och droger (40). I en norsk studie som fokuserade på unga vuxna fann man att religiöst aktiva hade mindre risk för hög alkoholkonsumtion än de icke-religiösa (82). Störst var risken för hög alkoholkonsumtion för män, samt för dem med gott självförtroende och för dem som inte hade några barn (82).

En studie to upp att unga eller vuxna i andra åldrar sällan söker vård för psykiatriska problem eller hög alkoholkonsumtion (54). Istället söker de för smärta eller andra kroppsliga symtom, exempelvis infektioner (54).

## *7.6. Kränkningar, våld och övergrepp och psykisk ohälsa hos unga*

Den forskning som inkluderats i den här litteraturstudien ger endast en översiktlig bild av våld bland unga och relationen till psykisk ohälsa. Den visar dock att våld är vanligt förekommande hos unga (6, 42, 83). Enligt en svensk studie har ungefär 65 procent av flickorna och 23 procent av pojkarna rapporterat att de har erfarenheter av någon form av sexuella övergrepp (83). I åldersgruppen 16-24 år har ca 28 procent av männen och 11 procent av kvinnorna rapporterat att de blivit utsatta för någon typ av våld det senaste året,

vilket är mer än andra vuxna rapporterar (42). I denna studie angavs inte vilken typ av våld som åsyftades. En svensk studie om våld bland ungdomar i åldern 15-23 år visade att 33 procent av flickorna och 18 procent av pojkarna hade utsatts för psykiskt våld under det senaste året (84). Studien anger också att 18 procent av flickorna och 27 procent av pojkarna utsatts för fysiskt våld. Många fler kvinnor än män hade utsatts för sexuellt våld under det senaste året, 14 procent av flickorna och ca 5 procent av pojkarna. Flickorna hade i huvudsakligen utsatts för grövre våld och oftast från sin pojkvän/partner medan i pojkarnas fall så var förövaren oftare en bekant eller obekant person, och mera sällan partnern (84).

Tonåringar som har upplevt sig vara trakasserade av sina jämnåriga uppvisar kronisk smärta och psykiska besvär (t.ex. ledsen, irriterad, osäker) oftare än sina jämnåriga utan kränkande upplevelser (6). Likaså visade det sig att flickor och pojkar i tonåren som utsatts för sexuella övergrepp oftare lider av psykiska besvär såsom ångest och depressiva symptom än de som inte varit utsatta (83). En något större andel pojkar än flickor som utsatts för sexuella övergrepp uppvisade psykisk ohälsa (83). Priebe et al diskuterar att denna högre andel pojkar till viss del kan bero på att pojkar i mindre utsträckning än flickor anförtrodde sig till någon om övergreppen. De pojkar och flickor som inte anförtrodde sig till någon hade i högst utsträckning varit utsatta för övergrepp från någon vän eller bekant. Bland de pojkar och flickor som berättade om övergreppen var det vanligast att förövaren varit obekant.

Hos unga kvinnor som utsatts för våld finns ett klart samband med ohälsa såsom låg självskattad hälsa, ångest, depression och magbesvär (42). Studien inkluderade dock inte uppgifter om vem förövaren var (42).

### *7.7. Självska debeteende, självmordsförsök och självmord i relationen till psykisk ohälsa hos pojkar och flickor*

När det gäller självska debeteende och självmord kopplat till psykisk ohälsa finns en hel del forskning från Norden (30, 33, 37, 44, 47, 48, 50, 51, 61, 65-67, 70). Här beskrivs några av dessa studier. Det framkommer att drygt en tiondel av tonåringarna har någon gång skadat sig själva (47).

Självskaðebeteende ter sig olika för pojkar och flickor. När det gäller ätstörningar har en finsk studie visat att 24 procent flickor och 16 procent pojkar beskriver någon typ av ätstörningssymptom (44). Ätstörningar hos tonåringar har visat sig vara vanligare hos dem som upplevde problem i familjekommunikationen, men också bland dem som uttryckt missnöje med sitt eget utseende (44).

En negativ kroppsbild, depressiva eller olika kroppsliga symtom kan vara en riskfaktor för självskaðebeteende (47). I en finsk studie har man kunnat se att tonåringar med missbrukserfarenhet i högre utsträckning skadade sig själva (47). Det har visat sig att sambandet mellan en negativ självbild och depression är starkare för flickor i tonåren än för pojkar (51).

När det kommer till tankar om självmord visade en svensk studie att ca 20 procent av flickor och 6 procent av pojkar i tonåren har självmordstankar (49). Vad gäller självmordsförsök har norska studier visat att ca 10 procent av tonårsflickorna och 6 procent av tonårspojkarna (48) rapporterar att de verkligen försökt begå självmord. Självmordstankar hos tonåringar och unga vuxna föregås ofta av depressiva symtom (50). Risken för att begå självmord är lägst hos unga vuxna och ökar med en stigande ålder upp till ca 35-55 års ålder för att sedan sjunka något igen (67, 70). Studier från Norden visar att flickor i tonåren i högre utsträckning gör självmordsförsök än pojkar (33, 48).

I en svensk studie har man funnit att ca 14 procent av de män och 11 procent av de kvinnor som under 1980-talet begick självmord var mellan 20-29 år (70). Att ha invandrat till ett annat land har observerats kunna öka risken för självmord (67), speciellt för unga män (70). Det har observerats att en ökad uthämtning av antidepressiva läkemedel under slutet av 1990-talet i Finland innebar minskad självmordsfrekvens, främst för män (65). Det har också visat sig finnas samband mellan att bo själv (66, 70), rapportera somatisk sjukdom, bo i storstadsområden (66) samt vara född i ett annat land (66, 67, 70) och att begå självmord.

Flera faktorer kan påverka tonåringars självmordstankar (30, 33, 40, 65-67, 70). Tonåringar som hoppat av skolan rapporterar mer av självmordstankar än de som går kvar i skolan (40). Flickor som försökt begå självmord kom från en högre socioekonomisk grupp än pojkar med självmordsförsök (33). Vidare hade flickor oftare varit med om en negativ händelse där

föräldrar, skola eller arbetet var inblandade (33). Pojkar som försökt begå självmord hade i högre utsträckning hoppat av skolan (33). Alkohol fanns också oftare med i bilden (33).

### *7.8. Psykisk ohälsa och läkemedel hos flickor och pojkar*

En norsk studie visar att mängden receptbelagda läkemedel som hämtats ut från apotek för att behandla psykisk ohälsa har ökat under de senaste åren (65). Ökningen har varit större för kvinnor än för män (65). En högre andel unga kvinnor från Island rapporterar också att de använder lugnande läkemedel jämfört med unga män (31). En norsk (65) och en finsk (65) studie visar att 3,5-5 procent av dem som är i tonåren har använt läkemedel mot psykiska problem. En finsk studie rapporterar att de som är 18-34 år trots allt är den grupp som i minst utsträckning använder läkemedel mot ångest och depression (85).

En norsk studie visar att smärtstillande receptfria preparat är det som används i första hand av såväl pojkar som flickor och unga män och kvinnor (38). En internationell studie som inkluderar självrapporterade data från tonåringar från bl.a. Norden, Storbritannien och USA visar att flickor i högre grad använde denna typ av läkemedel jämfört med pojkar (36). Andelen användare mot huvudvärk var högst i Nordamerika, Storbritannien och Finland (36). Om man sedan jämför läkemedelsanvändningen mot magsmärtor, nervösa problem och sömnbesvär var den lägre i de nordiska länderna jämfört med Nordamerika och Storbritannien. Man kan även konstatera att när ungdomar rapporterar att de har ganska dålig eller dålig hälsa så följs detta av högre läkemedelsintag mot olika kroppsliga besvär än vad som ses hos dem som rapporterar god hälsa (86).

Det har länge varit klarlagt att unga kvinnor får läkemedel mot depression och ångestsymtom utskrivet dubbelt så ofta som unga män, och att unga kvinnor i högre utsträckning än män även använder läkemedel mot huvudvärk och magbesvär (36, 38, 75, 86). Hos flickor ser man att de redan från 12 års ålder använder smärtstillande medel (75). Detta ökar sedan med stigande ålder (36). Den vanligaste uppgivna orsak är huvudvärk (36).

### *7.9. Uttrycker unga män och kvinnor sitt psykiska lidande olika?*

Som beskrivits ovan så är det alltså vanligt att både pojkar och flickor rapporterar olika symptom på psykisk ohälsa (6, 24, 37, 39, 40, 44, 49, 50, 52, 53, 56, 59, 73, 78, 81, 83). Unga män uttrycker dock ett bättre självförtroende och mindre inåtvändhet än unga kvinnor (56). I två studier, en svensk (73) och en norsk (81), har pojkar även rapporterat ett högre riskbeteende, oro för undervikt (73) samt problem med uppförande och det sociala umgänget med jämnåriga (81).

Flickor i tonåren upplever sig ha sämre psykisk hälsa i form av mer oro, depressiva symptom, sömnsvårigheter och somatiska besvär samt sämre livskvalitet jämfört med pojkar (6, 24, 37, 39, 40, 44, 49, 50, 52, 53, 56, 59, 73, 78, 83). Flickor har även rapporterat större oro för ohälsosamt leverne, övervikt (44, 49, 73) och att de känner sig mindre attraktiva (44, 49). Vidare upplever de mer skuld känslor, högre grad av misslyckande, mer självförakt (49) samt känslomässiga svårigheter (81, 87). Man har även funnit att självskadebeteende är vanligare hos flickor än hos pojkar (47, 56). Man ser även att flickor i många fall låter sig påverkas av symtomen, medan pojkar inte på samma sätt reflekterar över detta eller vidtar någon åtgärd (49, 81, 87).

### *7.10. Vilka interventioner har gjorts för att förebygga tonåringars eller unga vuxnas psykiska ohälsa ur ett genusperspektiv?*

Tre studier har hittats som uppfyllde inklusionskriterierna: en svensk (57), en norsk (88) och en finsk (19). I den svenska studien försökte man påverka skolbarns och ungdomars (7-16 år) möjligheter att bemästra olika svårigheter (57). Detta försökte man göra genom att utbilda skolbarnen i metoden ”Social and Emotional Training (SET)”. Metoden gick ut på att skolungdomarna fick utbildning i självkontroll, social kompetens, empati och självmedvetenhet. Studien resulterade i att ungdomarna blev bättre på att kunna identifiera problem, bemästra sin situation, fick bättre självbild, självförtroende och var mer nöjda med skolan. Dessa resultat kunde observeras hos både flickor och pojkar. Man såg dock ingen effekt på den sociala förmågan eller mobbning.

I den norska studien ville man nå tonåringar (11-14 år) i skolmiljö samt föräldrar, lärare, skolpersonal, primärvårdspersonal (88). Forskarna använde sig av ” Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety (NUPP)”. Tonåringar, föräldrar och berörd personal från bostadsområdena som inkluderades i interventionsgruppen fick föreläsningar om generell och social ångest hos barn och tonåringar samt hur man kunde använda beteendebehandling för detta. Under studieperioden minskade ångesten hos både kontrollgruppen och interventionsgruppen. Den sjönk dock mer hos de tonåringar i interventionsgruppen. I interventionsgruppen utvecklade färre social ångest under studieperioden (1 år). Man diskuterar att interventionen hade en behandlande och förebyggande effekt.

Den finska studien gjorde en 15 års uppföljning av långtidseffekterna av en femårig intervention som gjordes bland småbarnsfamiljer (19). När barnen var sex månaders ålder delades familjerna in i låg- respektive högriskgrupper utifrån ett antal olika kriterier: t.ex. psykisk eller fysisk sjukdom i familjen, problem med relationer inom familjen, finansiella problem och dödsfall i familjen. I högriskgruppen bedömdes barnen ha en högre risk att utveckla psykisk ohälsa under uppväxten. Interventions- respektive kontrollgruppen innehöll både hög- och lågriskfamiljer. Under fem år (10 gånger/år) genomgick interventionsgruppen ett terapiprogram som fokuserade på att diskutera uppfostran, familjeproblem och barnets utveckling. Syftet var att förändra föräldrarnas attityd, hur man hanterade barnet och interaktionen i familjen. Vid uppföljningen hade de tonåringar vars föräldrar varit i interventionsgruppen bättre psykisk hälsa oavsett om familjerna från början varit bedömda som låg- eller högriskfamiljer. Det var störst skillnad för ångest och depressiva symptom.

## **8. Diskussion**

### *8.1. Hur ser den psykiska ohälsan ut hos unga i Norden?*

Forskningen från Norden har visat att psykisk ohälsa är vanligt och att den ökar under tonåren, främst hos flickor (6, 43, 45, 47, 49, 52, 54, 60, 63, 73). Detta stämmer väl överrens med Socialstyrelsens folkhälsorapport från 2009 (5) och annan internationell forskning (11, 12, 14). Vi har funnit ett flertal riskfaktorer för psykisk ohälsa som redovisats ovan och här följer nu en ansats att sätta in några av dessa i ett genusperspektiv .

I den forskning som har inkluderades uttrycker flickor och pojkar psykisk ohälsa på olika sätt. En förklaring till detta är att pojkar och flickor har socialiserats in i olika roller med olika möjligheter i livet (15, 16, 20). I samhället har det varit mer accepterat för kvinnor att uttrycka och känna igen inåtvända, nedstämda känslor (16, 22, 23). Samtidigt är det stereotypa mansidealet fortfarande starkt (20, 89, 90) vilket innebär att unga män inte förväntas visa svaghet och speciellt inte psykiska problem. Media och den vetenskapliga forskningen framställer också bilden av kvinnan som den typiska patienten när det gäller psykisk ohälsa (91-93). En bild av kvinnan som den typiska patienten kan resultera i att flickor/unga kvinnor lättare identifierar sig med symptom och känslor som betraktas som psykisk ohälsa.

