

Ungdomars hälsa

Sammanfattning

I detta kapitel beskrivs folkhälsans utveckling i åldersgruppen 16–24 år, en ålder då unga människor befinner sig i brytningstiden mellan barndom och vuxenliv. I kapitlet beskrivs både skolungdomar i gymnasieåldern och ungdomar som gått vidare till studier eller arbete.

Liksom för den övriga befolkningen har efterkrigstidens välfärdsutveckling inneburit bättre hälsa för de unga. Sedan 1990-talet har ungdomsgenerationen däremot haft en sämre hälsoutveckling än övriga åldersgrupper, framför allt när det gäller den psykiska hälsan.

Sedan mätningarna började i slutet av 1980-talet har andelen ungdomar i åldern 16–24 år som upplever ängslan, oro eller ångest ökat, och den fortsätter alltjämt att öka. Åren 1988–1989 uppgav 9 procent av kvinnorna och 4 procent av männen att de hade besvär av ängslan, oro eller ångest. Åren 2004–2005 hade andelen ökat till 30 procent bland kvinnor och 14 procent bland män.

Ökningen gäller inte bara självrapporterade besvär som ängslan, oro och ångest, utan det har också blivit vanligare att ungdomar vårdas på sjukhus för depression och för ångesttillstånd. Andelen 20–24-åringar som vårdats för depression dubblerades mellan 1997 och 2007, bland både kvinnor och män, och i åldern 16–19 år är det nu fyra gånger så vanligt med sådan vård. Andelen ungdomar som gör självmordsförsök ökar också kraftigt. Bland kvinnor har ökningen skett sedan början av 1990-talet och bland män sedan slutet av 1990-talet. Självmordsförsök bland ungdomar är tre gånger så vanligt bland kvinnor som bland män.

Olyckor och självmord är de vanligaste dödsorsakerna bland ungdomar. Omkring en fjärdedel av alla kvinnor och män som dog i åldern 16–24 år begick självmord och 27 procent av kvinnorna och 40 procent av männen dog i olyckor. Självmord bland ungdomar var vanligare på 1970-talet än på 1990-talet. Antalet självmord har under de senaste tio åren minskat i flera åldersgrupper men inte bland ungdomar. Tendensen är snarare att självmorden möjligen ökar något i denna åldersgrupp. Självmord är dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. Trots att självmord är en vanlig dödsorsak i åldersgruppen 16–24 år är andelen som begår självmord lägre än i högre åldrar. Det är dock

svårt att bedöma utvecklingen av självmord bland ungdomar eftersom det gäller ett förhållandevis litet antal och det finns ganska stora ”slumpmässiga” variationer från ett år till ett annat.

Alkoholkonsumtionen bland 15–16-åriga flickor och pojkar ökade enligt självrapporterade uppgifter under andra halvan av 1990-talet, men den har minskat under de senaste åren. Äldre ungdomars alkoholkonsumtion förefaller däremot fortsätta att öka in på 2000-talet, men här räcker inte kunskapsunderlaget för att utvecklingen ska kunna bedömas. Fler ungdomar vårdas på sjukhus för alkoholförgiftning i dag jämfört med början av 1990-talet. Vård av den anledningen har ökat mer bland kvinnor än bland män, och är i dag lika vanlig för båda könen. Bland män har även dödsfallen som orsakats av alkohol ökat under 2000-talet, men inte bland kvinnor.

Sjukhusvård till följd av narkotikamissbruk ökade bland både kvinnor och män från början av 1990-talet fram till början av 2000-talet, men ökar inte längre. Dödsfall till följd av narkotikamissbruk visar samma utveckling, dvs. ökade också kraftigt under 1990-talet, främst bland män, och har minskat under 2000-talet. Betydligt fler män än kvinnor vårdas eller dör på grund av narkotikamissbruk.

Sammantaget har ökningen av dödsolyckor och dödsfall orsakade av alkohol- och narkotikamissbruk, samt något fler självmord, lett till att dödligheten bland män 16–24 år har ökat något sedan mitten av 1990-talet. Det är dock ovanligt att dö under ungdomsåren, och i genomsnitt dör årligen omkring 120 kvinnor och 300 män i åldern 16–24 år.

Betydligt fler kvinnor än män upplever sig ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Skillnaderna är störst bland yngre ungdomar i åldern 16–19 år, där 29 procent av kvinnorna och 7 procent bland

männen uppgav besvär av ängslan, oro eller ångest åren 2004–2005.

Nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i samtliga ungdomsgrupper oavsett familjeförhållanden, födelseland, arbetsmarknadsstatus, föräldrarnas socioekonomi med mera. Ökningen är däremot olika stor och graden av besvär skiljer sig åt.

Bland 16–19-åringarna är ängslan, oro eller ångest vanligast bland dem som varken studerar eller arbetar, men det är en förhållandevis liten grupp. De allra flesta studerar, och det är tredubblingen av besvär bland studerande tonårsflickor som framför allt står för ökningen i åldersgruppen under de senaste tjugo åren.

I åldern 20–24 år har oro, ängslan och ångest ökat mest och är vanligast bland studerande kvinnor, men även betydligt fler studerande män lider av dessa besvär. De 20–24-åriga kvinnor och män som huvudsakligen yrkesarbetar har mindre besvär än studerande.

Det är oklart varför psykiska besvär har blivit vanligare bland ungdomar, men ungdomars livsvillkor har förändrats betydligt vilket skulle kunna vara en förklaring till hur de upplever sin psykiska hälsa. 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 att studenter har fått sämre arbetsförhållanden. 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. Det är dock oklart hur dessa förändringar påverkar den psykiska hälsan. Det är också oklart varför könsskillnaderna är så stora och varför de är större i åldern 16–19 år än i 20–24-årsåldern.

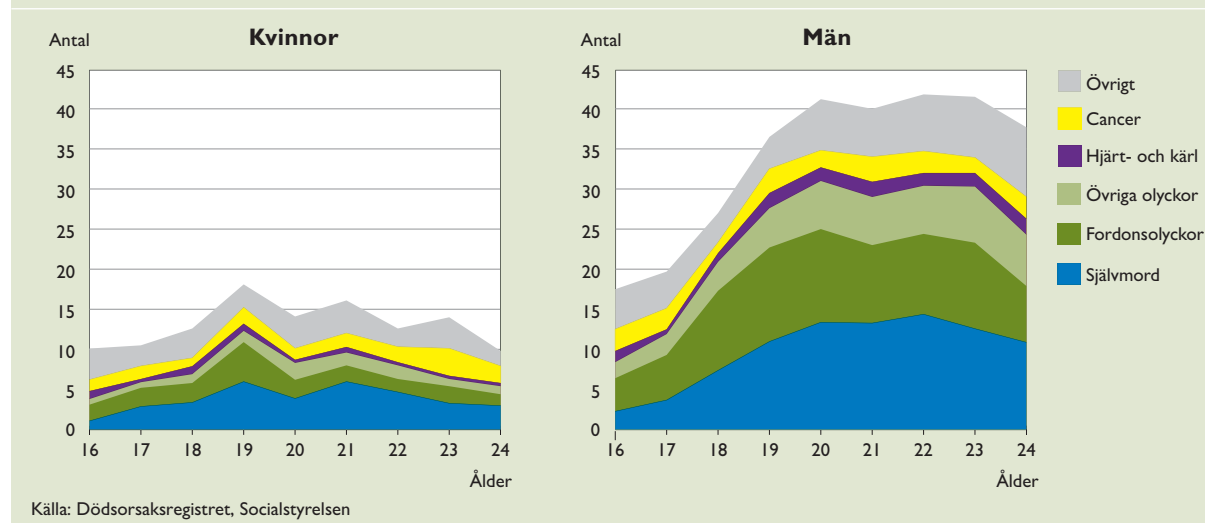
Dödsorsaker bland unga

I åldersgruppen 16–24 år dör ungefär 120 kvinnor och 300 män varje år. Figur 1 illustrerar hur antalet avlidna förändras med stigande ålder i det aktuella åldersspannet. Antalet män som dör ökar kraftigt mellan 16 och 20 års ålder. Bland kvinnor finns ingen sådan tydlig ökning, men däremot en topp vid 19 års ålder till följd av fordonsolyckor. I 20-årsåldern är det närmare tre gånger så många män som kvinnor som dör. Betydligt fler unga män än kvinnor dör i självmord, fordonsolyckor och övriga olyckor samt på grund av alkohol- och narkotikamissbruk. Alkohol är också en viktig bidragande faktor till dödsfall i olyckor och självmord [1].

Dödsfall som inträffar i åldrarna 16–24 år beror huvudsakligen på skador, varav ungefär hälften orsakas av olyckor och hälften av självmord. Under 2000–2006 dog i genomsnitt varje år 34 kvinnor och 89 män i självmord (inklusive oklara fall), 20 kvinnor och 78 män i fordonsolyckor och 10 kvinnor och 44 män i övriga olyckor (exklusive tsunamikatastrofen i Sydostasien). Julen 2004 inträffade tsunamikatastrofen i Thailand, där många svenskar vistades, och 40 ungdomar mellan 16 och 24 år från Sverige avled. Under perioden 2000–2006 dog också i genomsnitt 13 kvinnor och 63 män om året i alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser. Vidare dog i genomsnitt 5 kvinnor och 8 män om året på grund av våld eller andra övergrepp från en annan person. 17 kvinnor och 23 män dog årligen i cancer.