## *8.2. Hur ser ett eventuellt samband ut mellan faktorerna etnicitet, familjesituation, socioekonomisk situation, sociala nätverk och psykisk ohälsa*

Etnicitet påverkar den psykiska hälsan hos unga på olika sätt, där unga i Norden med en annan etnisk bakgrund har sämre psykisk hälsa än nordiska ungdomar (43, 50, 55, 68, 77-79). I en studie fann man att tonårsflickor som tillhörde andra generationen av invandrare hade bättre psykisk hälsa än flickor tillhörande familjer i första generationen invandrare, medan det rådde omvända förhållanden för pojkar (79). En förklaring till detta skulle kunna vara att olika länder och kulturer har olika ideal för hur en man respektive kvinna ska vara och agera (16, 17) vilket skulle kunna orsaka psykisk stress hos tonåringar som lever med flera olika kulturer. Här behövs dock fler studier för att säkerställa ett sådant samband.

Studierna i den här litteraturstudien visade att familjesituationen är viktig för den psykiska hälsan hos tonåringar. Eftersom de studier som inkluderades i litteraturstudien inte studerade alla familjesituationer speglar resultatet dock inte hela sanningen. Ett antal studier visar att tonåringar från splittrade familjer uppvisade mer depressiva symptom, självskadebeteende, aggressivitet, kroniska smärtor och sömnbesvär än familjer med sammanboende föräldrar (32, 43, 47, 50, 69). Detta skulle till viss del kunna förklaras med en ekonomiskt mer riskabel situation för t.ex. ensamstående föräldrar (94). Att flickor är mer benägna att rapportera spända relationer i familjen som orsak till sina psykiska besvär har rapporterats i många studier. Detta kan förklaras av att flickor fostras till att just vara uppmärksamma på och svara

för sociala relationer såväl inom som utom familjen. Flickor har också en benägenhet att ta på sig ansvar för relationer, speciellt då de inte fungerar optimalt.

Det är viktigt att man som ung människa känner att man kan påverka sitt liv och sina egna möjligheter, och att man känner delaktighet i det samhälle man tillhör (94). Därför behöver man stärka vissa grupper av unga i samhället, särskilt dem som är mest utsatta (94, 95).

### *8.3. Finns det något samband mellan skol- och fritidsvanor samt arbetsförhållanden och psykisk ohälsa för pojkar och flickor?*

Utbildningsnivå, skolmiljön och hur man själv ser på sin prestation i skolan har betydelse för psykisk hälsa hos tonåringar. Har man bekymmer så påverkar det lärandet i skolan (81) och speciellt flickor drabbas av detta då de är mycket prestationsinriktade. Det är viktigt att veta hur pojkar och flickor själva ser på sin skolmiljö och vilka krav de ställer på sig själva, för att kunna förebygga psykisk ohälsa. Flickors prestationskrav på sig själva skulle kunna förklaras av att många känner att de måste visa sig bättre än pojkar för att duga. Förväntningarna från lärare är också högre på flickor än på pojkar när det gäller ren skolprestation. Flickor presterar också bättre än pojkar i skolan, vilket brukar förklaras med att pojkar inte nått samma mognadsnivå som flickor. Det kan ju vara så, men det visar sig dock att flickor/unga kvinnor presterar bättre i utbildningssystemet även på högre nivåer då pojkars eventuella omogenhet försvunnit.

En svensk studie som inkluderade data från 10 europeiska länder visar att en sämre arbetsmarknad innebär sämre psykisk hälsa hos unga (96). En avhandling från Umeå universitet beskriver att unga drabbas värre än vuxna av en dålig arbetsmarknad (97). Många rapporter visar att arbetslöshet utgör ett stort reellt hot mot ungas psykiska hälsa och ungdomsarbetslösheten i Sverige är en av de högsta i Europa. Risk föreligger för nedsatt självförtroende och för många en känsla av att inte duga och att inte vara behövd.

Ur ett genusperspektiv kan sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa förklaras med teorin om multipla roller ("the multiple role theory"). Teorin ska förstås så att kvinnor lägger ungefär lika stor vikt vid alla tre roller som brukar beskrivas: att vara maka, mor och förvärvsarbetande (98). Män å andra sidan går inte lika tydligt in i rollerna som make och

förälder utan är oftast mest aktiva i rollen som förvärvsarbetande. För många män betyder därför arbetslöshet relativt sett en större förlust i form av minskat socialt nätverk, ifrågasatt identitet, lägre inkomst och sämre social status (99). För de unga som ännu inte har barn är detta inte lika tydligt. En svensk studie har räknat på hur mycket depression kostar samhället (13). Resultatet visade att kostnaderna för sjukskrivning och förtidspension var större än de direkta kostnaderna för vård och läkemedel.

#### *8.4. Ungas riskbeteende så som drog- och alkoholvanor i relation till psykisk ohälsa*

Precis som annan forskning (5, 100) har studierna i den här litteraturstudien visat att konsumtion av alkohol, tobak och andra droger har ett samband med psykisk ohälsa hos unga (40, 54, 74, 82). Sambandet kan antas gå åt båda håll, d.v.s. att missbruk av något slag kan leda till försämrad psykisk hälsa men även att redan försämrad psykisk hälsa leder till ökat missbruk. För att få reda på riktningen i dessa samband behövs uppföljande studier utsträckta över en längre period men de flesta studier som genomförts är tvärsnittsstudier och från dessa kan inte sambandets riktning bestämmas. Sjukhusvården för alkoholrelaterade diagnoser har dock ökat för flickor/unga kvinnor i åldern 16-24 år (5). Eftersom en ökad jämställdhet kan ses i samhället kan den minskade skillnaden mellan könen vara en indikation på att flickor tar efter ett manligt dryckesbeteende. Alkoholen beräknas ligga bakom 35 procent av männens och 26 procent av kvinnornas sjukdomsburda i form av olyckor, skador och våld (101). Eftersom unga är den grupp som har högst alkoholkonsumtion (5) samt är den grupp i samhället där livsmönster och beteenden ändras snabbast så är det viktigt att följa utvecklingen med regelbundna mätningar och fortsatt forskning kring alkohol, drog- och psykisk ohälsa för att tidigt upptäcka ändrade vanor och könsskillnader.

#### *8.5. Kränkningar, våld och övergrepp och psykisk ohälsa hos unga*

Till den här litteraturstudien har endast tre nordiska studier hittats som uppfyller inklusionskriterierna (6, 42, 83). Dessa visade på ett samband mellan kränkningar, våld, övergrepp och psykisk ohälsa för både pojkar och flickor. Hälsoeffekter av våldsupplevelser har framför allt beskrivits hos kvinnor (102). En mångfald av allvarliga symtom såsom ångest, oro, sömnsvårigheter, kronisk värk från olika delar i kroppen samt självmordstankar är vanligt förekommande (102). Det behövs mer kvantitativa och kvalitativa studier för att öka

kunskapen kring både flickors och pojkars upplevelser om kränkningar, våld, övergrepp samt hur detta kan påverka den psykiska hälsan ur ett genusperspektiv.

Våld i nära relationer är den form av våld som främst drabbar flickor/unga kvinnor och enligt definitionen är det då make/partner/tidigare partner som utövar våld (5). Pojkar och unga män utsätts oftast för gatuvåld, d.v.s. i offentlig miljö och förövaren kan vara en bekant eller en helt okänd person. Gällande våld i nära relationer rapporterar unga män och kvinnor i vissa studier att de utsätts i lika hög grad, men det framgår då att det rör sig om två olika typer av våld (103). Man brukar skilja på situationsbetingat våld, ett våld som inte är planerat utan uppstår på grund av plötsligt påkommen ilska, frustration eller av annat skäl. Denna typ av våld rapporteras främst bland collegeungdomar, och förefaller då vara lika vanligt hos män som hos kvinnor. Det våld som även innehåller kontrollerande beteende drabbar främst kvinnor och detta våld är oftare upprepat, tenderar dessutom att vara grövre och att resultera i fler negativa konsekvenser för den som drabbas (104, 105). Detta har man funnit i amerikanska, kanadensiska, norska och danska befolkningsstudier. I Sverige saknas det representativa studier om våld i nära relationer där både män och kvinnor studeras som utsatta för våld och/eller utövare av våld.

### *8.6. Självska debeteende och självmord i relationen till psykisk ohälsa hos pojkar och flickor*

Hur nordiska tonåringar ser på sitt utseende är kopplat till den egna psykiska hälsan, speciellt för flickor (37, 44, 51). Nedsatt psykiskt välbefinnande kan leda till olika typer av självska debeteende, såsom ätstörningar (47, 51, 61). En förklaring till att fler flickor drabbas av självska debeteende i högre utsträckning kan finnas i hur de symboliska genusrelationerna presenteras i vårt samhälle (20, 21). Schofield diskuterar att det västerländska idealet för hur en kvinna ska se ut är en viktig del i att flickor får ätstörningar (20). En annan förklaring kan vara att psykisk ohälsa uttrycks på olika sätt för pojkar och flickor utifrån de genuspositioner vi socialiserats in i (15, 16, 21). Pojkars psykiska ohälsa kan snarare manifesteras genom utagerande och risktagande än självska debeteende. Det är viktigt med studier som kan öka kunskapen kring hur självbilden bland unga kvinnor och män kan påverkas. De unga kvinnor som har någon typ av självska debeteende behöver uppmärksammas bättre och få adekvat hjälp.

Psykisk ohälsa är en riskfaktor för självmordsförsök och självmord (11, 106). I Norden ser det ut som att flickor i tonåren i högre utsträckning gör självmordsförsök jämfört med pojkar (33, 48). En generaliserande tolkning är att flickor med detta ropar på hjälp och i bästa fall även får hjälp, medan pojkar har svårare att uttrycka sitt illamående och samtidigt har fostrats till att inte visa så mycket känslor och därför oftare än flickor drivs mot ett så drastiskt beslut som att ta sitt liv.

### *8.7. Psykisk ohälsa och läkemedel hos flickor och pojkar*

Svensk statistik över uttag av receptbelagda läkemedel visar att kvinnor hämtar ut en större andel och andra sorters läkemedel än män (107). Flickor rapporterar högre användning av läkemedel mot ångest, oro, nedstämdhet och sömnsvårigheter jämfört med pojkar (65). Vid en jämförelse av läkemedelskonsumtion mellan unga i Norden och i exempelvis USA och Storbritannien, så är konsumtionen betydligt lägre i Norden (36). När det gäller behandling av psykisk ohälsa hos unga i Sverige är endast ett fåtal läkemedel godkända för användning hos tonåringar (108). Rådet i Sverige är att vara restriktiv i förskrivningen av läkemedel till tonåringar vid depression och ångest (108). Det är viktigt att ta ungas läkemedelsvanor på allvar då dessa kan signalera psykisk ohälsa som kan självmedicineras med receptfria läkemedel.

Traditionellt sett har kvinnors livsvillkor medikaliserats i högre utsträckning än mäns, speciellt då de tagit sig uttryck i psykisk ohälsa (15, 16). Detta går tillbaka till sent 1800-tal då kvinnor ansågs svagare än män och fick diagnoser såsom hysteri, depression. Under 1950-talet antog man därför inom psykiatrin att depression var vanligare hos kvinnor än hos män. Mellan 1950-talet och 1980-talet utfördes forskning om läkemedel för depression nästan bara på kvinnor. Att man inom psykiatrin helt anammat föreställningen att fler kvinnor lider av depression än män, har lett till att diagnosen depression också givits till betydligt fler kvinnor än män och därmed har även fler kvinnor än män behandlats med läkemedel för depression.

## *8.8. Vilka interventioner har gjorts för att förebygga tonåringars eller unga vuxnas psykiska ohälsa ur ett genusperspektiv?*

Två av de interventionsstudier som citerats i denna litteraturstudie fokuserade på skolmiljön: att förebygga tonåringars psykiska hälsa genom att påverka deras sociala förmågor (57) samt att försöka minska stigmatiseringen kring ångestsymptom (88). Den sista studien inkluderade ett terapiprogram för föräldrar som fokuserade på uppfostran och familjeproblem (19).

När det gäller interventionsstudier så kan man från Merry et al Cochrane sammanställning se att det är ovanligt att inkludera ett genusperspektiv när man lägger upp interventionsstudier för att förebygga ungas psykiska ohälsa (11). Utifrån de resultat som kommit fram i den här litteraturstudien kan man dock se att ett genusperspektiv behöver anläggas redan i planeringen och i hela genomförandet av interventionsstudier för att dessa ska ge gott resultat. Har man väl analyserat utifrån ett genusperspektiv, så visar det sig ofta att det även behövs olika typer av interventioner riktade till flickor respektive pojkar. WHO-rapporten *The Commission on Social Determinants of Health* ger tre huvudrekommendationer (109) och dessa kan ge inspiration även för ett välfärdsland som Sverige då man planerar förebyggande insatser.

## *8.9. Omvärldsanalys och närområdesresultat*

Det kapitel som nu följer ska ses som en sammanfattande reflektion av det som kommit fram i litteraturstudien som redovisas ovan. Här görs en kort utblick över hur situationen ser ut för unga människor globalt för att sedan närma sig det lokala planet, Västra Götalandsregionen. Data som presenteras här kommer från olika källor som inte redovisats i själva litteraturstudien då de inte presenterats i vetenskapliga studier, såsom resultat från en studie i Partille som aldrig publicerats, en rapport om Psykisk Ohälsa i Västra Götaland från 2007 samt från den helt nyligen publicerade Nationella folkhälsoenkäten, från Folkhälsoinstitutet 2010. Det betyder dock inte att data skulle vara mindre tillförlitliga.