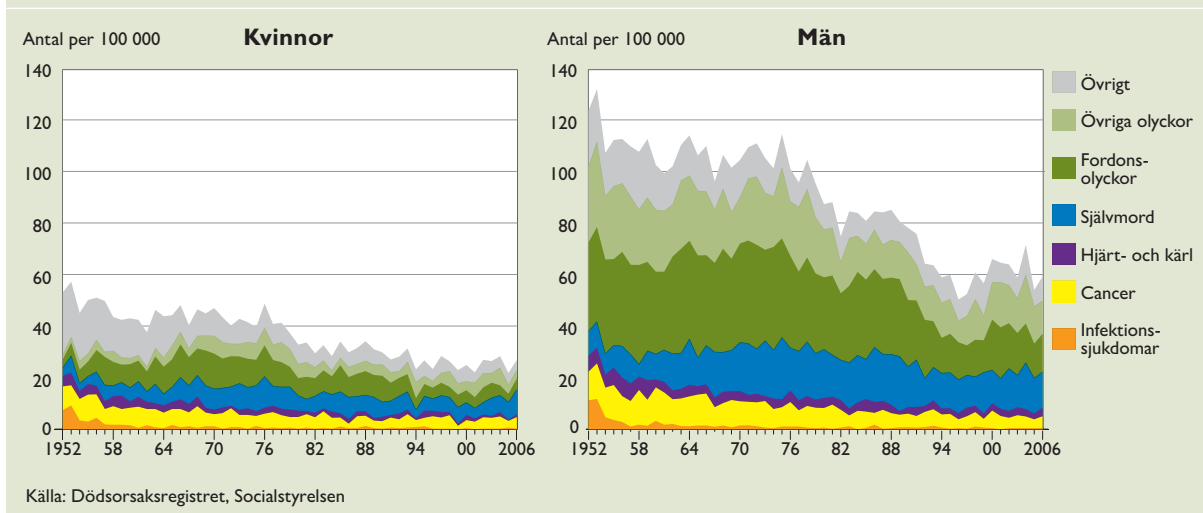
Figur 1. Åldersmönster för dödsorsaker bland unga

Antal döda efter dödsorsak och ålder. Genomsnitt för åren 2000–06. Kvinnor och män 16–24 år.



Figur 2. Dödlighetsutveckling bland unga efter dödsorsak

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 16–24 år, perioden 1952–2006.



Dödligheten ökar nu bland unga män

Jämfört med 1950-talet har dödligheten i det närmaste halverats för både kvinnor och män i åldern 16–24 år (figur 2). Dödligheten var emellertid i stort sätt oförändrad från mitten av 1950-talet till slutet av 1970-talet, bland både kvinnor och män. Under denna period minskade andelen som dog i infektionssjukdomar men i gengäld ökade andelen som begick självmord, och olycksfallsdödligheten var i stort sett oförändrad bland män medan den ökade bland kvinnor. Sedan mitten av 1970-talet fram till mitten av 1990-talet sjönk dock dödligheten markant, framförallt till följd av att antalet fordonsolyckor minskade kraftigt.

Sedan mitten av 1990-talet har dödligheten bland unga män ökat något. Under åren 2005–2006 dog fler till följd av olyckor, alkohol- och narkotika samt självmord jämfört med åren 1997–1998.

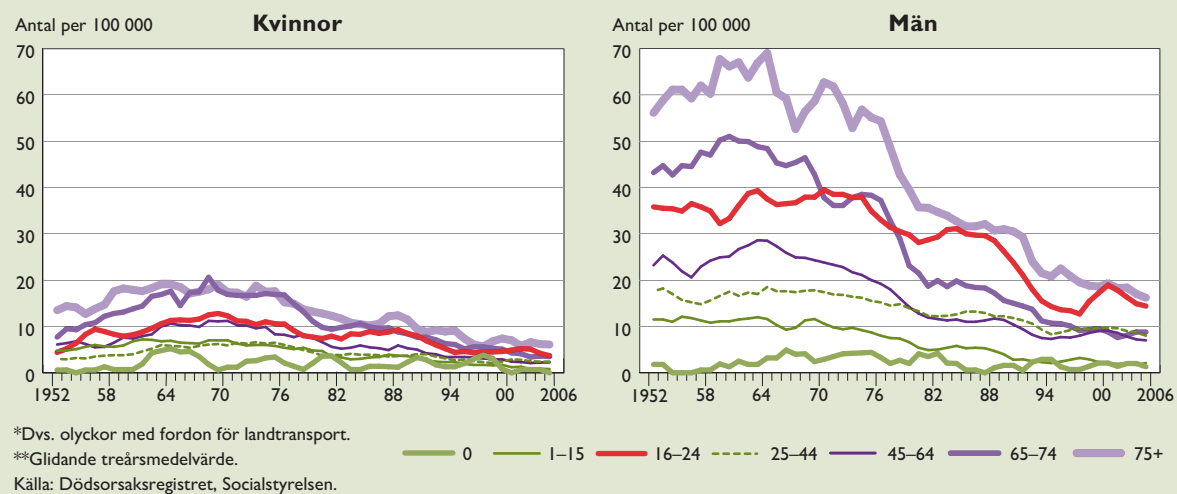
Olyckor

Fordonsolyckor med dödlig utgång är numera vanligare bland ungdomar i åldern 16–24 år än i någon annan åldersgrupp, med undantag för de allra äldsta, 75 år och äldre (figur 3). Dödsfall i fordonsolyckor ökade fram till början av 1970-talet men har sedan minskat i alla åldersgrupper både bland kvinnor och män. Under slutet av 1990-talet ökade dock dödsfallen i fordonsolyckor bland 16–24-åringar, särskilt bland män, men de senaste åren har utvecklingen återigen vänt nedåt.

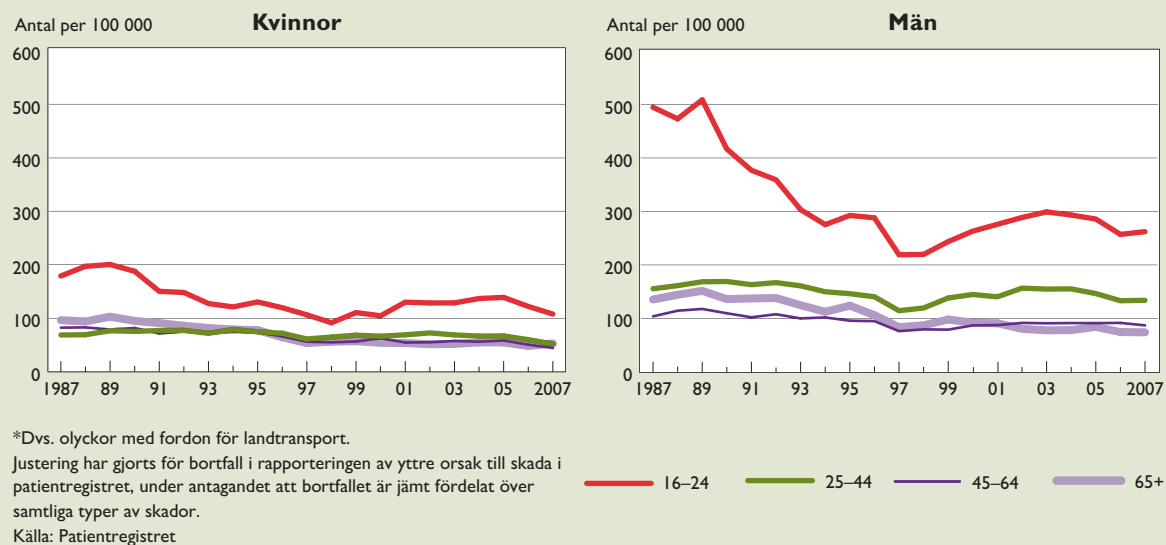
Sedan mitten av 1990-talet är det allt fler unga män som vårdas på sjukhus för fordonsolyckor (figur 4). De allra senaste åren har utvecklingen vänt, men antalet ligger fortfarande lite högre än åren 1997–1998. Mäns högre risk för att råka ut för fordonsolyckor syns tydligt även i patientstatistiken.

Figur 3. Dödlighet i fordonsolyckor

Antal döda per 100 000 invånare i fordonsolyckor*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, perioden 1952–2006**


Figur 4. Sjukhusvårdade till följd av fordonsolyckor

Antal personer per 100 000 invånare som årligen vårdats på sjukhus till följd av fordonsolyckor*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, åren 1987–2007.



I mer än var tredje dödsolycka bland unga män har alkohol bidragit till olyckan, men bara i drygt var tionde bland unga kvinnor [2]. Män 20–24 år är dessutom den grupp som i högst utsträckning dricker sig berusade (se vidare kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol och narkotikamissbruk). Unga förarens olyckor beror också på bristande erfarenhet. Framförallt är unga män överrepresenterade vid singelolyckor, olyckor med höga farter och olyckor där föraren har förlorat kontrollen över bilen [3]. De flesta olyckor där ungdomar är inblandade inträffar under helger, på kvällen eller under natten.