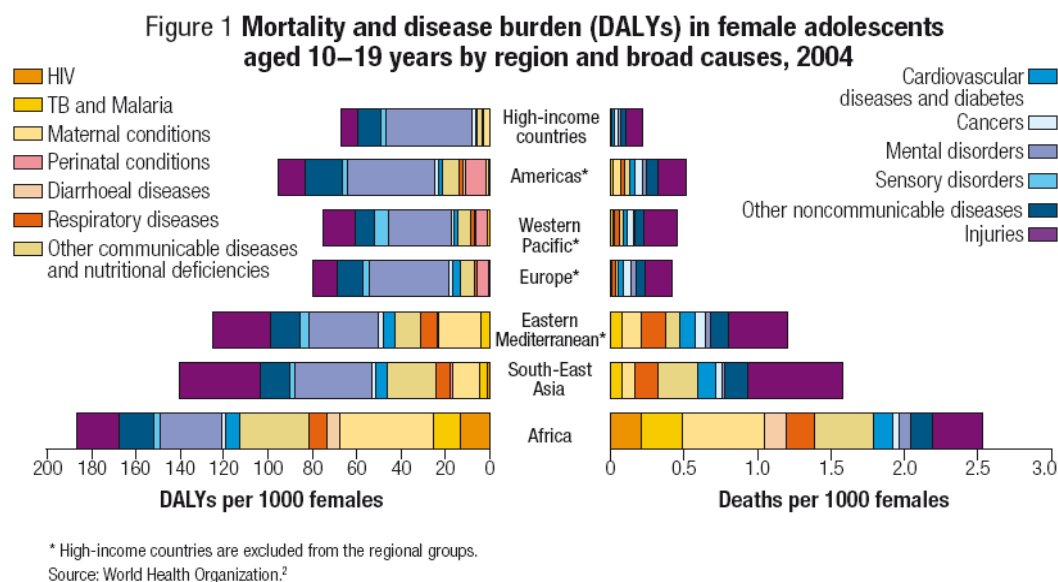
### **8.9.1. Psykisk ohälsa i ett internationellt perspektiv**

Ungas psykiska ohälsa är ett område som trots att det är omfattande, får relativt liten uppmärksamhet i forskningsstudier och rapporter men även i media. Detta beror på att unga människor förväntas vara friska och dödligheten även är lägst i denna grupp. Men det visar

sig då man granskar den statistik och de studier som finns tillgängliga att en stor grupp ungdomar och unga vuxna lider av kronisk värk och symtom på psykisk ohälsa såsom ångest, oro, nedstämdhet, sömnsvårigheter och självmordstankar som i sin tur kan tolkas som ett uttryck för stress och dåligt välbefinnande. Den psykiska ohälsan har ökat bland ungdomar sedan slutet av 1980-talet och i samtliga studier finner man att flickor/kvinnor rapporterar mer symtom och sämre hälsa än pojkar/unga män.

Denna situation ser man inte bara i Sverige utan en internationell utblick visar att mental ohälsa intar en framträdande plats då man studerar sjukdomsördan (disability adjusted life years, DALYs) i alla regioner i världen så intar, speciellt hos unga kvinnor 10-19 år (Figur 1).

Figur 1: Dödlighet & sjukdomsörda (DALYs) hos unga kvinnor 10-19 år / region och orsaker (110).



DALYs = Disability Adjusted Life Years, vilket beskriver summan av potentiellt förlorade levnadsår p.g.a. för tidig död och förlorade produktiva år p.g.a funktionsnedsättning

Den vänstra delen av figuren ovan visar att en stor del av den totala sjukdomsördan utgörs av mental ohälsa hos denna grupp av unga flickor, 10-19 år.

Psykisk ohälsa dominerar sjukligheten i höginkomstländer medan den fysiska hälsan i regel är god även om tillstånd som övervikt och fetma ökar. Ser man på Afrika och Sydostasien som är de mest utsatta kontinenterna, så är mönstret i sjuklighet mycket annorlunda. Här dominerar infektionssjukdomar och HIV utgör ett ständigt hot mot unga flickors och pojkars hälsa. Självmord är betydligt mer vanligt än i höginkomstländer hos såväl flickor som pojkar.

Flickor extremt riskutsatta beroende på sin underställda position och utsätts i högre utsträckning än i västvärlden för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld som inte sällan leder till HIV infektion, oönskade graviditeter och allt vad detta medför av nedsatt psykiskt välbefinnande. Vidare sker i vissa länder en regelrätt diskriminering av flickor som tar sig uttryck i sämre kost och sämre tillgång till hälso- och sjukvård än vad pojkar får och flickor råkar dessutom inte sällan utför s.k. olyckor som medför brännskador och kanske för tidig död. Att i detalj jämföra antalet DALYs i olika regioner över världen är inte möjligt då det statistiska underlagets kvalitet varierar, men man kan få en viss uppfattning om ett problems storlek och att psykisk ohälsa bidrar i så stor utsträckning till sjukligheten bland ungdomar i hela världen uppmanar till fördjupad analys och åtgärd!

### 8.9.2. Psykisk ohälsa i ett nationellt perspektiv

Under tonårsperioden och som ung vuxen sker stora fysiska, sociala och känslomässiga förändringar i livet. Många krav ställs på unga människor i Sverige från såväl samhällets sida som från familj och vänner. Det är en period i livet som innebär stora omställningar såsom att lämna skolan och studera vidare eller skaffa sig ett arbete, att bilda familj och få egna barn och allt detta sker i regel inom ett fåtal år. Känslor av studiestress, prestationskrav, och att inte räkna till är vanligt förekommande. Frågor uppstår även om fördelning av obetalt hushållsarbete och omvårdnad av barn som kan leda till konflikter med både arbetsliv och partner. Stressutlösta symtom och sjuklighet speglar svårigheter i levnadsomständigheter snarare än allvarlig psykisk sjukdom. Det vore därför ineffektivt att enbart inrikta sig på hälsosituationen då det snarare är unga människors livsvillkor, såsom skolsituation, familjestöd, sociala nätverk, tillgång till arbete eller högre studier och ekonomi och som behöver stärkas.

I dag har ungdomar väsentligt sämre möjligheter att få ett heltidsarbete efter grundskolan och gymnasiet jämfört med för tjugo år sedan. Det är möjligt att många studerar trots att de egentligen hellre skulle vilja arbeta och studenter har fått sämre arbetsförhållanden och ekonomiska förutsättningar. Samtidigt som fler ungdomar studerar jämfört med tidigare generationer är det fler ungdomar som inte har någon sysselsättning alls, d.v.s. som varken arbetar, studerar, är värnpliktiga eller hemarbetande (5). Det är dock tämligen oklart hur dessa förändringar påverkar den psykiska hälsan.

### 8.9.3 Hälsa på lika villkor – Nationella folkhälsoenkäten, FHI 2010

Under våren 2009 skickades den nationella folkhälsoenkäten ut till 65 000 slumpmässigt utvalda personer i åldrarna 16-84 år i hela landet. Totalt var det 10 373 personer som besvarade frågeblanketten, vilket är 52,1 procent av urvalet. Möjligheten fanns även att svara på den web-baserade enkäten och antalet webbsvar var 1 207 stycken, vilket är 11,6 procent av de svarande. Man finner här samma bild som redovisats i denna rapport, det vill säga att unga kvinnor rapporterar sämre hälsa i form av fler symtom än unga män, 16-29 år.

Samlingsbegreppet 'nedsatt psykisk hälsa' rapporterades av 28 % av kvinnorna och 19 % av männen, och 'stress' rapporterades av 23 % av kvinnorna och 11 % av männen. Mer specifika symtom såsom svår ångest rapporterades av 7 % av deltagande kvinnor från Västra Götaland och av 4 % av männen, av totalt 5636 deltagande från VG-regionen.

En sammanfattning av ungas hälsa visar att arbetslösa ungdomar i förhållande till studerande och yrkesarbetande är överrepresenterade när det gäller huvudvärk, sömnbesvär, trötthet, nedsatt psykiskt välbefinnande, självmordstankar, avsaknad av emotionellt stöd och att ha ett lågt socialt deltagande. En större andel arbetslösa har också besökt kurator eller psykolog och färre uppger att de har en bra hälsa. Man fann även att vissa ohälsosamma levnadsvanor är mindre utbredda bland utrikes födda ungdomar i jämförelse med inrikes födda.

Hur data som dessa, som återkommande visar på sämre hälsa för flickor och unga kvinnor än för pojkar/unga män, ska tolkas kan dock diskuteras, och en sådan diskussion följer nedan.

### 8.9.4. Psykisk ohälsa i Västra Götaland

Hur ser psykisk ohälsa ut i Västra Götaland? Skiljer det sig från riket?

Bland kvinnor i åldern 16-24 år i Västra Götaland uppgav en tredjedel att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande år 2006 (111). Den psykiska ohälsan har ökat kraftigt i omfattning inom denna grupp under de senaste decennierna enligt rapporten från Västra Götalandsregionens analysenhet (111). Även bland yngre män har ohälsan ökat tydligt, om än inte i lika hög grad.

Andelen personer som vårdats för självmordsförsök eller annan självtillfogad skada har ökat sedan slutet av 1990-talet, i både Västra Götaland (VG) och riket. Ökningen är tydligast bland

unga kvinnor, 15 till 24 år. Självordsförsök men även självmordstankar är vanligare bland kvinnor medan däremot genomförda självmord är betydligt vanligare bland män, vilket också gäller för riket i sin helhet. Man konstaterade också att antalet självmord inte visade på någon minskning för dem i åldersgruppen 15-24 år bosatta i Västra Götaland, medan så var fallet för övriga ålderskategorier. Vidare konstaterades att för VG regionen så hade grupper med sämre sociala och ekonomiska villkor mer omfattande psykisk ohälsa än de med bättre levnadsvillkor, vilket också gäller för hela riket.

Ett annat mått på psykisk ohälsa är försäljningen av psykofarmaka, såsom sömnmedel och antidepressiva läkemedel och det visade sig i denna rapport att försäljningen av sådana preparat var mer omfattande i Västra Götaland än i riket och skrivs ut i högre utsträckning till kvinnor än till män. För kvinnor i åldersgruppen 15-24 år såg man att av all psykofarmaka som skrevs ut så utgjordes 73 procent av antidepressiva medel och 18 procent var lugnande samt sömnmedel.

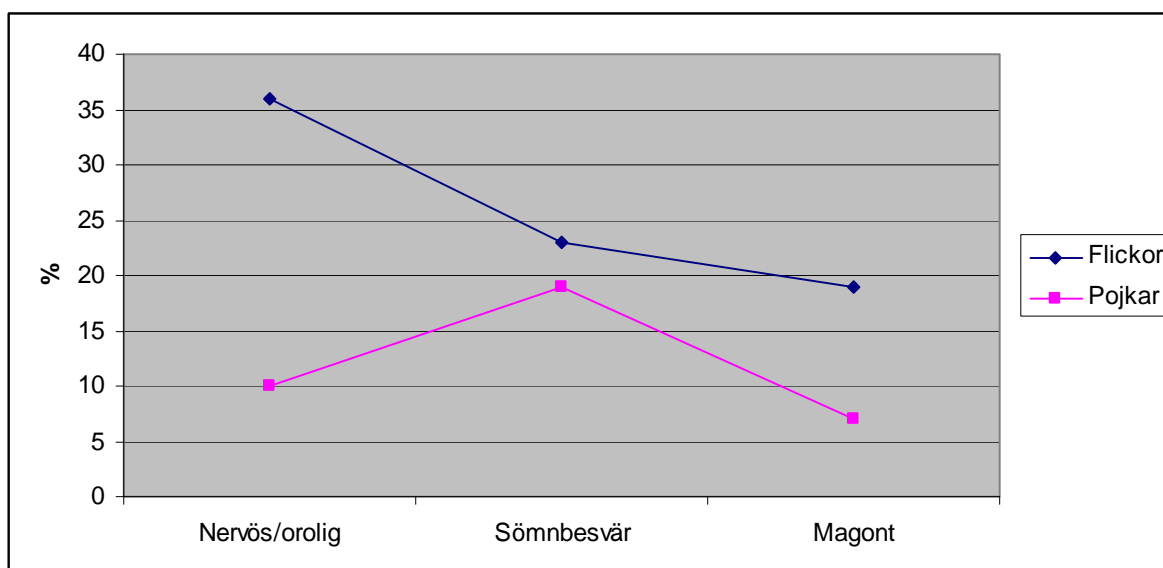
#### 8.9.5. Enkätundersökning vid Porthälla Gymnasium i Partille 2001

Detta är en undersökning vars resultat inte publicerats. Den genomfördes som en uppföljning av en stor undersökning i Bohuslän, Ungdomsundersökningen i Bohuslän 1998. Syftet med undersökningen i Partille var att beskriva ungdomarnas egna upplevelser av hälsa, speciellt stress i och utanför skolan och studera könsskillnader. Totalt ingick 605 ungdomar i studien och de gick alla på gymnasiet, vilket betyder att de var i åldern 16-19 år. Undersökningen genomfördes av Anita Kruse, socionom och vid denna tid chef på ungdomsmottagningen i Partille. Här följer en kort sammanfattning av resultat från denna studie.

##### ***Hur ofta under det senaste halvåret har du känt dig deppad/ledsen?***

Andelen flickor som uppgav att de varit deppiga och ledsna var tre gånger så många som pojkarna, 37 procent av flickorna och 11 procent av pojkarna rapporterade 'varje vecka' eller 'varje dag' på denna fråga.

##### ***Nervös/orolig, sömnbesvär och magont minst varje vecka under det senaste halvåret?***



Här ser man en klar skillnad mellan flickor och pojkar. Minst skillnad föreligger för sömnbesvär och störst skillnad i nervositet/oro.

### ***Känner sig stressad "varje dag/nästan varje dag" eller "ofta"***

Ungefär hälften av tonåringarna uppgav att de kände sig stressade 'varje dag', 'nästan varje dag' eller 'ofta', vilket motsvarade 69 procent av flickorna och 38 procent av pojkarna. Det vanligaste svaret på varför var att arbetsmängden i skolan var för hög, följt av tankar om framtiden, höga krav på sig själv och från lärare samt tankar om fortsatta studier.

### ***Tankar om att göra sig själv illa?***

Det var dubbelt så många flickor/unga kvinnor som pojkar/unga män som hade tankar på att göra sig själv illa, en tiondel av pojkarna och mer än var fjärde flicka.

I denna studie finns fler resultat att redovisa, men det ska inte göras här. Denna studie bekräftar fynd ifrån andra studier genomförda i Norden som helhet. Den återger den bild som finns i snart sagt alla studier: flickor rapporterar betydligt mera och flera besvär än pojkar.

## **8.9.6. Varför har allt fler ungdomar nedsatt psykiskt välbefinnande?**

Vad är det då som gör att tonårsflickor och unga vuxna kvinnor mår sämre än tonårspojkar?

Som beskrivits tidigare i rapporten så tar det relativa fåtal studier som finns upp faktorer inom hemmet, skolan och fritiden. Då den psykiska hälsan försämrats påtagligt under senaste 20 åren, så talar det för att det skett förändringar i de miljöer som unga människor befinner sig i.