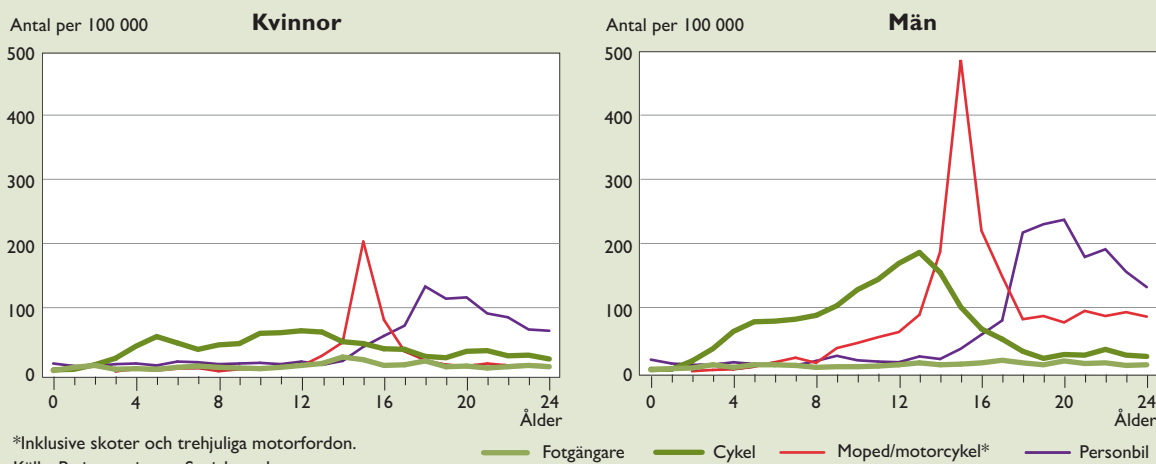
Orsaken till skador i trafiken förändras med stigande ålder (figur 5). I lägre åldrar är cykelolyckor vanligast men i 15–16-årsåldern ses en kraftig topp när det gäller andelen som får vård på grund av mopedolyckor. Efter tonåren dominerar olyckor i personbilar.

Mopedolyckorna har ökat bland 15–16-åringarna under den senaste tioårsperioden, inget annat trafikslag visar någon motsvarande ökning. Bakom den här utvecklingen ligger en kraftig ökning av antalet mopeder i trafiken, och då särskilt av klass 1-mopederna (EU-mopederna) [4]. Antalet ungdomar som skadades i personbilsolyckor ökade också fram till år 2004 men har därefter minskat.

Ungdomar som bor på en mindre ort löper flera gånger högre risk att dö i en personbilsolycka jämfört med ungdomar som bor i någon av de tre storstadsregionerna Stockholm, Göteborg eller Malmö (figur 6). Ungdomar i mellanstora städer löper också större risk än storstadsungdomarna, men lägre risk än ungdomar i glesbygd och mindre tätorter. Det beror till stor del på att hastigheterna på vägarna är högre i mindre tätbefolkade områden.

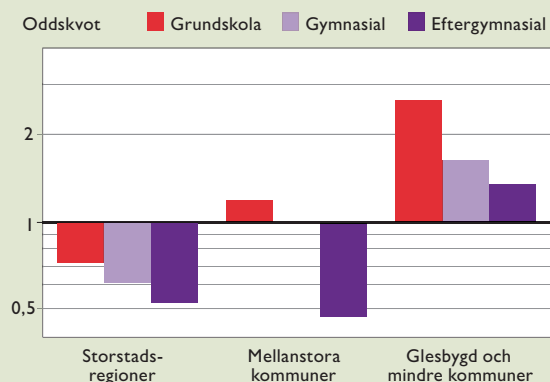
Figur 5. Åldersmönster för sjukhusvård till följd av fordonsolyckor

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats på sjukhus till följd av olika fordonsolyckor. Kvinnor och män 0–24 år. Genomsnitt för åren 2005–2007.



Figur 6. Dödsolyckor med personbil efter kommun och moderns utbildning

Risken, i relation till jämförelsegruppen, för dödsfall i personbilsolyckor bland ungdomar i åldern 15–24 år efter typ av folkbokföringskommun* och moderns högsta utbildningsnivå åren 2002–2005. Observera logaritmisk skala på y-axeln.



Jämförelsegrupp (oddskvot=1) är ungdomar i mellanstora kommuner, vars mödrar har en gymnasieutbildning. En oddskvot på 0,5 för en viss grupp betyder att risken att dö i en personbilsolycka är ungefär hälften så stor som risken i jämförelsegruppen, och en oddskvot på 2 för en annan grupp betyder att risken är ungefär dubbelt så stor. Justerat för ålder och kön.

*Storstadsregioner innefattar storstäder och förortskommuner.

Mellanstora kommuner innefattar större städer, pendlingskommuner och kommuner med mer än 25 000 invånare. Glesbygdskommuner och mindre kommuner innefattar övriga kommuner.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och LOUISE-databasen, SCB.

Figuren visar också att föräldrarnas utbildningsnivå har betydelse: ju lägre utbildningsnivå mamman har, desto högre är risken för en dödlig personbilsolycka (figur 6). De sociala skillnaderna är större på mindre orter än i storstäder. Det beror sannolikt på att de förorter i storstäderna där utbildningsnivån är som lägst i regel har den bästa trafikplaneringen, exempelvis 1970-talets miljöprogramsområden.

Faktaruta I

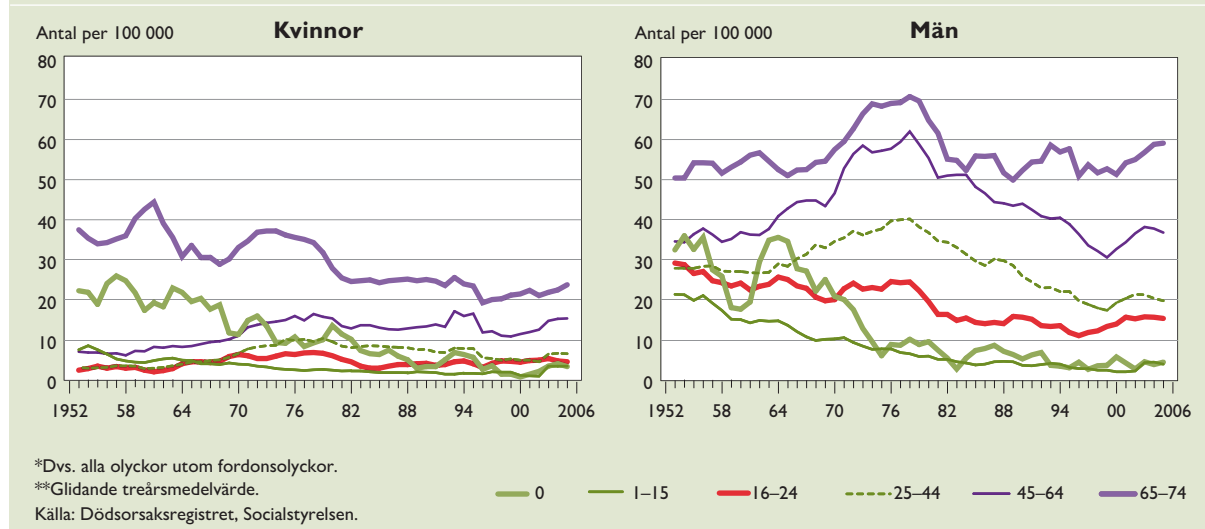
Kommungrupperna enligt Svenska Kommunförbundet (2005)

Indelningen har gjorts av Svenska Kommunförbundet efter vissa strukturella egenskaper hos kommunerna (bl.a. befolkningsstorlek, nattbefolkningens (16–64 år) pendlingsmönster och näringslivsstruktur):

- 1. Storstäder** Kommun med en folkmängd som överstiger 200 000 invånare.
- 2. Förortskommuner** Kommun där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet skall vara någon av storstäderna.
- 3. Större städer** Kommun med 50 000–200 000 invånare samt en tätortsgrad överstigande 70 procent.
- 4. Pendlingskommuner** Kommun där mer än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun.
- 5. Glesbygdskommuner** Kommun med mindre än 7 invånare per kvadratkilometer och mindre än 20 000 invånare.
- 6. Varuproducerande kommuner** Kommun med mer än 40 procent av nattbefolkningen mellan 16 och 64 år, anställda inom varutillverkning och industriell verksamhet. (SNI92)
- 7. Övriga kommuner, över 25 000 inv.** Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har mer än 25 000 invånare.
- 8. Övriga kommuner, 12 500–25 000 inv.** Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har 12 500–25 000 invånare.
- 9. Övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.** Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har mindre än 12 500 invånare.

Figur 7. Dödlighet i övriga olyckor

Antal döda per 100 000 invånare i övriga olyckor*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, 1952–2006**.



Dödsfall till följd av andra olyckor än med fordon är vanligare med stigande ålder (figur 7). Dessa olyckor har minskat från slutet av 1970-talet, med undantag för kvinnor i åldern 45–64 år. Bland män i åldern 16–24 år har förutom fordonsolyckor även övriga olyckor ökat. Även bland män i andra åldersgrupper har dödsfallen i övriga olyckor ökat sedan slutet av 1990-talet.

Våld

I ULF-undersökningen för åren 2004–2005 uppgav 12 procent av kvinnorna och 17 procent av männen i åldern 16–24 år att de hade utsatts för våld eller hot det senaste året, vilket är mer än i andra åldersgrupper. Omkring 4 procent av kvinnorna och 10 procent av männen uppgav att de varit utsatta för så pass allvarligt våld att det

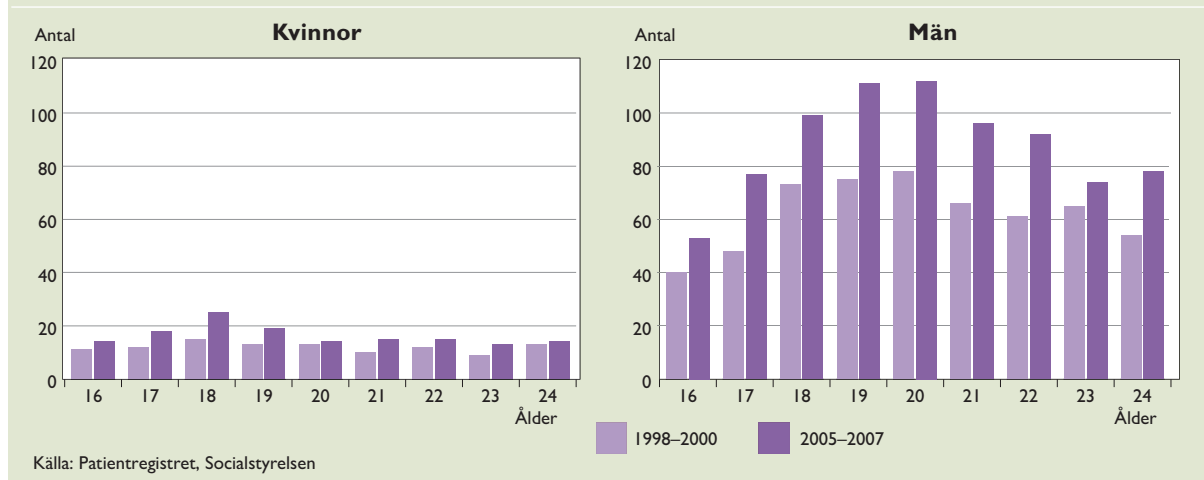
ledde till kroppsskada. Andelen ungdomar som utsatts för våld ökade från början av 1980-talet fram till mitten av 1990-talet, och har därefter minskat bland män och avstannat bland kvinnor (se figur 12 i kapitlet Våld).

Det är vanligare att kvinnor avstår från att gå ut på kvällen på grund av att man är orolig för att blir överfallen, rånad eller ofredad på något annat sätt. Åren 2004–2005 uppgav ungefär 9 procent av de unga kvinnorna och 1 procent av männen att de av det skälet hade avstått från att gå ut på kvällen under det senaste året.

Kvinnor och män drabbas generellt sett av olika typer av våld, vilket diskuteras vidare i kapitlet om Våld. Unga män (16–24 år) råkar ut för gatuvåld tre gånger så ofta som unga kvinnor, medan unga kvinnor dubbelt så ofta som unga män utsätts för våld i bostaden.

Figur 8. Vårdade ineliggande på sjukhus till följd av övergrepp

Antal personer som vårdats på sjukhus till följd av övergrepp tillfogat av annan person. Kvinnor och män 16–24 år, genomsnitt för åren 1998–2000 och för 2005–2007.



Under perioden 2005–2007 vårdades årligen i genomsnitt 150 kvinnor och 800 män i åldern 16–24 år på sjukhus till följd av våld. Antalet vårdade är högst i 20-årsåldern (figur 8). Det verkar ha blivit något vanligare att ungdomar drabbas av grovt våld eftersom våld som leder till sjukhusvård har ökat mellan 1998–2000 och 2005–2007 (figur 8). Sjukhusvård på grund av våld är vanligare bland ungdomar än i övriga åldersgrupper, men dödsfall till följd av våld är däremot vanligare i medelåldern.

Cancer bland unga

Cancer är ungefär lika vanligt bland kvinnor som bland män i åldern 16–24 år och varken insjuknandet eller dödligheten har förändrats nämnvärt sedan 1980-talet. Omkring 260 ungdomar insjuknar i cancer varje år och omkring 40 dör (tabell 1). De vanligaste cancerformerna bland unga kvinnor är Hodgkins lymfom (cancer i lymfsystemet), malignt melanom och hjärntumör. Unga män drabbas främst av testikelcancer, Hodgkins lymfom och hjärntumör. Prognosen för att överleva cancer beror i allmänhet på hur tidigt cancer upptäcks, men nästan alla fall av Hodgkins lymfom och testikelcancer botas helt.

Tabell 1. De vanligaste cancerformerna i åldern 16–24 år

Insjuknade och döda i de vanligaste cancerformerna, beräknat som ett genomsnitt för åren 2002–2006 för insjuknande och 2001–2005 för dödlighet. Kvinnor och män 16–24 år. Antal, antal personer per 100 000 invånare samt procent av samtliga cancerfall och cancerdödsfall.

Kvinnor	Lymfom	Malign hud-tumör, exkl. melanom	Hjärna och ryggmärg	Sköldkörtel	Leukemier	All cancer
Antal						
Cancerdiagnoser	25	18	17	12	7	126
Avlidna i cancer	1	0,2	4	0,2	4	17
Procent av samtliga						
Cancerdiagnoser	20	14	14	10	6	100
Avlidna i cancer	7	1	23	1	21	100
Antal per 100 000						
Cancerdiagnoser	5	4	4	3	2	27
Avlidna i cancer	0,3	0,0	1	0,0	1	4
Män	Testikel	Lymfom	Hjärna och ryggmärg	Leukemier	Malign hud-tumör, exkl. melanom	All cancer
Antal						
Cancerdiagnoser	39	23	15	10	7	134
Avlidna i cancer	0,4	2	4	5	1	20
Procent av samtliga						
Cancerdiagnoser	29	17	11	8	5	100
Avlidna i cancer	2	11	19	26	4	100
Antal per 100 000						
Cancerdiagnoser	8	5	3	2	1	27
Avlidna i cancer	0,1	0,5	1	1	0,2	4

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

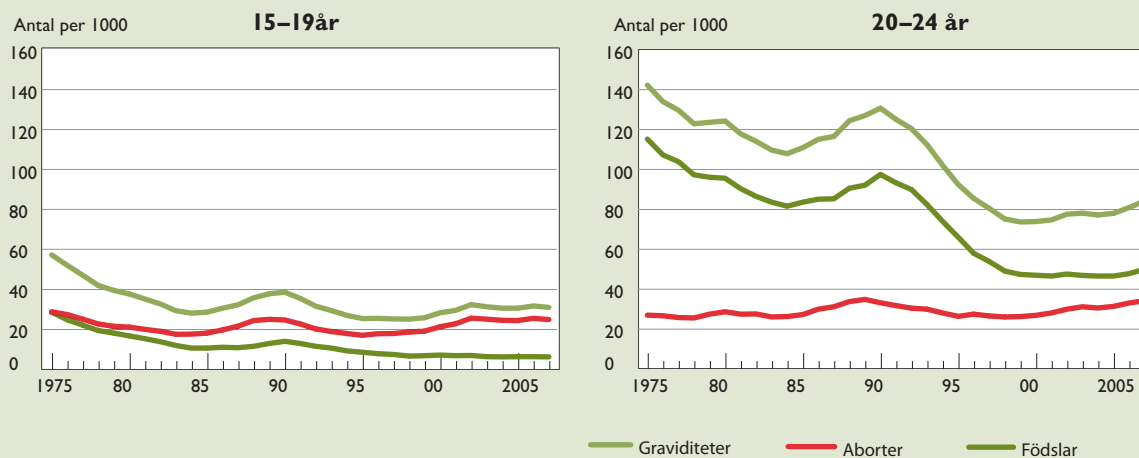
Sexuell och reproduktiv hälsa bland unga

Ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa beskrivs mer utförligt i kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa och nedan presenteras endast några av huvuddragen. Ungdomar har fått en mer liberal attityd till tillfälliga sexuella kontakter. Det är vanligare att man har samlag första kvällen med en ny bekantskap och det är också vanligare att

inte använda kondom, trots att de flesta unga vet att kondom ger ett gott skydd mot könssjukdomar och graviditet. Klamydia har ökat kraftigt sedan mitten av 1990-talet i åldrarna 15–19 år och 20–24 år, både bland kvinnor och män (figur 1, Sexuell och reproduktiv hälsa). Graviditeter och aborter ökade också (figur 9). Under de allra senaste åren har ökningen dock avstannat när det gäller aborter och andelen 15–19-åringar som blir gravida, medan klamydia fortsätter att öka.

Figur 9. Gravitetstal, aborttal och födelsetal

Antal graviditeter, aborter och födselar per 1 000 kvinnor i ålder 15–19 år respektive 20–24 år, perioden 1975–2007.



Det är ovanligt att tonåriga kvinnor föder barn. År 2007 föddes omkring 6 barn per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år, och födelsetalet har legat på samma nivå de senaste fem åren efter att tidigare ha minskat under många år. Andelen som väljer att avsluta sin graviditet med en abort har ökat kontinuerligt sedan 1995, både i åldersgruppen 15–19 år och 20–24 år. 85 procent av alla gravida 15–19-åringar och 44 procent av alla gravida 20–24-åringar valde abort år 2007. Kvinnor skjuter upp sitt barnafödande och medelåldern vid första barnets födelse var 28,6 år 2007 mot 24,4 år 1975. Under samma period steg också mäns medelålder vid första barnets födelse, från 27,0 till 31,1 år. Sedan år 2004 ökar varken mödrars eller fäders ålder vid första barnets födelse och det finns till och med en tendens till att fler kvinnor i åldern 20–24 år föder barn. År 2007 föddes 50 barn per 1 000 kvinnor i åldern 20–24 år.

Självrapporterade hälsoproblem har ökat

Nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit vanligare bland unga (figur 10). Mellan åren 1988–1989 och 2004–2005 tredubblades andelen ungdomar som uppgav att de under de senaste två veckorna besvärats av ängslan, oro eller ångest, bland både kvinnor och män. Likaså tredubblades andelen som uppgav att de haft sömnbesvär under de senaste två veckorna. Ständig trötthet, det vill säga att vara trött morgon, middag och kväll, ökade också. Under de första fem åren på 2000-talet avtog dock ökningen av sömnbesvär och ständig trötthet, till skillnad mot känslor av ängslan, oro och ångest som fortsatte att öka.