I de datainsamlingar som görs nationellt av Statistiska Centralbyrån (SCB) så framkommer belägg för att ungdomar, framför allt flickor upplever skolan som en stressfaktor. Detta framkom ju också i Partille-studien. Det kan bero på att så många fler ungdomar finns i skolan idag då alternativen till en 3-årig gymnasieutbildning tagits bort. Eftersom det är svårt att få arbete utan gymnasiekompetens så återstår för de flesta inget annat än att välja ett 3-årigt program. Att hoppa av skolan i förtid är förenat med stora svårigheter att komma in på arbetsmarknaden.

När man som ung ska söka sig ett arbete så möts man av en hårdnande arbetsmarknad. Ungdomsarbetslösheten är oerhört hög i Sverige (ca 23 %, nov 2009) jämfört med övriga Europa. Allt sedan lågkonjunkturen i början av 1990-talet så har antalet unga människor i heltidsarbete minskat. Förutom detta så har också kvalifikationskraven inom många yrkesområden ökat. Det innebär att fler ungdomar är hänvisade till fortsatta studier även efter gymnasiet. Kvinnor har också i större utsträckning än män skaffat sig en högre utbildning.

En jämförelse mellan olika länder visar att andelen ungdomar med psykiska besvär har ökat mest i de länder där också andelen ungdomar som är utanför arbetskraften ökat mest. Undersökning av Levnadsförhållanden (ULF-undersökningen, SCB) visar också just detta, det vill säga att det föreligger stora skillnader i oro, ångslan eller ångest mellan dem som är i yrkesarbete jämfört med dem som studerar för både unga män och kvinnor, och att skillnaderna ökat under de senaste 10 åren. Minst besvär har de som är anställda, och mest besvär har de som varken har en anställning eller studerar.

Den ökande individualiseringen som innebär en utveckling där människor prioriterar sina egna mål i livet framför till exempel tradition eller gruppens intressen medför även kroppsfixering och rädsla för övervikt hos framför allt flickor och unga kvinnor och som kan leda till psykisk ohälsa och anorektiskt beteende.

### 8.9.7. Vad kan göras åt den psykiska ohälsan hos unga?

Vi fann några olika försök till intervention i vår litteraturstudie och dessa har redovisats tidigare i denna rapport. Säkert finns det många olika initiativ som inte utvärderats eller redovisats vetenskapligt. I mer policyinriktade dokument återfinns förslag till insatser för att utjämna skillnader mellan grupper i en befolkning, vilket troligen är den mest framgångsrika vägen att gå för att nå god hälsa i hela befolkningen och inte som nu ha en ungdomsgrupp som i vissa avseenden mår sämre än övrig befolkning.

### 8.9.8. Closing the Gap in a Generation, WHO

WHO satte 2004 samman en kommission som fick i uppdrag att under tre år undersöka och beskriva hur den ojämlika hälsan i världen skulle kunna utjämnas (109). Kommissionen lade fram sin slutrapport i augusti 2008, Closing the Gap in a Generation. I denna finns ett citat att beakta:

*“The development of a society can be judged by the quality of its population's health, i.e. how fairly health is distributed across the social spectrum, and the degree of protection from disadvantage as a result of ill health.”*

*”Utvecklingen i ett samhälle kan bedömas utifrån kvaliteten i befolkningens hälsa, d.v.s. hur rättvist hälsa är fördelat över olika socialgrupper och den nivå av skydd som finns mot negativa effekter av ohälsa.”*

I rapporten ges tre huvudrekommendationer som följs av en mängd olika förslag på åtgärder och insatser som kan göras. Den *första rekommendationen*, 'Förbättra dagliga levnadsförhållanden', berör i allra högsta grad målgruppen i denna rapport, dvs unga och främst nämns här ett flertal insatser för flickor och kvinnor. Kommissionen rekommenderar att alla flickor och pojkar ska få i skola, åtminstone till fullgjord grundskola. Att detta är av avgörande betydelse i ett globalt perspektiv råder det ingen tvekan om. I Sverige finns redan detta, men som vi sett ovan så utgör skolan ändå en viktig arena för insatser av olika slag relaterade till själva skolsituationen men även till skolans roll i det förebyggande hälsoarbetet.

Den *andra huvudrekommendationen* berör den 'Ojämlika fördelningen av makt, pengar och andra resurser'. Sedan påtalas behovet av en stark offentlig sektor som kan utjämna skillnader

mellan män och kvinnor, mellan olika socialgrupper och mellan människor i andra utsatta grupper. I Sverige finns en stark offentlig sektor och Sverige ingår i gruppen av länder i världen med lägst ginikoefficient, ett mått på socioekonomiska skillnader i befolkningen, vilket betyder att i Sverige är skillnaderna relativt sett små mellan olika grupper i befolkningen. Dock löper man risk att glömma bort ungdomar i sådana här beräkningar då de ännu inte är fullt ekonomiskt aktiva.

Vi har sett i denna rapport att det är viktigt för ungdomar att ha eller få ett arbete, att man oroar sig för detta. Ungdomsarbetslösheten får nog pekas ut som en av de viktigaste faktorerna att förklara unga mäns och kvinnors psykiska ohälsa.

Den *tredje huvudrekommendationen* säger att varje land måste kunna 'Mäta, följa upp och förstå vilka effekter den ojämlika hälsan får' i det egna landet. I Sverige har vi god uppföljning av olika hälsoparametrar och det är inte svårt att få fram olikheter mellan grupper i befolkningen. Det svåra är att agera på dem!

### 8.9.9. Folkhälsopolitisk policy i Västra Götaland

En ny folkhälsopolitisk policy för Västra Götalandsregionen (112) antogs i februari 2009 av Folkhälsokommittén och senare, mars 2009, antogs den av regionfullmäktige. Denna policy har tagits fram i samverkan mellan Västra Götalandsregionen, kommunerna, den ideella sektorn och andra folkhälsoaktörer. Den är formulerad kring sex utmaningar för folkhälsan i Västra Götaland och har ett hälsofrämjande perspektiv, främst fokuserad på strukturella förutsättningar för folkhälsa. Vilka är då utmaningarna? Den första utmaningen, *Jämlika och jämställda livsvillkor*, är en stor och övergripande utmaning och de utmaningar som följer bidrar alla till att skapa just mer jämlika och jämställda livsvillkor för invånarna i Västra Götaland. De övriga fem utmaningarna är *Trygga och goda uppväxtvillkor*, *Livslångt lärande*, *Ökat arbetsdeltagande*, *Åldrande med livskvalitet* och till sist *Goda levnadsvanor*.

Folkhälsa är politik och samtliga utmaningar kräver politiska ställningstaganden. Hur relaterar då utmaningarna till Ungas psykiska ohälsa? Alla utmaningar kan bidra att förbättra och främja ungas psykiska hälsa men framför allt utmaningarna ett, två, fyra och sex.

Den första om Jämlika och jämställda livsvillkor inkluderar även diskriminering och utanförskap, något som drabbar många unga, inte minst invandrade ungdomar. Av de fyra

mest diskuterade diskrimineringsgrunderna, kön, sexuell läggning, etnicitet och funktionsnedsättning, kan flera drabba en och samma individ, såsom att vara ung, invandrad flicka. I fall av diskriminering behövs ofta insatser inom många olika områden.

Trygga och goda uppväxtvillkor, den andra utmaningen, gäller i allra högsta grad tonåringar och unga vuxna. Inom familjen läggs grunden för utvecklingen hos den unge, men idag ser familjer ut på många olika sätt. Den traditionella familjen, med mor, far och barn, har kompletterats med många olika familjestrukturer såsom ombildade familjer med barn från olika äktenskap, samkönade föräldrar och så kallade ensamstående föräldrar. I studier kan man finna indikationer på att vissa familjebildningar skulle leda till sämre hälsa för barn än andra. Sådana resultat bör granskas noga med hänsyn till faktorer såsom ekonomi, sociala nätverk, föräldrars närvaro och andra utsattheter. Vad är det egentligen man mäter? Skolans roll är framträdande för unga människor trygghet, det vittnar elever om i många studier. För många är skolan en stressfaktor mer än ett ställe för utveckling och i detta finns många utmaningar.

Ökat arbetsdeltagande, utmaning fyra, har redan diskuterats i denna rapport och det råder ingen tvekan om att detta har stor betydelse för ungas psykiska hälsa och att det omvända, det vill säga arbetslöshet, är oerhört belastande för en ung individ som ännu inte format sitt yrkesliv och där tidig arbetslöshet kan ge upphov till dålig självkänsla, depressivitet och känsla av utanförskap. Att råda bot på ungdomsarbetslösheten är starkt knutet till arbetsmarknadspolitiken och en av de allra viktigaste utmaningarna för att förbättra ungas psykiska hälsa.

Så till sist den sjätte utmaningen, Goda levnadsvanor, som jämfört med övriga utmaningar ställer större krav på individen. Individens val av livsstil kan förefalla vara något man väljer själv men flera forskare har visat att val av livsstil styrs av många olika faktorer (113). Det är ingen tillfällighet vilka o/hälsosamma levnadsvanor en ung människa antar, det är i högsta grad beroende på faktorer som identitet och vem man vill identifiera sig med, vidare kan det vara ett protestval man gör för att i någon mån hävda sin rätt att bestämma själv då man känner sig kringskuren i sina valmöjligheter. Att socioekonomisk status har betydelse för val av livsstil och hälsobeteende är också visat (113). Samhällets strukturer kan dock stödja unga människor till hälsosamma val och det gäller inte bara i relation till tobak, alkohol, droger, kost, motion etc. utan även till sexuell och reproduktiv hälsa där oinformerade beslut kan leda

till allvarliga konsekvenser såsom sexuellt överförda infektionssjukdomar och oönskade graviditeter.

Ungas psykiska hälsa kan således påverkas på många arenor och många av dessa beskrivs i Västra Götalandsregionens nyligen antagna folkhälsopolicy. Ett sådant folkhälsoarbete bedrivs på många olika arenor, inom olika institutioner och organisationer, är beroende av politiska beslut och har behov av folkhälsokunniga personer i lokalsamhället samt på regional och nationell nivå.

### *8.10. Metoddiskussion*

Denna studie ger en översiktlig bild över den forskning som hittills utförts i Norden gällande ungas psykiska hälsa med beaktande av ett genusperspektiv. När man söker artiklar inom ett så brett område som ungas psykiska hälsa så behöver begränsningar göras och därmed kan viktiga studier utelämnas. Det är heller inte möjligt att gå på djupet i varje enskild fråga utan denna sammanställning ska ses som en sammanfattning av området Ungas psykiska ohälsa med riskfaktorer. Det som uppenbart saknas i studierna som inkluderats i litteraturstudien är hur tonåringar påverkas av att leva i nya, moderna familjekonstellationer. Dessutom bedöms kunskapen om hur den psykiska hälsan påverkas hos en tonåring av att leva med en ensamstående förälder inte fullständigt undersökt. Det saknas studier inom området som ju behöver undersökas för ungdomar i olika social situation och om det är skillnad att leva med en ensamstående far jämfört med en ensamstående mor samt hur syskonsituationen ser ut och många andra faktorer.

När man jämför den nordiska litteratur som ligger till grund för den här litteraturstudien kan man se att förekomsten av psykisk ohälsa hos unga varierar mellan olika studier. Detta problematiseras även i folkhälsorapporten (5) och i andra internationella studier (11, 12, 14). Delvis kan detta bero på de metoder som använts för att mäta psykisk ohälsa. Olika prevalens kan uppkomma beroende på vilken typ av frågeformulär man använt, samt om datainsamlingen skett via registerdata eller med intervju. Det kan också bero på hur man i de olika studierna definierat psykisk ohälsa. Flertalet av de formulär som använts i de nordiska studierna är validerade för vissa patientgrupper och har använts tidigare. Endast CDI och YSR är dock framtagna för unga. Det kan vara så att vissa frågor i formulär som tagits fram för vuxna inte är optimala för en ung studiepopulation.

Eventuellt kan också en del av skillnaderna i hur pojkar och flickor uttrycker psykisk ohälsa i de inkluderade studierna förklaras av de formulär som valts. I McDowells analys av validitet hos de mest använda frågeformulären som mäter hälsa (114) nämns inte om genusperspektiv har beaktats när formulären togs fram och validerades. Kan då sådana formulär användas för att göra genusanalyser? Det beror i sin tur på hur frågorna ställts och om både flickor och pojkar kan känna igen sig i frågorna och svaren från formulären.

## 9. Slutsatser

Vad är det då som gör att tonårsflickor och unga vuxna kvinnor mår sämre än tonårspojkar och unga män? Könsskillnaderna i vuxnas psykiska ohälsa brukar diskuteras utifrån *hypoteser om könsroller, rapporteringsbenägenhet, levnadsvanor, socioekonomi och utsatthet för övergrepp* (5). En omedelbar reflektion kring dessa hypoteser är att de alla har med det sociala könet, genus, att göra (tidigare ofta refererat till som *könsroller*). Genus, det sätt som män och kvinnor, flickor och pojkar agerar på och bemöter varandra, skapas i socialiseringsprocessen och omfattar även en maktaspekt som innebär att det som förknippas med maskulinitet är överordnat det som förknippas med femininitet. *Hypotes om könsroller* avser just de skilda sätt som pojkar och flickor, män och kvinnor agerar på och bemöter varandra med, samt de uppgifter (roller) man tar på sig i det dagliga arbets- och hemlivet.

Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport så är det oklart varför könsskillnaderna är så stora då det gäller symtomrapportering och varför de är större i åldern 16–19 år än i 20–24-årsåldern där flickor konsekvent rapporterar högre förekomst av symtom än pojkar. Samtidigt dör i Sverige betydligt fler unga män än kvinnor i självmord samt på grund av alkohol- och narkotikamissbruk. Med hjälp av ett genusperspektiv kan dock dessa skillnader förklaras. Flickor är i regel bättre på att kommunicera (*rapporteringsbenägenhet*), även sina symtom och sitt lidande, vilket i sin tur bidrar till färre självmord hos flickor men även till att i undersökningar så framstår unga kvinnor som mer sjuka än unga män. Pojkar däremot är inte på samma sätt benägna att tala om symtom och illamående utan har fostrats till att inte klaga då det inte anses som manligt beteende att bekänna svaghet, vilket sannolikt leder till underrapportering av symtom. Många unga män skulle troligen må bättre om de gavs bättre möjligheter att uttrycka sig om sina levnadsomständigheter och sin hälsosituation.