Det är också fler som besväras av värk i nacke och skuldror. I dag är det betydligt vanligare bland både kvinnor och män att ha värk i nacke och skuldror jämfört med i början av 1980-talet. 40 procent av kvinnorna i åldern 16–24 år uppger att de har sådan värk, varav en knapp fjärdedel anger att värken är svår. Vidare har en tredjedel av kvinnorna värk i ländryggen, liksom en fjärdedel av alla män. Värk i ländryggen har dock inte ökat nämnvärt sedan 1980-talet, men den typen av värk har heller inte ett lika starkt samband med stress som värk i nacke och skuldror (se kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär). Både värk och nedsatt psykiskt välbefinnande är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män.

De allra flesta i åldersgruppen 16–24 år uppfattar sitt hälsotillstånd som gott eller mycket gott, men 14 procent av kvinnorna och 10 procent av männen ansåg inte att de hade god hälsa åren 2004–2005. I figur 10 visas andelen ungdomar som inte uppger ett gott allmänt hälsotillstånd mellan 1988 och 2005 i SCB:s ULF-undersökningar. Under en period i början av 1990-talet ökade denna andel. Därefter har den varit ganska oförändrad bland de unga kvinnorna, medan de unga männen skattar sitt hälsotillstånd som något bättre än tidigare.

År 2004–2005 uppger närmare 30 procent

av både kvinnorna och männen i åldersgruppen 16–24 år att de hade en långvarig sjukdom. Denna andel har ökat något över tiden, liksom i de övriga åldersgrupperna. Bland ungdomar rör det sig dock ofta om mindre allvarliga tillstånd som inte påverkar förmågan att klara sig själv eller arbeta, men omkring 14 procent av kvinnorna och 9 procent av männen uppger att deras arbetsförmåga åtminstone i någon mån var nedsatt på grund av sjukdom. Drygt 3 procent av såväl kvinnor som män uppger en i hög grad nedsatt arbetsförmåga, och 1,5 procent av kvinnorna och 0,5 procent av männen uppger en nedsatt rörelseförmåga.

Psykisk ohälsa

Utöver SCB:s ULF-undersökningar finns flera andra intervju- och enkätundersökningar som visar att ett nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit vanligare bland ungdomar sedan början av 1990-talet. I figur 11 visas en sammanställning av resultaten från flera studier, vissa med ett riksrepresentativt urval och andra med ett regionrepresentativt. Sammantaget tyder dessa studier på att självrapporterade psykiska besvär har blivit vanligare bland ungdomar sedan 1990-talet och att betydligt fler kvinnor än män har ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

Figur 10. Självrapporterade besvär

Andel ungdomar (procent) som uppger att de har olika besvär. Kvinnor och män 16–24 år, perioden 1988–2005*.



*Glidande treårsmedelvärde.

**Sömnpblem samt trötthet avser de senaste två veckorna.

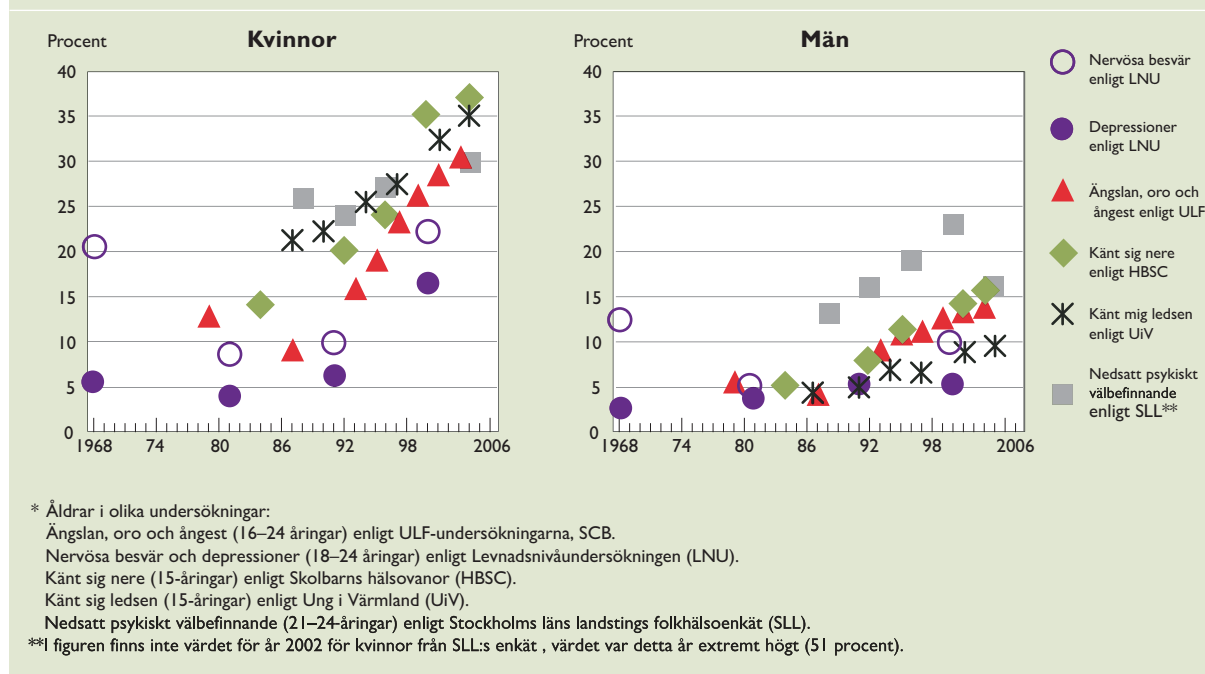
***Frågan lyder: Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd? Är det gott eller mycket gott, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt?

Punkter representerar genomsnitt för åren 1988-89.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Figur II. Psykisk ohälsa bland ungdomar

Andel (procent) ungdomar som uppger psykisk ohälsa i olika undersökningar sedan år 1968. Kvinnor och män i olika åldrar*.



Tabell 2 visar hur vanligt det är att lida av ängslan, oro eller ångest bland ungdomar med olika bakgrund. Ungdomar som bor med sina föräldrar har mindre besvär än de ungdomar som lämnat föräldrahemmet och bor ensamma. Denna skillnad är tydligare bland unga män än bland unga kvinnor. Kvinnor som bor i glesbygd har betydligt mindre besvär än kvinnor i storstäder. Bland män är förhållandet det motsatta; män i glesbygd har mer besvär, men skillnaderna är mindre bland män. Om föräldrarna är arbetare eller tjänstemän verkar bara ha marginell betydelse för dessa besvär.

Kvinnor som studerar, eller både studerar och arbetar, har mer besvär än kvinnor som arbetar eller är arbetsökande. Bland män har i stället ar-

betssökande mer besvär än studerande och arbetande. De som är fast anställda på heltid har mindre besvär än andra anställda.

Försämringen av det psykiska välbefinnandet är inte begränsad till ungdomar från någon särskild social bakgrund, åtminstone inte någon bakgrund som går att urskilja i ULF-undersökningarna. Tabell 2 visar att besvär av ängslan, oro och ångest har ökat bland ungdomar oavsett deras ursprung, familjeförhållanden, socioekonomi, anställningsförhållanden eller arbetsmarknadsstatus, och påverkas inte av om man bor i glesbygd eller i städer. Känslor av ängslan, oro eller ångest har blivit tre gånger så vanligt, både bland gymnasieungdomar och bland unga som nyss påbörjat sitt vuxenliv.

Tabell 2. Ängslan, oro eller ångest i olika befolkningsgrupper

Andel (procent) personer som uppgav lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i olika befolkningsgrupper. Kvinnor och män 16–24 år. Genomsnitt för åren 1988/89 och 2004/05.

Befolkningsgrupp	Kvinnor		Män	
	1988/89	2004/05	1988/89	2004/05
	Procent		Procent	
Ålder				
16–19 år	8	29	2	7
20–24 år	9	32	5	18
Födelseland				
Sverige	9	30	4	13
Annat land	13	32	9	20
Familjetyp				
Bor med en förälder	4	31	6	17
Bor med två föräldrar	9	27	2	7
Ensamstående	10	37	6	22
Sammanboende	9	27	5	19
Föräldrarnas socioekonomiska grupp				
Arbetare	7	30	3	16
Tjänstemän*	10	30	4	13
Kommungrupp**				
Storstad, Förort, Större stad, Pendling	10	32	4	14
Varuproducerande, Övriga 25 000+	9	31	4	10
Glesbygd, Övriga -25 000	4	17	3	18
Arbetsmarknadsstatus				
Arbetsökande	19	27	11	23
Studerande	9	32	3	12
Sysselsatta***	8	26	3	13
Sysselsatta och studerande	10	36	7	14
Övrigt	9	18	10	26
Anställningsförhållande				
Ej anställd	10	31	4	14
Fast anställd heltid	9	14	2	12
Fast anställd deltid	5	34	7	21
Tillfälligt anställd	7	33	6	11
Samtliga 16–24 år	9	30	4	14

* Minst en förälder som är tjänsteman.

** Kommungrupper enligt Svenska Kommunförbundet (se Faktaruta 1).

1+2+3+4: Storstäder, Förortskommuner, Större städer och Pendlingskommuner

6+7: Varuproducerande kommuner och Övriga kommuner, över 25 000 invånare

5+8+9: Glesbygdskommuner och Övriga mindre kommuner

*** Sysselsatta innefattar personer som är anställda, egna företagare eller jordbrukare.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Faktaruta 2

Sysselsatta enligt AKU, Statistiska centralbyrån

Sysselsatta omfattar personer som under en referensvecka utförde något arbete (minst en timme), antingen som avlönade arbetstagare, som egna företagare (inklusive fria yrkesutövare) eller oavlönade medhjälpare i företag tillhörande make/maka eller annan medlem av samma hushåll (=sysselsatta, i arbete). Till sysselsatta räknas även personer som inte utförde något arbete enligt ovan, men som hade anställning, arbete som medhjälpande hushållsmedlem eller egen företagare (inklusive fria yrkesutövare) och var tillfälligt frånvarande under hela referensveckan. Orsak till frånvaron kan vara sjukdom, semester, tjänstledighet, (t.ex. för vård av barn eller studier), värnplikts-tjänstgöring, arbetskonflikt eller ledighet av annan anledning. Frånvaron räknas oavsett om den varit betald eller inte (=sysselsatta, frånvarande från arbetet).

Personer som deltar i vissa arbetsmarknadspolitiska program räknas som sysselsatta. Det kan gälla t.ex. offentligt skyddat arbete, Samhall, start av näringsverksamhet eller anställning med lönebidrag eller anställningsstöd.

Könsskillnaderna i psykisk ohälsa är störst i tonåren

Något fler flickor än pojkar i årskurs 5 uppger att de känner sig nere, känner sig nervösa eller har huvudvärk, men könsskillnaderna är små (se kapitlet Barns hälsa). I årskurs 9 är dessa besvär vanligare än i årskurs 5 för både pojkar och flickor, men ökningen är mycket större bland flickorna. Könsskillnaderna är därför betydligt större i årskurs 9, nästan tre gånger fler flickor än pojkar känner sig nedstämda när de går i årskurs 9.

I åldrarna 16–19 år finns det också en stor könsskillnad när det gäller psykiskt välbefinnande (tabell 2): 29 procent av kvinnorna uppger ängslan, oro eller ångest jämfört med 7 procent av männen. Sådana känslor blir dock vanligare bland männen i åldrarna 20–24 år, när många flyttat hemifrån och börjat studera eller arbeta.

Både bland skolbarn och bland ungdomar verkar det som om andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i takt med åldern. Skolbarn och ungdomar brukar dock vanligtvis inte ingå i samma undersökningar, med samma frågor, och därför går det oftast inte att avgöra om besvaren ökar eller minskar vid övergången från grundskola till gymnasium. Det finns dock en studie från 2004 omfattande nästan 10 000 Stockholmselever i grundskolans årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2, där ett av de övergripande resultaten var att psykisk ohälsa var vanligare bland gymnasieeleverna än bland grundskoleeleverna för bägge könen [5]. Det psykiska välbefinnandet försämrades dock tidigare för flickor och kvinnor än för pojkar och män. Redan i årskurs 9 är andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande hög bland flickor, medan andelen bland män ökar markant först efter gymnasieåren.

Vanligt med fler besvär bland unga med oro och ångest

Oro, ängslan och ångest är ofta förknippade med andra hälsobesvär (tabell 3). Majoriteten av dem som rapporterar oro, ängslan eller ångest anger att de också känner sig nedstämda. Nästan hälften har sömnbesvär och drygt hälften har värk i nack- och skulderregionen. Vidare är det vanligare att de som besväras av ängslan, oro eller ångest också röker och är fysiskt inaktiva, jämfört med unga som inte har dessa besvär. Däremot är förekomsten av övervikt ganska lika.

Tabell 3. Andra hälsoproblem bland personer med oro, ängslan eller ångest

Andel (procent) med andra hälsoproblem hos kvinnor och män i åldersgruppen 16–24 år som har, respektive inte har, besvär av ängslan, oro eller ångest. Genomsnitt åren 2000–2005.

	Kvinnor		Män	
	Lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest		Lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	
	Har	Har inte	Har	Har inte
	Procent		Procent	
De senaste två veckorna:				
Känt sig ledsen eller nere hela eller delar av tiden*	69	24	64	16
Besvär med sömnen	45	18	46	14
Ständig trötthet	28	10	20	6
Återkommande huvudvärk	38	19	18	8
Värk i skuldror, nacke eller axlar	54	35	35	17
Ryggsmärtnor, ryggvärk, höftsmärtnor eller ischias	42	27	34	20
Ingen motion	10	6	15	9
Röker dagligen	22	14	16	10
Övervikt eller fetma (BMI \geq 25)	13	14	23	21

* Genomsnitt åren 2004/05.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

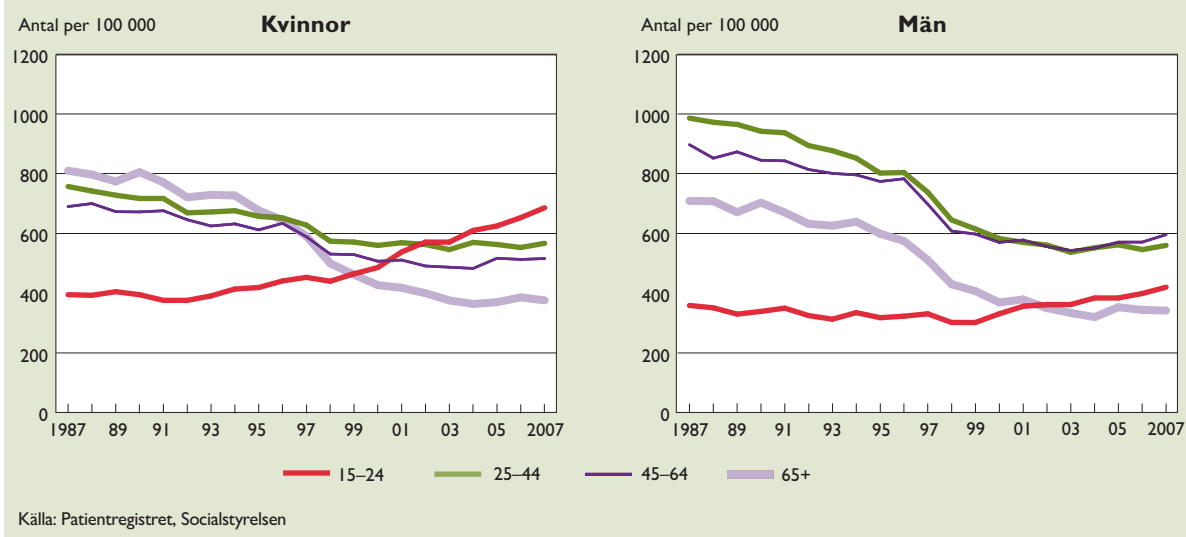
Vanligare att ungdomar vårdas för psykiska sjukdomar

Andelen unga som läggs in för psykiatrisk sjukhusvård har ökat sedan andra halvan av 1990-talet. Figur 12 visar att det bara är i ungdomsgruppen som andelen vårdade ökar, och alltså inte bland de äldre. Särskilt stor har ökningen varit bland kvinnor. I åldersgruppen 15–24 år hade år 2007 cirka 0,7 procent av kvinnorna och 0,4 procent av männen vårdats inom barn- och ungdomspsykiatrisk eller allmänpsykiatrisk slutenvård.

De flesta med någon psykisk sjukdom vårdas dock inte på sjukhus utan inom psykiatrisk öppenvård eller på vanliga vårdcentraler. Den psykiatriska öppenvården har bara rikstäckande statistik för de allra senaste åren, varför det är för tidigt att avläsa några trender. Från Stockholms län finns det dock psykiatrisk öppenvårdsstatistik sedan en längre tid, och den visar att de ungas andel av patienterna har ökat [6].

Figur 12. Psykiatrisk slutenvård

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats inom allmänpsykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, perioden 1987–2007.



Figur 13 visar att det framförallt är vård för depressioner och ångestsyndrom som har blivit vanligare, men även sjukhusvård för psykosjukdomar har ökat något för bägge könen. Sjukhusvård för depressioner och ångesttillstånd är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män.