Flickors och pojkars *levnadsvanor* skiljer sig åt på flera sätt men tenderar att närma sig varandra, vilket kan tolkas som en rörelse mot ökad jämställdhet i samhället. Dock kvarstår det faktum att flickor är mer påverkade av utseendefixering och kroppsvikt, vilket troligen är ett uttryck för att flickor vill nå ett ideal, som flitigt kommuniceras i media, men som för många unga kvinnor leder till en känsla av att inte duga. *Socioekonomi* för tanken till lön. Fortfarande har kvinnor i Sverige i genomsnitt lägre lön än män för likartat arbete, vilket i sig ger upphov till undervärdering av egna insatser, en känsla av att inte vara lika bra som pojkar/unga män och är troligen en orsak till sämre psykisk hälsa hos flickor/unga kvinnor. Att utsättas för *våld och övergrepp* slutligen, är för en kvinna starkt förknippat med nedstämdhet, nedvärdering av sig själv och är i vissa fall en manifestation av det maskulina tolkningsföreträdet. Det behövs dock fler studier för att få djupare kunskap om varför flickor har sämre psykisk hälsa än pojkar och det räcker inte att enbart rapportera könsskillnader, orsaker behöver även analyseras ur ett genusperspektiv.

Ett observandum är att den psykiska hälsan har försämrats för alla grupper av unga människor oavsett deras ursprung, rådande familjeförhållanden, socioekonomi, anställningsförhållanden eller arbetsmarknadsstatus, eller om man bor i stad eller i glesbygd. Detta betyder att alla unga löper viss risk att belastas av psykisk ohälsa men risken är dock inte lika stor för alla. I denna rapport och i majoriteten av studier så finner man att det är större risk för dem som kommer från lägre socialgrupper, har utländsk bakgrund och/eller kommer från andra utsatta miljöer.

Det behövs dock fler studier för att få djupare kunskap om varför flickor har sämre psykisk hälsa än pojkar. Det räcker inte att enbart rapportera könsskillnader, orsaker behöver även analyseras ur ett genusperspektiv. Ett genusperspektiv behövs redan i planering samt vid utförandet av interventioner för att förebygga ungas psykiska hälsa. Eventuellt krävs olika insatser för flickor och pojkar. De strukturella rekommendationerna från WHO är viktiga att ta hänsyn till vid planering av nya insatser.

## 10. Referenser

1. World Health Organisation. Adolescent health. Geneva 2009; Available from: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/).
2. : SAGE Publications; 2009. Encyclopedia of Global Health.
3. United Nations. Youth and the United Nations. 2009; Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/qanda.htm#1>.
4. Myndighetsålder. Nationalencyklopedin 2009.
5. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. Västerås: Socialstyrelsen. 2009
6. Hjern A, Alfven G, Ostberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. Acta Paediatr. 2008 Jan;97(1):112-7.
7. Bremberg S. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa - Analyser och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialdepartementet. 2006.
8. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. Västerås: Socialstyrelsen. 2005.
9. Moradi T, Allebeck P, Jacobsson A, Mathers C. The burden of disease in Sweden measured with DALY. Neuropsychiatric diseases and cardiovascular diseases dominate. Lakartidningen. 2006 Jan 18-24;103(3):137-41.
10. Beaglehole R, Bonita R. Public health at the crossroads - achievements and prospects. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
11. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2004(1):CD003380.
12. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. Annu Rev Clin Psychol. 2008;4:275-303.
13. Sobocki P, Lekander I, Borgstrom F, Strom O, Runeson B. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. Eur Psychiatry. 2007 Apr;22(3):146-52.
14. World Health Organisation. Inequalities in young people's health. Edinburgh. 2006.
15. Hammarström A, Hensing G. Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. 2008
16. Hovelius B, Johansson E, editors. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004
17. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, editors. Gender Inequalities in Health - a Swedish perspective. Cambridge, USA: HSPH; 2001.
18. Johannisson K. Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de siècle. Stockholm: Nordstedts; 1995.
19. Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996 Dec;35(12):1665-72.
20. Schofield T, Connell RW, Walker L, Wood JF, Butland DL. Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. J Am Coll Health. 2000 May;48(6):247-56.
21. Connell R. Gender. Cambridge, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2002
22. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. Psychol Bull. 1987 Mar;101(2):259-82.
23. Cooperstock R. A review of women's psychotropic drug use. Canadian journal of psychiatry. 1979 24(1):29-34.
24. Wichstrom L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. Dev Psychol. 1999 Jan;35(1):232-45.
25. Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. 2005.
26. Statistiska Centralbyrån. På tal om kvinnor och män. Stockholm. 2008.
27. Kimmel M. Masculinity as Homophobia: Fear, Shame and Silence in the Construction of Gender Identity. Theorizing Masculinities: Sage Publications; 1994.
28. Medin J, Alexandersson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie: Studentlitteratur; 2000.
29. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. 2nd ed. Stockholm: Natur & Kultur; 2008.
30. Silviken A. Prevalence of suicidal behaviour among indigenous Sami in northern Norway. Int J Circumpolar Health. 2009 Jun;68(3):204-11.
31. Tomasson K, Tomasson H, Zoega T, Sigfusson E, Helgason T. Epidemiology of psychotropic medication use: comparison of sales, prescriptions and survey data in Iceland. Nord J Psychiatry. 2007;61(6):471-8.
32. Jablonska B, Lindberg L. Risk behaviours, victimisation and mental distress among adolescents in different family structures. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007 Aug;42(8):656-63.
33. Kotila L, Lonnqvist J. Adolescent suicide attempts: sex differences predicting suicide. Acta Psychiatr Scand. 1988 Mar;77(3):264-70.

34. Skurtveit S, Rosvold EO, Furu K. Use of psychotropic drugs in an urban adolescent population: the impact of health-related variables, lifestyle and sociodemographic factors--The Oslo Health Study 2000-2001. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2005 Apr;14(4):277-83.
35. Hammarstrom A, Janlert U. Nervous and depressive symptoms in a longitudinal study of youth unemployment--selection or exposure? *J Adolesc.* 1997 Jun;20(3):293-305.
36. Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Ann Pharmacother.* 2003 Mar;37(3):361-6.
37. Kraft P. Kroppsbilde og depressive tanker : en longitudinell studie av ungdom i alderen 13-18 år. *Tidsskrift for samfunnsforskning.* 2001;42(2):191-222.
38. Eggen AE. Pattern of drug use in a general population--prevalence and predicting factors: the Tromso study. *Int J Epidemiol.* 1994 Dec;23(6):1262-72.
39. Klepp KI, Aas HN, Maeland JG, Alsaker F. [Self-reported health status among younger teenagers. A three-year follow-up study]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1996 Jun 30;116(17):2032-7.
40. Berg Kelly K. Self-reported health status and use of medical care by 3,500 adolescents in western Sweden. II. Could clustering of symptoms and certain background factors help identify troubled young people? *Acta Paediatr Scand.* 1991 Aug-Sep;80(8-9):844-51.
41. Brun Sundblad GM, Saartok T, Engstrom LM. Prevalence and co-occurrence of self-rated pain and perceived health in school-children: Age and gender differences. *Eur J Pain.* 2007 Feb;11(2):171-80.
42. Sundaram V, Helweg-Larsen K, Laursen B, Bjerregaard P. Physical violence, self rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? *J Epidem Community Health.* 2004 Jan;58(1):65-70.
43. Ostberg V, Alfvén G, Hjerm A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatr.* 2006 Aug;95(8):929-34.
44. Hautala LA, Junnila J, Helenius H, Vaananen AM, Liuksila PR, Raiha H, et al. Towards understanding gender differences in disordered eating among adolescents. *J Clin Nurs.* 2008 Jul;17(13):1803-13.
45. Frojd SA, Nissinen ES, Pelkonen MU, Marttunen MJ, Koivisto AM, Kaltiala-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *J Adolesc.* 2008 Aug;31(4):485-98.
46. Huurre T, Eerola M, Rahkonen O, Aro H. Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *J Affect Disord.* 2007 Jun;100(1-3):55-64.
47. Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Tolmunen T, Hintikka J. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009 Jan;44(1):23-8.
48. Wichstrom L, Rossow I. Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts: a nationally representative study of Norwegian adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2002 Summer;32(2):101-16.
49. Olsson G, von Knorring AL. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatr Scand.* 1997 Apr;95(4):277-82.
50. Ivarsson T, Svalander P, Litlere O. The Children's Depression Inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents. A normative study. *Nord J Psychiatry.* 2006;60(3):220-6.
51. Erkoalahti R, Ilonen T, Saarijarvi S, Terho P. Self-image and depressive symptoms among adolescents in a non-clinical sample. *Nord J Psychiatry.* 2003;57(6):447-51.
52. Jorngarden A, Wettergen L, von Essen L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:91.
53. Lindberg E, Janson C, Gislason T, Bjornsson E, Hetta J, Boman G. Sleep disturbances in a young adult population: can gender differences be explained by differences in psychological status? *Sleep.* 1997 Jun;20(6):381-7.
54. Nordstrom A, Bodlund O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nord J Psychiatry.* 2008;62(3):250-5.
55. Kapi A, Veltsista A, Sovio U, Jarvelin MR, Bakoula C. Comparison of self-reported emotional and behavioural problems in adolescents from Greece and Finland. *Acta Paediatr.* 2007 Aug;96(8):1174-9.
56. Raty LK, Larsson G, Soderfeldt BA, Larsson BM. Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender, and general self-concept. *J Adolesc Health.* 2005 Jun;36(6):530.
57. Kimber B, Sandell R, Bremberg S. Social and emotional training in Swedish schools for the promotion of mental health: an effectiveness study of 5 years of intervention. *Health Educ Res.* 2008 Dec;23(6):931-40.
58. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lonnqvist J. Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. *J Affect Disord.* 2002 Jun;70(1):35-47.
59. Aalto-Setälä T, Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Lonnqvist J. Predictors of mental distress in early adulthood: a five-year follow-up of 709 high-school students. *Nord J Psychiatry.* 2002;56(2):121-5.

60. Jozefiak T, Larsson B, Wichstrom L, Mattejat F, Ravens-Sieberer U. Quality of Life as reported by school children and their parents: a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:34.
61. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Anorexia nervosa in young men: A cohort study. *Int J Eat Disord*. 2006 Dec;39(8):662-6.
62. Andersson L, Nyman CS, Spak F, Hensing G. High incidence of disability pension with a psychiatric diagnosis in western Sweden. A population-based study from 1980 to 1998. *Work*. 2006;26(4):343-53.
63. Esbjorn BH, Levin E, Hoeyer M, Dyrborg J. Child and adolescent psychiatry and family status: a nationwide register-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Dec;17(8):484-90.
64. Hensing G, Andersson L, Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Med*. 2006;4:19.
65. Korkeila J, Salminen JK, Hiekkanen H, Salokangas RK. Use of antidepressants and suicide rate in Finland: an ecological study. *J Clin Psychiatry*. 2007 Apr;68(4):505-11.
66. Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Bergman B. Ethnicity, social factors, illness and suicide: a follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Feb;95(2):125-31.
67. Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Bergman B, Qvist J, Traskman-Bendz L. Suicide among foreign-born minorities and Native Swedes: an epidemiological follow-up study of a defined population. *Soc Sci Med*. 1997 Jan;44(2):181-7.
68. Reimers A, Laflamme L. The neighbourhood socio-demographic context of teenage girls' deliberate self-harm. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2006 Dec;13(4):227-33.
69. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet*. 2002 Aug 10;360(9331):443-8.
70. Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Qvist J, Bergman B. The influence of ethnicity and social and demographic factors on Swedish suicide rates. A four year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997 Apr;32(3):165-70.
71. Ilomaki R, Riala K, Hakko H, Lappalainen J, Ollinen T, Rasanen P, et al. Temporal association of onset of daily smoking with adolescent substance use and psychiatric morbidity. *Eur Psychiatry*. 2008 Mar;23(2):85-91.
72. Brodin Laftman S, Ostberg V. The pros and cons of social relations: an analysis of adolescents' health complaints. *Soc Sci Med*. 2006 Aug;63(3):611-23.
73. Holmberg LI, Hellberg D. Age-related gender differences of relevance for health in Swedish adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. 2007 Oct-Dec;19(4):447-57.
74. Strandheim A, Holmen T, Coombes L, Bentzen N. Alcohol intoxication and mental health among adolescents - a population review of 8983 young people, 1319 years in North-Trøndelag, Norway: The young-hunt study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2009(3).
75. Olsson A, Fahlen I, Janson S. Health behaviours, risk-taking and conceptual changes among schoolchildren aged 7 to 19 years in semi-rural Sweden. *Child Care Health Dev*. 2008 May;34(3):302-9.
76. Alsaker FD, Olweus D. Global self-evaluations and perceived instability of self in early adolescence: a cohort longitudinal study. *Scand J Psychol*. 1993 Mar;34(1):47-63.
77. Schwarz-Nielsen KH, Elklitt A. An evaluation of the mental status of rejected asylum seekers in two Danish asylum centers. *Torture*. 2009;19(1):51-9.
78. Sund AM, Larsson B, Wichstrom L. Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003 May;44(4):588-97.
79. Oppedal B, Roysamb E. Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol*. 2004 Apr;45(2):131-44.
80. Oppedal B, Roysamb E, Heyerdahl S. Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Jun;46(6):646-60.
81. Van Roy B, Groholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years : age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Jun;15(4):189-98.
82. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Gronvold NT, Ekeberg O. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. *Addiction*. 1998 Sep;93(9):1341-9.
83. Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl*. 2008 Dec;32(12):1095-108.
84. Danielsson I, Blom H, Nilses C, Heimer G, Hogberg U. Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(5):528-35.
85. Joukamaa M, Sohlman B, Lehtinen V. The prescription of psychotropic drugs in primary health care. *Acta Psychiatr Scand*. 1995 Nov;92(5):359-64.

86. Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, Due P. Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2008 Feb;17(2):186-92.
87. Salokangas RK, Vaahtera K, Pacriev S, Sohlman B, Lehtinen V. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *J Affect Disord.* 2002 Apr;68(2-3):215-20.
88. Aune T, Stiles TC. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *J Consult Clin Psychol.* 2009 Oct;77(5):867-79.
89. Connell R, Messerschmidt J. Hegemonic masculinity - rethinking the concept. *Gender and Society.* 2005;19(6):829-59.
90. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000 May;50(10):1385-401.
91. Bengs C, Johansson E, Danielsson U, Lehti A, Hammarstrom A. Gendered portraits of depression in Swedish newspapers. *Qual Health Res.* 2008 Jul;18(7):962-73.
92. Hammarstrom A, Lehti A, Danielsson U, Bengs C, Johansson EE. Gender-related explanatory models of depression: A critical evaluation of medical articles. *Public Health.* 2009 Oct 22.
93. Johansson EE, Bengs C, Danielsson U, Lehti A, Hammarstrom A. Gaps between patients, media, and academic medicine in discourses on gender and depression: a metasynthesis. *Qual Health Res.* 2009 May;19(5):633-44.
94. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool. 2006.
95. Fritzell J, Östberg V. Ekonomi och barns välfärd. *Socialmedicinsk tidskrift.* 2003(3):228-36.
96. Lager AC, Bremberg SG. Association between labour market trends and trends in young people's mental health in ten European countries 1983-2005. *BMC Public Health.* 2009;9:325.
97. Reine I. From Young to Adult: Health Consequences of Unemployment from a Gender Perspective. Umeå: University of Umeå; 2009.
98. Staland Nyman C. Domestestic Workload and Multiple Roles - Epidemiological findings on health and sickness absence in women (Thesis). Göteborg: University of Gothenburg; 2008
99. Bertsson L, Lundberg U, Krantz G. Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white-collar employees. *J Epidemiol Community Health.* 2006 Dec;60(12):1070-6.
100. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol : no ordinary commodity : research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2003
101. Allebeck P, Mohradi T, Jacobsson A. Sjukdomsbörda i Sverige. Svensk tillämpning av WHO:s "DALY-metod" för beräkning av sjukdomsbörda och riskfaktorer. Stockholm: FHI. 2006.
102. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet.* 2002 Oct 5;360(9339):1083-8.
103. Hradilova Selin K. Våld mot kvinnor och män i nära relationer - Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. 2009.
104. Johnson M. Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence against women* 2006;12(11):1003-18.
105. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin.* 2000;126:651-80.
106. Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamani E. Suicide in adolescents: a worldwide preventable tragedy. *Keio J Med.* 2009 Jun;58(2):95-102.
107. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos. Stockholm. 2008.
108. Von Knorring L, Hedin K. Ängest och oro. In: Apoteket AB, editor. Läkemedelsboken. Stockholm 2009.
109. World Health Organisation. Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health. Geneva. 2008.
110. World Health Organisation. Women & Health, Today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva. 2009.
111. Analysenheten vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen. Psykisk ohälsa - omfattning och utbredning bland invånarna i Västra Götaland: Västra Götalandsregionen. 2006.
112. Västra Götalandsregionen. Folkhälsopolitisk policy - Västra Götaland. Göteborg. 2009.
113. Stronks K, Dike van de Mheen H, Looman C, Mackenbach J. Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness.* 1996;18:653-74.
114. McDowell I. Measuring Health - a guide to rating scales and questionnaires. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2006.

# 11. Appendix

Tabell 1: *Sökord som användes i databassökningen*

<b>Sökord</b>
Young adults
Adolescents
Teenagers
Gender perspective
Gender differences
Risk factors
Cause
Social demographic factors
Social network
Family situation
Ethni*
Drugs
Alcohol
Medicines
violence
Honour based violence
Honour related violence
Honour crime
Violence honour
Violence and oppression in the name of honour
Psyc* Health
Psyc* illness
Psyc* disease
Depr*
Anxi*
Worr*
Sweden
Denmark
Norway
Finland
Iceland
Intervention
Janson S
Bremberg S
Östberg V
Ascher H
Holstein B

Tabell 2: Söksammanställning av sökord och antal artiklar vid varje litteratursökning

Databas	Generella sökord	Generella sökord som exkl.	Specifika sökord	Antal nya relevanta träffar på artiklar
Pubmed	Teenager/adolescent/young adults Psyc* (health/illness/disease)/ Depress*/anxi*/worri* Gender (differen*/perspective) Sweden/Denmark/Norway/ Finland/Iceland	Review Schizophrenia Bipolar ADHD OCD         Gender (differen*/perspective)	- (Risk factors)/cause Ethni* Sociodem* Drug* Medicines/medication Alcohol (use/habit) Social network Family situation (Family/domestic/ethni*/culture) violence)/honour crime/violence honour /violence and oppression in the name of honour violence Intervention study Prevention study Holstein B Intervention	68 3 12 18 3 2 2 11 1 0 0 0 1 0 0 3 17
PsycINFO	Teenager/adolescent/young adults Psyc* (health/illness/disease)/ Depress*/anxi*/worri* Gender (different*/perspective) Sweden/Denmark/Norway/ Finland/Iceland	Schizophrenia Bipolar ADHD	(Risk factors)/cause Ethni* Sociodem* Drug* Medicines/medication Alcohol (use/habit) Social network Family situation (Family/domestic/ethni*/culture) violence/honour crime/violence honour /violence and oppression in the name of honour	0 0 0 0 0 2 0 0 0 0
GENA	Barn/tonåringar/unga män/unga kvinnor		Psykisk hälsa Psykisk ohälsa Psykisk sjukdom Depression	0 0 0 0
KVINNSAM	Barn/unga vuxna Sverige/Danmark/Norge/Finland/Island		Psykisk hälsa Depression	1 1
Pubmed	Janson S Bremberg S Östberg V Ascher H			0 1 3 0
			Summa	149 st

Tabell 3: Studier som inkluderades i litteraturstudien över ungas psykiska hälsa med ett genusperspektiv

Författare	Design	Antal individer	Ålder	Mätmetod	Validitet / reliabilitet	Resultat
Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K och Lönnqvist J, 2002 (finsk) (58)	Kvantitativ	706	20-24	Frågeformulär: General Health Questionnaire (GHQ) Global Assessment Functioning scale (GAF) Intervju Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry	Nej Använts tidigare Diskuteras något	18 procent av deltagarna depressiva symptom. Av dessa hade ca 1/3 hade olika typer av samsjuklighet: ångest, ätstörningar, identitetsstörningar etc. Ångest, ätstörningar eller missbruk föregick ofta depression. Första kontakt med psykiatrisk vård under tonåren. Vanligare för unga kvinnor att söka vård.
Aalto-Setälä T, Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M och Lönnqvist J, 2002 (finsk) (59)	Kvantitativ	790	16-19 20-24	Frågeformulär: State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Rosenberg Self-Esteem Scale Somatic Symptom Score Defence Style Questionnaire (DSQ) General Health Questionnaire	Cronbachs alpha Använts tidigare Diskuteras	Högre andel unga kvinnor (20-24 år) uppgav mentala hälsoproblem jämfört med männen. Kvinnor hade en hög nivå av ångest och somatiska symptom i tonåren ett samband med mental ohälsa. De män som använde mycket omogna försvarsmekanismer en högre risk för mental ohälsa. Ålder eller social klass hade inte något samband med depressiva symptom.
Alsaker FD och Olweus D, 1993 (norsk) (76)	Kvantitativ	1689	11-16	Frågeformulär: Global Negative Self-Evaluation (GSE) Perception Instability of Self (PIB)	Cr. alpha Faktor analys Korrelations tester Diskuteras	Pojkar hade en bättre självbild än flickor i alla åldersgrupper. Ingen klar förändring över ålder kunde observeras oavsett kön.
Andersson L, Staland Nyman C, Spak F och Hensing G, 2006 (svensk) (62)	Kvantitativ	14093	Alla / 16-34	Registerdata	Ej diskuterat, dock begränsning med studien	Hos 16-34 åringar ökade antalet för tidspensionerade pga psykiatrisk under studieperioden hos både män och kvinnor.
Aronen ET och Kurkela SA, 1996 (finsk) (19)	Intervention	163	14-15	Intervention: vid 6 mån ålder - högrisk eller lågriskgrupper. familjer (både låg- och högriskfamiljer) terapiprogram i 5 år (10 ggr/år). Specialist sjuksköterska i psykiatri och diskuterade uppfostran, familjeproblem och barnets utveckling. Syfte: förändra föräldrarnas attityd, hur man hanterade barnet och interaktionen i familjen.	Nej Diskuteras	Tonåringarna i interventionsgruppen hade lägre värden på formulären jämfört med de i kontrollgruppen – högre psykisk hälsa. Störst skillnad sågs gällande ångest och depressiva symptom – interventionsgruppen lägst. Att vara en lågriskfamilj från början innebar inte att barnen hade bättre mental hälsa som tonåringar jmf med högriskfamiljer.

				Terapin var åldersfokuserad. Formulär: Child behaviour checklist (CBCL) Youth self-report (YSR)		
Aune T och Stiles TC, 2009 (norsk) (88)	Intervention	1439	11-14	Intervention: Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety. NUPP - nå barn och ungdomar i skolmiljö, samt föräldrar, lärare, skolpersonal, primärvårdspersonal. Föreläsning om social ångest hos barn och tonåringar, beteende-behandling. Man beskrev hur tankar och antaganden påverkade känslor och beteenden. Ångest – normalt och vanligt fenomen. Frågeformulär: SPAI-C Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED) Short Mood and Feeling Questionnaire (SMFQ) the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Ja Cronbachs alpha analyser Diskuteras	En minskning av ångest generellt hos hela studiepopulationen men mer hos de som fanns i interventionsgruppen och på fler olika skalor. Färre utvecklade också social ångest under studieperioden (1 år). Man kunde se en behandlande och förebyggande effekt av interventionen.
Berg Kelly K, 1991 (svensk) (40)	Kvantitativ	3500	13-18	Frågeformulär:	Nej	Ungdomar som hoppat av skolan rapporterade mer medicinska besvär, självmordstankar och mer egen kontakt med vården. Riskbeteende såsom alkoholkonsumtion, rökning och illegala droger uppvisade samband med sämre hälsa. Flickor upplevde mer psykisk ohälsa och mer fysiska symptom. De ungdomar som bodde med en förälder eller upplevde att de själva blev bemötta som äldre hade sämre psykisk hälsa, ökat riskbeteende (droger och alkohol).
Brolin Låftman S, och Ostberg V, 2006 (svensk) (72)	Kvantitativ	5137	10-18	Intervju	Nej	Tonåringars sociala relationer med familj och jämnåriga samvarierar med deras hälsobesvär på liknande sätt oavsett kön. Flickor uppger dock mer av dessa besvär än pojkar. Spända relationer med föräldrar var viktigare än familjestruktur

						eller föräldrars arbetsmängd, speciellt för psykosomatiska besvär (huvudvärk, sömnbesvär och magont). Spända relationer med familj eller jämnåriga visade mer samband med psykologiska hälsobesvär än vad stöttande relationer gjorde.
Brun Sundblad GM, Saartok T och Engström LM, 2007 (svensk) (41)	Kvantitativ	1908	9-15	Frågeformulär:	Face validitet Test-retest	Rapporterad smärta och hälsobesvär var högre hos äldre flickor jämfört med yngre. Det omvända kunde observeras hos pojkar. Samband observeras där de som var ledsna varje vecka också rapporterade mer smärtsymptom i fler åldersgrupper hos flickor än pojkar.
Danielsson I, Blom H, Nilnes C, Heimer G och Högberg U, 2009 (Svensk) (84)	Kvantitativ	3170	15-23	Frågeformulär: NorVold abuse questionnaire	Till viss del Validerat i tidigare studier	33 % av flickorna och 18 % av pojkarna hade utsatts för psykiskt våld senaste året. Tvärt om för fysiskt våld: 18 % flickor och 27 % pojkar. Tydlig könsskillnad vid sexuella övergrepp: 14 % flickor och 5 % pojkar. Flickorna rapporterade värre effekter av våldet samt att de utsatts för våld från någon närstående.
Eggen AE, 1994 (norsk) (38)	Kvantitativ	16235	12-61 / 12-14 15-19 20-24	Frågeformulär:	Nej Diskuteras något	Smärtstillande läkemedel var mest frekvent hos unga. Andelen läkemedel ökade vid ökade fysiska symptom såsom infektion, huvudvärk, musculoskeletala problem, depression och sömnsvårigheter). Gifta kvinnor uppgav lägre läkemedelsanvändning än ensamstående kvinnor. Högutbildade män uppvisade lägre användning än lågutbildade män. Livsstilsfaktorer var inte av betydelse för den självupplevda läkemedelsanvändningen.
Erkolahti R, Ilonen T, Saarijärvi S och Terho P, 2003 (finsk) (51)	Kvantitativ	1054	14-15	Frågeformulär: Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ) Children's Depression Inventory (CDI)	Nej Använts tidigare Diskuteras lite	Hos tonåringarna samvarierade en lägre självbild med mer depressiva symptom. Sambandet var starkare för flickor än för pojkar förutom gällande sexuella tankar där inga skillnader fanns.
Esbjorn BH, Levin E, Hoeyer M och Dyrborg J, 2008 (dansk) (63)	Kvantitativ	3004	Barn, skolbarn och tonåringar	Registerdata	Diskuteras noga	Tonårsflickor med beteendesyntom associerat med psykologiska störningar och fysiska faktorer levde i större utsträckning i intakta familjer.

Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MU, Marttunen MJ, Koivisto AM och Kaltiala-Heino R, 2008 (finsk) (45)	Kvantitativ	2266	13-17	Frågeformulär: R-Beck Depression Inventory (BDI) Objective school performance comprised of self-reported GPA	Cronbachs alpha Har använts tidigare Diskuteras noga	Sämre upplevda resultat i skolan (mängd skolarbete, svårigheter i sociala relationer och självuppfattad prestationen) har ett samband med ökad risk för depressiva symptom hos både pojkar och flickor.
Hammarström A och Janlert U, 1997 (svensk) (35)	Kvantitativ och kvalitativ	1060	16 21	Frågeformulär: Intervjuer Register	Nej	För unga män och kvinnor fanns samband mellan depression och nervösa symptom vid 16 år och arbetslöshet som ung vuxen. Samband mellan långtidsarbetslöshet och ökning av depressiva och nervösa symptom för unga. För unga kvinnor var ensamhet signifikant och för unga män låg utbildning och familjearbetslöshet. Intervjuer visade att arbetslöshet kunde upplevas som positivt för hälsan för tex säsongsarbetare. Arbetslöshet upplevdes inte påverka hälsan om den var kort och man kunde fylla tiden med aktiviteter. De med dålig hälsa hade också svårt att behålla ett jobb. Arbetslöshet kan också leda till sämre hälsa och sämre hälsovanor, speciellt för de som är utsatta från början.
Hansen EH, Holstein BE, Due P och Currie CE, 2003 (dansk, norsk, finsk, svensk, nordamerikansk, storbritannien) (36)	Kvantitativ	123227	11, 13, 15	Frågeformulär:	Nej Använts tidigare Diskuteras något	Flickor uppgav att de använde mer läkemedel mot huvudvärk och magbesvär. Andelen som uppgav att de använde läkemedel mot huvudvärk ökade med åldern men minskade mot de andra besvären. Andelen användare mot huvudvärk var högst i Nordamerika, Storbritannien och Finland. Andelen användare vid magsmärtor och nervösa problem var lägre i de nordiska länderna jämfört med Nordamerika och Storbritannien. Vid användandet mot sömnbesvär var andelen lägre i de nordiska länderna och England jämfört med övriga områden.
Hautala LA, Junnila J, Helenius H, Väänänen AM, Liuksila PR, Riihää	Kvantitativ	1036	14-15	Frågeformulär: Sick, Control, One, Fat, Food (SCOFF) questionnaire; 13-item Beck Depression Inventory	Nej formulär har använts tidigare men diskuteras ej	20 procent (26 procent flickor resp 16 procent pojkar) uppvisade ätstörningssymptom. Flickor var mer oroliga över att förlora kontrollen över ätning och viktuppgång jämfört med pojkar.

H, Välimäki M och Saarijärvi S, 2008 (finsk) (44)				(Beck & Beck 1972) entitled R-BDI; egenformulerade frågor rörande beteende- och sociala faktorer Journaldata	utifrån finska förhållanden	Oro, stresssymptom, missnöjd med sitt utseende, ensamhet var mer förekommande hos flickor än pojkar. Pojkar upplevde att de oftare blev retade jämfört med flickor. Skillnader i samband mellan faktorerna och ätstörningar kunde ej observeras mellan pojkar och flickor. Att vara missnöjd med sitt utseende, använt tobak, missnöjd med sin vikt, haft oregelbundna matvanor eller upplevde att familjens kommunikation var bristfällig var associerat med ätstörningar hos tonåringar.
Hensing G, Andersson L och Brage S, 2006 (norsk) (64)	Kvantitativ	2282761	16-66 / 16-29	Registerdata	Nej Diskuteras	Sjukskrivning pga psykiatriska diagnoser ökade i alla regioner och åldersgrupper under studietiden. För åldersgruppen 16-29 år var ökningen större för kvinnor än för män.
Hjern A, Alfven G och Östberg V, 2008 (svensk) (6)	Kvantitativ	2588	10-18	Intervju	Nej	Ett samband upptäcktes mellan att vara trakasserad av jämnåriga, ha pressande skolarbete, bli dåligt bemött av lärare och uppvisa psykosomatisk smärta (huvudvärk och magont) och psykisk ohälsa (ledsen, irriterad, osäkerhet och nervositet). Att bli trakasserad var starkt sammankopplat med psykosomatisk smärta. Ett samband fanns mellan psykisk ohälsa och psykosomatisk smärta. Tonåringarna rapporterade att de hade psykosomatisk smärta minst en gång per månad, vanligare hos flickor än pojkar.
Hjern A, Lindblad F och Vinnerljung B, 2002 (svensk) (69)	Kvantitativ	11320	6-15	Register	Nej Diskuteras lite	Att vara flicka, bo i ett hushåll med en förälder, vara 4-6 år när man blev adopterad och vara från latinamerika var associerat med mental ohälsa. Att vara pojke, vara 4-6 år vid adoption och vara från latinamerika var associerat med social missanpassning.
Holmberg LI och Hellberg D, 2007 (svensk) (73)	Kvantitativ	3186	13-18	Frågeformulär: Q90	Nej Använts tidigare	Flickor kände sig mindre hälsosamma, mer deprimerade, oftare ont i huvudet, mobbat självmordstankar och oftare än pojkar. Pojkar hade ett mer riskbeteende än flickor: mer alkohol och vandalisering. Flickor oroliga över att vara överviktiga och pojkar underviktiga.

Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, och Due P, 2008 (dansk) (86)	Kvantitativ	4824	11-16	Frågeformulär: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	Nej Gjorts tidigare Diskuteras	Pojkar och flickor med låg / medel självskattad hälsa använder mer läkemedel för huvudvärk och magont än de med bra självskattad hälsa. Dessa flickor hade också svårigheter att sova.
Huurre T, Eerola M och Rahkonen O, 2007 (finsk) (46)	Kvantitativ	2194	16 22, 32	Frågeformulär: Beck Depression Inventory vid 32 år Social Support Resources (SSR)	Använts tidigare diskuteras ej	Socialt stöd och nätverk i tonåren och hos unga vuxna sågs ha ett samband med depression hos vuxna oavsett socioekonomisk bakgrund som tonåring eller ung vuxen.
Ilomäki R, Riala K, Hakko H, Lappalainen J, Ollinen T, Räsänen P och Timonen M, 2008 (finsk) (71)	Kvantitativ	508	12-17	Strukturerade och semistrukturerade intervjuer Schedule for Affective Disorder and schizophrenia for School-Age Children, Present and Lifetime (K-SADS-PL)	Nej Använts tidigare Diskuteras något	Tidig daglig rökning var associerad med alkohol och droganvändning. När man började röka varje dag kom före depression för både pojkar och flickor. Det var vanligare att pojkar med depression rökte.
Ivarsson T, Svalander P och Litlere O, 2006 (svensk) (50)	Kvantitativ	405	13-16	Frågeformulär: Children's Depression Inventory (CDI) Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)	Cronbachs alpha Gjorts tidigare Diskuteras	Unga fick fler depressiva symptom med en stigande ålder. Flickor, skilda föräldrar, men inte socioekonomisk eller etnisk bakgrund, visade samband med depressiva symptom. CDI kan delvis förutsäga idéer om självmord.
Jablonska B och Lindberg L., 2007 (svensk) (32)	Kvantitativ	12860	15-16	Frågeformulär:	Nej Diskuteras lite	Tonåringar som levde i delade familjer hade förhöjd risk att använda alkohol, illegala droger, bli alkoholpåverkade, röka än tonåringar som levde med bägge föräldrarna. Tonåringar som levde med bara sina fäder hade högre risk att ha ett aggressivt beteende jämfört med de som levde med båda sina föräldrar.
Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE och Bergman B, 1997 (svensk) (66)	Kvantitativ	52169	16-84 / 16-44	Strukturerade intervjuer register	Nej	Ca 20 procent hade begått självmord, fler män än kvinnor. Åldersgruppen 16-44 år hade lägst risk att begå självmord, högre för män. Generellt var det en signifikant ökad risk för självmord att bo själv, rapportera somatisk sjukdom och bo i urbana områden var. Upp till 35 år var det en riskfaktor att vara född i ett annat land. Oavsett ålder var det en riskfaktor att ha psykisk sjukdom.
Johansson LM, Sundquist J,	Kvantitativ	6725274	≥16 år / 16-24	Registerdata	Nej	Män som var födda i Finland eller Östeuropa högst frekvens av självmord. Invandrat till

Johansson SE, Bergman B, Qvist J och Träskman-Bendz L, 1997 (svensk) (67)						Sverige innebar ofta en ökad risk för självmord jämfört med i ursprungslandet. I åldersgruppen 16-24 hade män högre risk. Dock kunde observeras att denna åldersgrupp hade lägst risk för att begå självmord oavsett riskfaktor.
Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Qvist J och Bergman B, 1997 (svensk) (70)	Kvantitativ	6283099	≥20	Register	Nej	I åldersgruppen 20-29 år begick ca 14 procent män och 11 procent kvinnor självmord i Sverige. Att inte vara gift var den starkaste riskfaktorn i alla åldersgrupper oavsett kön. För män i åldersgruppen 20-29 år var det en riskfaktor att vara född i annat land än Sverige.
Joukamaa M, Sohlman B, och Lehtinen V, 1995 (finsk) (85)	Kvantitativ	967	≥18 / 18-34	Frågeformulär: Syptom Checklist (SCL-25)	Nej Använts tidigare	1/3 minst ett psykiatriskt läkemedel mest till kvinnor, bensodiazepiner vanligast. I den yngsta gruppen hade få denna typ av läkemedel, mest i den äldsta. En högre förskrivning sågs i lägre socioekonomiska grupper och bland ensamstående
Jozefiak T, Larsson B, Wichstrøm L, Mattejat F och Ravens-Sieberer U, 2008 (norsk) (60)	Kvantitativ	1997	7-16	Frågeformulär:: The Inventory for Assessing the Quality of Life (ILC) The KINDL	Cronbachs alpha Test-retest Diskuteras	Båda formulären kan användas i den allmänna befolkningen. Flickor visade generellt något lägre QoL än pojkar. 16,8 procent rapporterade någon form av mentala hälsoproblem
Jörngården A, Wettergen L och von Essen L., 2006 (svensk) (52)	Kvantitativ	585	13-23 / 13-15 16-19 20-23	Frågeformulär: Short Form 36 (SF-36) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Cronbachs alpha Har också gjorts i flera andra studier Diskuteras mycket	Manliga respektive unga deltagare rapporterade bäst självskattad hälsorelaterad livskvalitet. Ca 13 procent uppvisade milda och ca 15 procent moderata eller svåra symptom på ångest. Ca 3 procent uppvisade milda och ca 2 procent moderata symptom på depression. Äldre deltagare, speciellt kvinnliga, hade generellt högre värden på livskvalitet och lägre värden på depression och ångestskalan via telefonintervjuer.
Kapi A, Veltsista A, Sovio U, Järvelin MR och Bakoula C, 2007 (finsk) (55)	Kvantitativ	3373 (grek) 7039 (finsk)	18 Resp 15-16	Frågeformulär: YSR	Använts tidigare Diskuteras lite	Grekiska ungdomar fick högre värde på depressiva/ångest skalorna. Finska flickor fick högre värde på somatiska problem och brottsliga beteenden jmf med grekiska. Generellt fick flickor högre värden på inre och yttre problem.
Kimber B, Sandell R	Intervention	Ca 370	7-16	Intervention	Cronbachs	Interventionen hade tänkt effekt på att kunna

och Bremberg S, 2008 (svensk) (57)				SET programmet (social and emotional training) Frågeformulär: Youth self-report (YSR) I think I am' (ITIA) Social Skills Rating System (SSRS)	alpha Test-retest Använts tidigare Diskuteras noga	identifiera problem, bemästring, självbild och självförtroende och belåtenhet i skolan, oavsett kön. Ingen effekt av interventionen kunde observeras på den sociala förmågan eller mobbning.
Klepp KI, Aas HN, Maeland JG, och Alsaker F, 1996 (norsk) (39)	Kvantitativ	704	13-16	Frågeformulär:	Cronbachs alpha Diskuteras	Flickor uppgav fler hälsoproblem än pojkar; mer depressiva symptom och värderade sin hälsa lägre. Hälsan, oavsett dålig eller bra, var stabil under hela mätperioden. Samband mellan att uppges många hälsoproblem och uppvisa depressiva symptom i 16års åldern oavsett kön.
Korkeila J, Salminen JK, Hiekkanen H och Salokangas RK, 2007 (finsk) (65)	Kvantitativ	1994: 140438 2001: 272370	Alla 15-44	Registerdata Receptregister	Nej Diskuteras lite	Andelen av dem som hämtade ut antidepressiva läkemedel ökade under studieperioden, mer för kvinnor än för män. Självmordstalet, som var högre för män, minskade under perioden, mer för män än för kvinnor. Utköp av antidepressiva läkemedel var associerat med ett minskande antal självmord, mer för män än för kvinnor.
Kotila L och Lönnqvist J, 1988 (finsk) (33)	Kvantitativ	422	15-19	Frågeformulär: Egenkonstruerat som fylldes i av behandlande läkare efter konsultation	Nej	Flickor gjorde fler självmordsförsök och kom från högre socialklasser än pojkar. 37 procent av pojkarna och 47 procent av flickorna hade tidigare gjort självmordsförsök. Betydligt fler pojkar än flickor hade ingen sysselsättning på dagarna (skola eller arbete). Drogbeteende var mer vanligt hos pojkar. Mer vanligt att pojkar hade använt alkohol vid tiden för självmordsförsöket och att försöken var alkoholinfluerade. Flickor hade oftare varit med om en negativ händelse där föräldrar, skola eller arbetet var inblandade.
Kraft P, 2001 (norsk) (37)	Kvantitativ	645	13-23	Frågeformulär:	Structure Equation Modeling Diskuteras	Flickor hade mer depressiva tankar än pojkar vid 13-18 år, där dessa ökade hos flickor mellan 13-15 år. Pojkar hade en bättre och ökande självbild än flickor mellan 13-18 år. En negativ kroppsbild innebar ökade depressiva symptom hos alla åldersgrupper oavsett kön. Hypotesen att en negativ kroppsbild ledde till depressiva tankar i äldre åldrar kunde inte bekräftas.

Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Tolmunen T och Hintikka J, 2009 (finsk) (47)	Kvantitativ	4205	13-18	Frågeformulär: Youth Self Report (YSR) Beck Depression Inventory Egenformulerade frågor	Nej Vissa har använts tidigare Diskuteras något	11 procent av deltagarna hade någon gång skurit sig själva, varav 2 procent gjorde det nu och 10 procent hade skadat sig själva på annat sätt. Att skära sig var vanligare bland flickor. Att ha föräldrar som bodde ihop var en skyddande faktor. Riskfaktorer för att skada sig själv var depressiva symptom, somatiska problem, missbruk, dåliga skolresultat och dåliga familjerelationer.
Lindberg E, Janson C, Gislason T, Björnsson E, Hetta J och Boman G, 1997 (svensk) (53)	Kvantitativ	529	20-45	Intervju Kroppslig undersökning Frågeformulär: Basic Nordic Sleep Questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	Nej	Kvinnor hade mer sömnstörningar än män. Av deltagarna uppvisade ca 26 procent ångestsymptom och ca 6procent symptom på depression. Samband fanns mellan ångestsymptom och sömnsvårigheter hos båda könen.
Lindblad F, Lindberg L och Hjern A, 2006 (svensk) (61)	Kvantitativ	61		Registerdata: Swedish Hospital Discharge Register	Nej	Unga män med anorexia och deras familjer bodde inte lika ofta i eget hus, hade ensamstående föräldrar samt familjen fått socialbidrag jämfört med unga män från den generella befolkningen
Nordström A och Bodlund O, 2008 (svensk) (54)	Kvantitativ	1393	≥18	Frågeformulär: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) Self-rating Hospital Anxiety and Depression scale	Nej Använts tidigare Diskuteras en del	Riskfyllt drickande angavs av 45 procent av männen och 35 procent av kvinnorna i åldersgruppen 18-24 år. Över 40 procent i denna grupp uppvisade ångestsymptom. Ungefär hälften av dem som uppvisade riskfyllt drickande hade också symptom på depression och eller ångest. Det var inte vanligt att de med riskfyllt drickande sökte för psykiatriska problem eller drickande, men smärta/infektion.
Olsson A, Fahlén I, och Janson S, 2008 (svensk) (75)	Kvantitativ	1843	7-19	Frågeformulär: Swedish Questionnaire 90 Swedish Council for Information on Alcohol and other drugs Study Health Behavior of School-Aged Children (HBSC)	Nej Använts tidigare Diskuteras	För både flickor och pojkar kan förändring ses i riskbeteende i 13års åldern: drog och alkoholkontakten börjar. I 14 års åldern syns dopingkontakten. Flickor uppfattar sig tidigare och högre andel som tjocka och fler har huvudvärk. Att fler flickor använder smärtstillande läkemedel ökar från 12 år.
Olsson G och von Knorring AL, 1997 (svensk) (49)	Kvantitativ	2270	16-17	Frågeformulär: Beck's Depression Inventory Intervju Diagnostic Interview for Children and	Cronbachs alpha Använts	Flickor uppgav mer depressiva symptom än pojkar. Alla symptom var vanligare hos flickor. De starkaste faktorerna för pojkar var att vara

				Adolescents	tidigare diskuterar	ledsen, föreställa sig självmord. För flickor var de starkaste faktorerna misslyckande, skuldkänslor, självförakt, känsla av att vara oattraktiv samt föreställa sig självmord.
Oppedal B, Røysamb E och Heyerdahl S, 2005 (norsk) (80)	Kvantitativ	1295	15-16	Frågeformulär: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Cronbachs alpha Validerat tidigare Diskuterar	Invandrare första generationen flickor och 2:a generationen pojkar speciellt sårbara för mental ohälsa. Symptomen minskade för varje generation flickor, men ökade bland pojkar. Säkra familjevärderingar, etnisk kompetens hade en skyddande effekt på psykiatriska symtom. Etnisk identitetskris och upplevd diskriminering hade negativ inverkan på psykiska problem. De skyddande faktorerna verkar svagare än de negativa faktorerna.
Oppedal B och Røysamb E, 2004 (norsk) (79)	kvantitativ	633	13	Frågeformulär: Hopkin's Symptom Checklist (HSCL-25) negative life events daily hassles social support	Cronbachs alpha (HSCL, social support) Använts tidigare	Socialt stöd från klassen var positivt och problem hos föräldrarna var negativt för den mentala hälsan oavsett kön och bakgrund. För norska ungdomar var socialt stöd från vänner signifikant för den mentala hälsan. För invandrarungdomar var socialt stöd från lärare viktigt för den mentala hälsan. Flickor var inte mer sårbara för bristande relationer än pojkar oavsett bakgrund. Problem i skolan var negativt för invandrarflickor. Socialt stöd från familjen var viktigt för flickor.
Priebe G och Svedin CG, 2008 (svensk) (83)	Kvantitativ	4339	18	Frågeformulär: SCL-90 Parental Bonding Instrument	Cronbachs alpha, diskuterar noga	Pojkar och flickor som upplevt sexuella övergrepp hade en sämre självuppskattad mental hälsa.
Reimers A och Laflamme L, 2006 (svensk) (68)	Kvantitativ	77511	12-19	Registerdata patientregister	Nej Diskuterar noga	Akut psykisk konsultation visade samband i församlingar där medel till stor andel tonåringarna levde med ensamstående mödrar, fattiga ensamstående mödrar, familjen hade socialbidrag, låginkomsttagare och olika nationaliteter. Vid sjukhusvistelse pga självskadebeteende visade samband med hög andel av tonåringarna som levde med fattiga ensamstående mödrar, låginkomsttagare och familjen hade socialbidrag. De akuta

						konsultationerna visade högre samband socioekonomiska faktorer än sjukhusvistelser pga självskadebeteende
Räty LK, Larsson G, Söderfeldt BA och Larsson BM, 2005 (svensk) (56)	Kvantitativ	282	13-22	Frågeformulär: "I Think I Am" (ITIA) Youth Self Report (YSR) Sense of Coherence Scale (SOC) Family APGAR Scale	Nej Använts tidigare Diskuteras något	Unga kvinnor, 15-20 år, hade sämre självförtroende, var mer inåtvända, fler somatiska problem, depression och självdestruktiva. Den psykiska hälsan var sämre hos äldre åldersgrupper än de yngre.
Salokangas RK, Vaahtera K, Pacriev S, Sohlman B och Lehtinen V, 2002 (finsk) (87)	Kvantitativ	330	≥18	Frågeformulär: Beck Depression Inventory (BDI)	Nej Använts tidigare	BDI fick något högre värden hos kvinnor än hos män i den aktuella åldersgruppen. Skillnaderna mellan BDI och DEPS var signifikanta mellan könen. Kvinnor fick högre värden på områden såsom gråta och förlora intresse av sex.
Schwarz-Nielsen KH och Elklitt A, 2009 (dansk) (77)	Kvantitativ	53		Frågeformulär: Harvard Trauma Questionnaire-IV (HTQ) the Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25)	Nej inte på irakiska flyktingar.	94 procent hade symtom på ångest, 100 procent hade symtom på depression och 77 procent hade PTSD-symtom. Religion hade betydelse för värdet på depressionsskalan.
Silviken A, 2009 (norsk) (30)	Kvantitativ	117291	Alla resp/ 16-18	Registerdata: National population register of Norway, national census, Norwegian Causes of Death Register Frågeformulär	Ej beskrivet i den här studien. I den som man hänvisar till diskuteras Registerdata	Samiska ungdomar hade en högre risk för genomförda självmord jämfört med referenspopulationen. Det fanns däremot inga skillnader i självmordsförsök mellan samiska ungdomar och referenspopulationen.
Skurtveit S, Rosvold EO och Furu K, 2005 (norsk) (34)	Kvantitativ	7307	15-16	Frågeformulär: Hopkins Symptom Check List (HSCL-10) Egenformulerade frågor	Nej HSCL har använts tidigare Diskuteras	3,4 procent av pojkarna, 3,7 procent av flickorna använt psykiatriska läkemedel senaste 4 v. Dessa rapporterade sämre mental hälsa var oftare rökare, berusade minst en gång, upplevt våld och hade lägre betyg. För flickor fanns också samband dessa läkemedel och ha ogifta föräldrar eller föräldrar som var arbetslösa. För pojkar fanns ett samband dessa läkemedel och ha lägre mål med sin utbildning.
Strandheim A, Holmen TL, Coombes L och	Kvantitativ	8983	13-19	Frågeformulär: Young-HUNT Symptom Check List	Nej Använts tidigare Diskuteras	Samband uppvisades mellan uppmärksamhets- och uppförandeproblem, ångest, depressiva symtom och antalet alkoholförgiftningar. För både pojkar och flickor var sambandet starkast

Bentzen N, 2009 (norsk) (74)					lite	mellan uppmärksamhets- och uppförandeproblem och antalet alkoholförgiftningar som försvagades med ökande ålder. För flickor fanns också ett samband mellan ångest, depressiva symptom och fler antal alkoholförgiftningar.
Sund AM, Larsson och Wichström L, 2003 (norsk) (78)	Kvantitativ	2465	12-14	Frågeformulär: Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) The Early Adolescence Stress Questionnaire (EASQ) The Daily Hassles Scale	Nej Vissa har testats tidigare Viss diskussion	Mycket upplevt dagligt krångel, stressande händelser, flickor, få antal vänner, etnisk härkomst från ett låginkomstland eller var adopterad samt modern var hemmafru, arbetslös eller studerande innebar ett positivt samband för ökade depressiva symptom
Sundaram V, Helweg-Larsen K, Laursen B och Bjerregaard P, 2004 (dansk) (42)	Kvantitativ	10458	≥16 / 16-24	Frågeformulär:	Nej	I åldersgruppen 16-24 år rapporterade ca 28 procent av männen och 11 procent av kvinnorna att de blivit utsatta för våld det senaste året, mer än övriga åldersgrupper. Fler kvinnor, utsatta för våld, rapporterade låg hälsa, ångest, depression och magont än övriga. Hos kvinnor observerades ett samband mellan fysiskt våld och låg självskattad hälsa, depression och ångest. Studien inkluderade inte uppgifter om förövaren.
Tómasson K, Tómasson H, Zoëga T, Sigfússon E och Helgason T, 2007 (isländsk) (31)	Kvantitativ	2142	18-75	Frågeformulär Registerdata	Nej	Yngre kvinnor 18-24 år högre användning av antidepressiva och lugnande medel än yngre män. Rökning och erkända alkoholproblem visade positivt samband på användandet av antidepressiva eller lugnande läkemedel. Yngre rapporterade också lägre användning än äldre.
Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Grønvold NT och Ekeberg O, 1998 (norsk) (82)	Kvantitativ	379	22 medel- ålder	Frågeformulär: Symptom Check List-5 (SCL-5) Low general self-esteem (LGSE) Perceived medical school stress (PMSS)	Nej Vissa har använts tidigare Diskuteras lite	Ca 10 procent av deltagarna, oavsett kön, använde alkohol i hanteringssyfte. Riskfyllt drickande hos 24 procent av männen och 6 procent av kvinnorna. Ett starkt samband fanns mellan att använda alkohol i stresshanteringssyfte. Alkohol användning ökade vid mental ohälsa. Prediktorer för riskfyllt drickande: manligt kön, religiös inaktivitet, högt självförtroende och inga barn.
Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S och	Kvantitativ	29631	10-19	Frågeformulär: Strengths and Difficulties	Nej Diskuteras	Flickor i yngre och äldre tonåren rapporterade mer känslomässiga problem och pojkar mer

Clench-Aas J, 2006 (norsk) (81)				Questionnaire (SDQ)	inte	problem med uppförande och jämnåriga. 46 procent av yngre resp 63 procent av äldre tonåringar upplevde påverkan på förhållandet till familj och vänner, lärandet i skolan och fritidsaktiviteterna. Flickor rapporterade oftare än pojkar att problemen påverkade deras liv negativt.
Wichström L, 1999 (Norsk) (24)	Kvantitativ	12287	12-20	Frågeformulär: Bern's Sex-Role Inventory Pubertal Development Scale (PDS) The Body Areas Satisfaction Scale (BASS) Physical Appearance subscale och Global Self-Worth subscale i Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA)	Structure Equational Modeling Använts tidigare Diskuteras	Från 14 års ålder rapporterade flickor betydligt mer depressiva symptom än pojkar, stabilt under hela tonåren. Delvis kan skillnaderna förklaras av olika utveckling i puberteten, missnöje med vikt och utv. av kvinnlig kropp, ökad identifiering till den feminina sexuella rollen. Inget samband fanns mellan maskulinitet eller förändringar i skolan.
Wichstrøm L och Rossow I., 2002 (norsk) (48)	Kvantitativ	9679	12-20	Frågeformulär: Depressed Mood Inventory Eating Attitudes Test-26 Bern's sex-role inventory Global Self-Worth subscale och Physical Appearance subscale från Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA)	Nej	Ca 10 procent av flickorna och 6 procent av pojkarna rapporterade tidigare självmordsförsök. De genusskillnader som fanns vid försök som rapporterades in under tiden för studien försvann då man kontrollerade för tidigare försök, depressiva symptom, fysiskt utseende, start av pubertetens och ha romantiskt förhållande.
Östberg V, Alfven G och Hjern A, 2006 (svensk) (43)	Kvantitativ	5390	10-18	Frågeformulär:	Nej Diskuteras lite	Över 60 procent uppgav att de hade psykosomatiska besvär minst en gång i månaden, två gånger vanligare hos flickor än pojkar. Sömnproblem, magont och huvudvärk var vanligast. Ungdomar med ensamstående föräldrar uppgav oftare huvudvärk och sömnbesvär. Sömnbesvär var vanligare hos ungdomar i urbana områden. Fler besvär var vanligare bland ungdomar med utländsk bakgrund. Ekonomiska svårigheter i familjen visade samband med huvudvärk, sömnbesvär och ont i magen, dock inte social klass eller arbetslösa föräldrar.

**Litteraturstudien är genomförd av** Ann-Charlotte Mårdby, apotekare och forskare, och Gunilla Krantz, allmänläkare och docent i folkhälsovetenskap, båda vid enheten för socialmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet på uppdrag av Folkhälsokommittén, Västra Götalandsregionen.

**Elektronisk kopia finns på:**

[www.vgregion.se/folkhalsa](http://www.vgregion.se/folkhalsa)

[www.socmed.gu.se](http://www.socmed.gu.se)



GÖTEBORGS UNIVERSITET



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN  
FOLKHÄLSOKOMMITTÉN