Självskadebeteende

Självskadebeteende har inte ökat under de senaste 15 åren, men de har heller inte minskat (figur 14) vilket gäller för alla andra åldersgrupper (se figur 2 i kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär). Fortfarande är dock självmord mindre vanligt bland ungdomar än bland äldre. Självskadebeteende är mycket ovanligt före tonåren, men ökar successivt under tonårsperioden för att därefter ligga på i stort sett samma

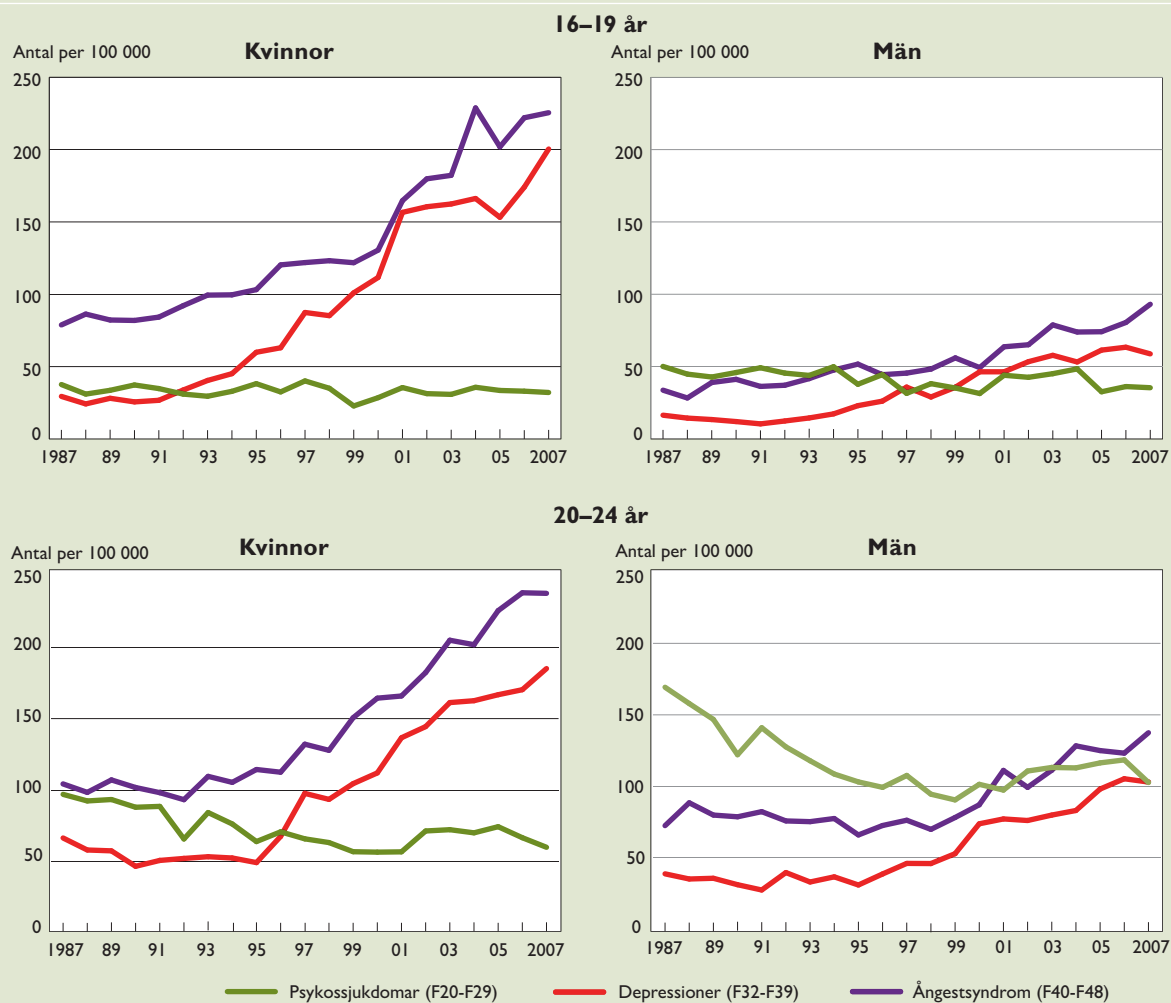
nivå fram till 30-årsåldern (figur 1). Dubbelt så många unga män som kvinnor tar sitt liv.

Självskadebeteende och självmordsförsök är relativt vanliga, och i Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät år 2007 uppgav 20 procent av kvinnorna och 13 procent av männen i åldern 16–29 år att de någon gång i livet haft självmordstankar. 6 procent av kvinnorna och 4 procent av männen hade någon gång försökt att ta sitt liv.

Sjukhusvård på grund av självmordsförsök eller andra självdestruktiva handlingar har ökat kraftigt bland unga kvinnor sedan början av 1990-talet (figur 15). Även bland män ökar självmordsförsöken, men det är ändå tre gånger så många kvinnor som vårdas för självmordsförsök. I åldersgruppen 16–24 år vårdades drygt 350 kvinnor per 100 000 och omkring 160 män per 100 000

Figur 13. Slutenvård bland unga för olika psykiska sjukdomar

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats på sjukhus för olika psykiska sjukdomar*. Kvinnor och män 16–19 år och 20–24 år, perioden 1987–2007.

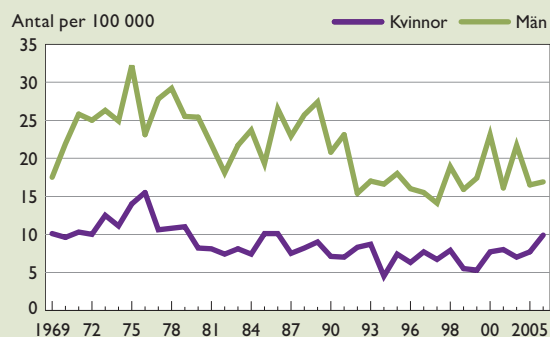


* ICD10-koder inom parentes vid linjeförklaring.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Figur 14. Självmord bland unga

Antal personer per 100 000 i invånare som dött till följd av självmord (inklusive oklara fall). Kvinnor och män 16–24 år, perioden 1969–2006.



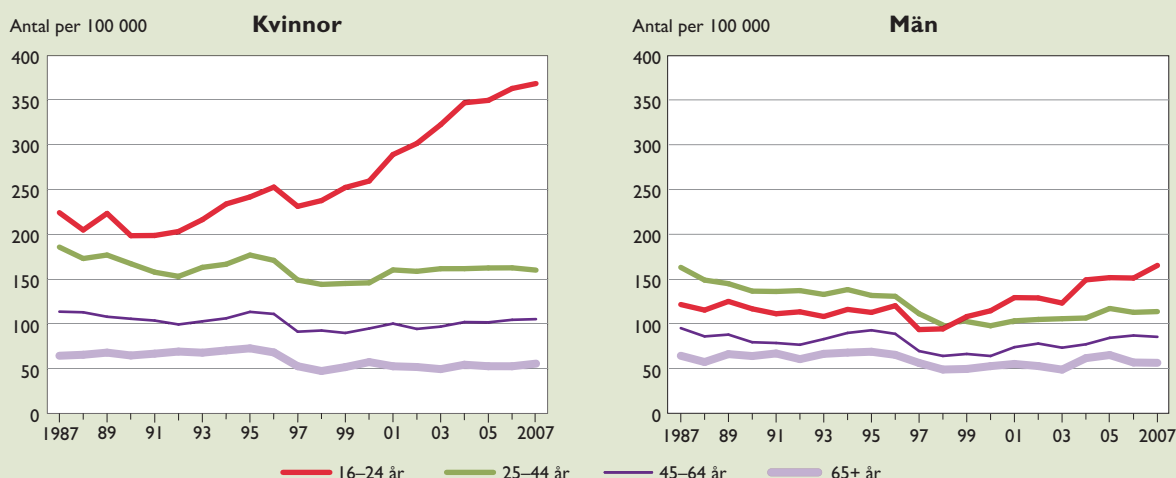
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

åren 2005–2007. Självmordsförsök är mycket vanligare bland unga än bland medelålders och äldre. Ungefär 90 procent av självmordsförsöken bland kvinnor och 80 procent bland män sker genom förgiftning, i allmänhet med läkemedel.

Självmordsförsöken har ökat bland ungdomar. Bland kvinnor födda på 1980-talet är det en betydligt större andel som har vårdats inneliggande på sjukhus för självmordsförsök jämfört med kvinnor födda på 1970-talet (figur 16). Det är framför allt i de sena tonåren som självmordsförsöken varit vanligare bland åttioåringar än sjuttioåringar. Självmordsförsök var vanligast vid 19 års ålder bland kvinnor och vid 22 års ålder bland män, åren 2005–2007.

Figur 15. Självmordsförsök i olika åldrar 1987–2007

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats på sjukhus för självmordsförsök och andra självtillfogade skador (inklusive oklara fall). Kvinnor och män i olika åldrar, perioden 1987–2007.

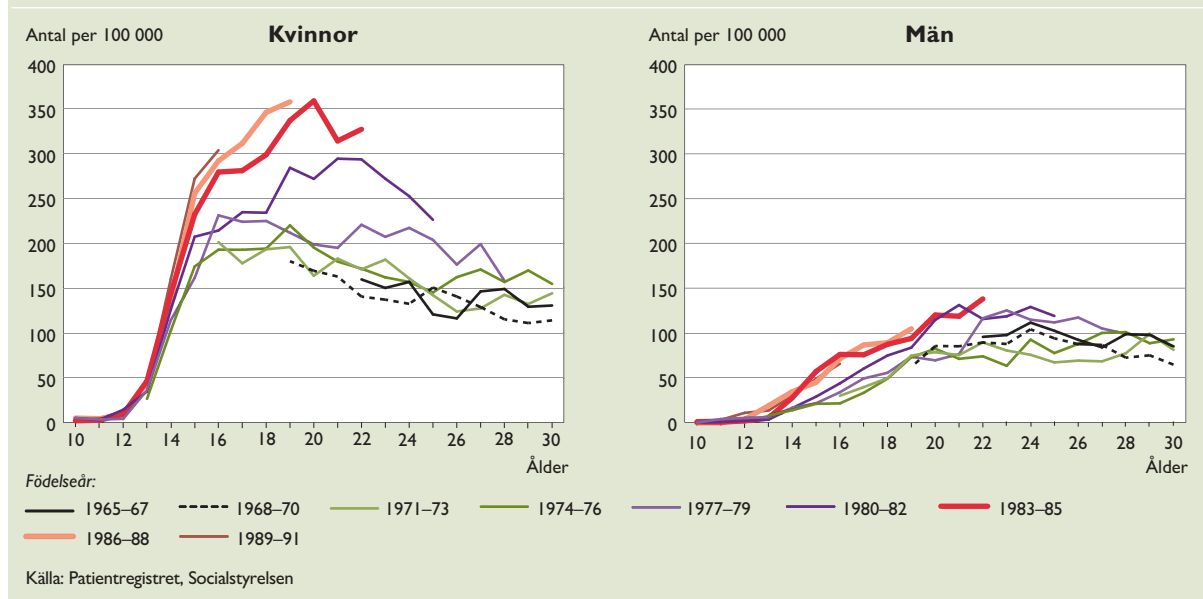


Justering har gjorts för bortfall i rapporteringen av yttre orsak till skada i patientregistret under antagandet att bortfallet är jämt fördelat över samtliga skadediagnoser.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 16. Självordsförsök efter ålder och födelseår

Antal personer per 100 000 invånare som årligen vårdats på sjukhus för självordsförsök, efter ålder och födelseår. Kvinnor och män 10–30 år, perioden 1987–2007.



Livsstil och levnadsvanor

Ungdomen är den period då människors levnadsvanor formas, och dessa vanor kan ha stor betydelse för hälsan under hela livet. För unga kan en livsstil med tillhörande levnadsvanor markera samhörighet med en viss grupp, och livsstilen kan även få en viktig identitetsskapande innebörd [7]. Levnadsvanorna har också betydelse för hur man skapar sin könsidentitet. Människors mat- och motionsvanor formas bland annat av estetiska kroppsideal som ofta skiljer sig åt mellan könen. När det gäller exempelvis tobak och alkohol får vissa varor en sorts könsmärkning. Män väljer exempelvis oftare öl, kvinnor oftare vin, nästan bara män snusar osv. Dessa mönster och ideal är dock föränderliga över tiden och möjliga att påverka.

Ungdomsåren i sig innebär ofta en viss livsstil som för de flesta kommer att modifieras senare i livet. Levnadsvanorna förändras också genom olika faser i livet, som när man flyttar till sitt första egna boende, när man går från studentliv till förvärvsarbete och när man får barn. Exempelvis dricker både kvinnor och män mest alkohol mellan 20 och 24 år, varefter konsumtionen avtar med stigande ålder. Nedan beskrivs utvecklingen för några levnadsvanor som har betydelse för hälsan samt ett avsnitt om kroppsvikt och ätstörningar.

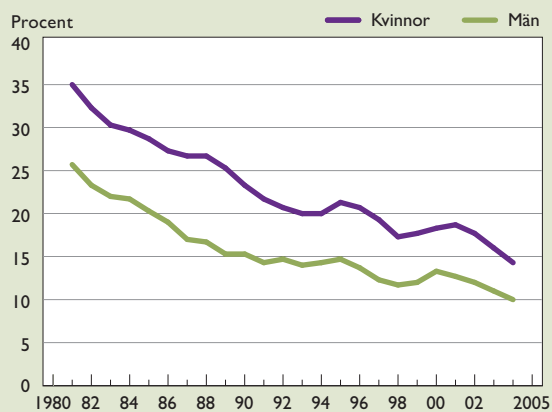
Tobaksvanor

Rökningen har minskat kraftigt bland unga liksom den övriga befolkningen, och har åtminstone sedan 1980-talet varit vanligare bland kvinnor

(figur 17). I början av 1980-talet rökte 35 procent av kvinnorna dagligen och 25 procent av männen i åldern 16–24 år. År 2004–2005 rökte 13 procent av kvinnorna och 9 procent av männen.

Figur 17. Dagligrökare i åldern 16–24 år

Andel (procent) personer som röker dagligen. Kvinnor och män i åldern 16–24 år, perioden 1980–2005*.



*Glidande treårsmedelvärde.

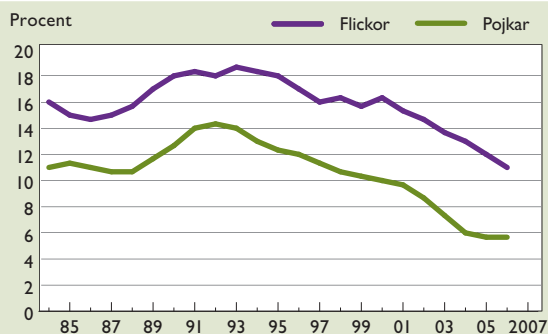
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Även i årskurs nio är det fler flickor än pojkar som röker, och så har det varit allt sedan 1980-talets början (figur 18) enligt de klassrumsundersökningar som har genomförts av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). År 2006 rökte 11 procent av flickorna och 5 procent av pojkarna, mot 18 respektive 14 procent för femton år sedan när andelen rökare var som störst.

År 2006 snusade 13 procent av pojkarna dagligen eller nästan dagligen, liksom 3 procent av flickorna. Andelen som snusar i årskurs 9 nådde sin högsta nivå runt millennieskiftet, och har därefter minskat.

Figur 18. Rökning i nionde klass

Andel (procent) flickor och pojkar som röker dagligen eller nästan dagligen, perioden 1983–2007*.



* Glidande treårsmedelvärde

Källa: Drogutvecklingen i Sverige 2007, CAN [8]

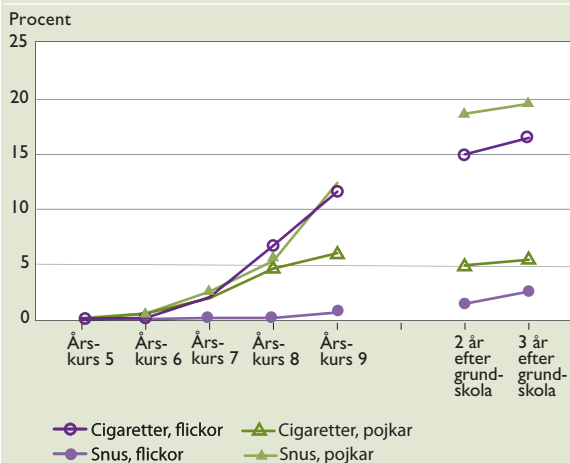
I undersökningen Barns rökning och miljö i Stockholms län (BROMS) följde man en grupp skolelevs tobaksbruk från årskurs 5 till och med tre år efter att de gick ut grundskolan [9]. Denna undersökning visar att det största nytillskottet av rökare kommer de två sista åren i grundskolan (figur 19). Efter årskurs 9 är det inte särskilt många pojkar som börjar röka, men efter grundskolan ökar däremot andelen pojkar som snusar. Andelen flickor som röker fortsätter dock att öka även efter grundskolan. Flickor upp till 18 års ålder exponeras sammantaget för mindre nikotin än vad pojkar gör, men mer för tobaksrök.

Alkohol och narkotika

Alkoholkonsumtionen bland skolbarn i årskurs 9 ökade under andra halvan av 1990-talet. Den högsta nivån uppnåddes år 2005 bland flickor och år 2000 bland pojkar, men därefter har alkoholkonsumtionen minskat (figur 7 i kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk) [8]. Berusningsdrinkande i årskurs 9 följer i prin-

Figur 19. Etablering av tobaksbruk

Andel (procent) flickor och pojkar som rökt eller snusat dagligen. En grupp pojkar och flickor har följts från årskurs 5 i grundskolan till 3 år efter att de gick ut grundskolan. Åren 1998–2005.



Källa: Barns rökning och miljö i Stockholms län (BROMS)

cip samma utveckling, och har också minskat under senare år från att ha ökat under 1990-talet. Pojkar dricker i genomsnitt något mer än flickor och blir också något oftare berusade.

Under de allra senaste åren har även gymnasieungdomars alkoholvanor undersökts. Resultaten visar att kvinnor och män i gymnasiets årskurs 2 dricker mer alkohol än skolungdomar i årskurs 9, och könsskillnaderna är betydligt större i gymnasiet. Undersökningarna i gymnasiet har dock pågått för kort tid för att visa hur alkoholvanorna bland gymnasieungdomar utvecklas.

Sedan 1970-talet har det blivit vanligare att inte dricka någon alkohol alls, och år 2007 rapporterade 28 procent av flickorna i årskurs nio att de inte dricker alkohol, liksom 34 procent av pojkarna. I gymnasiets årskurs 2 är det 10 procent av

flickorna och 12 procent bland pojkarna som inte dricker alkohol.

Alkoholvanorna bland äldre ungdomar är inte lika väl undersökta. Bland annat SIFO och TEMO har gjort undersökningar i gruppen 16–24 år, men tillvägagångssättet har förändrats mellan undersökningarna vilket gör det svårare att bedöma utvecklingen [8]. Det verkar emellertid som om alkoholkonsumtionen bland 16–24-åringarna ökade under 1990-talet liksom i årskurs 9. Däremot ses inte motsvarande minskning i början av 2000-talet som för barnen i årskurs nio.

Män i åldersgruppen 20–24 år dricker störst mängd alkohol jämfört med alla andra åldersgrupper, bland både kvinnor och män. I genomsnitt motsvarade deras konsumtion 14 burkar starköl per vecka. Även bland kvinnor är konsumtionen högst i åldern 20–24 år, motsvarande knappt två flaskor vin per vecka.

Under 1990-talet blev det också vanligare att ha använt narkotika, men användningen har sedan minskat under 2000-talet. År 2007 hade 5 respektive 6 procent av flickorna och pojkarna i årskurs nio prövat narkotika någon gång, och 1 respektive 2 procent hade använt narkotika den senaste månaden. I årskurs två på gymnasiet hade 13 respektive 17 procent av flickorna och pojkarna prövat narkotika.[8]

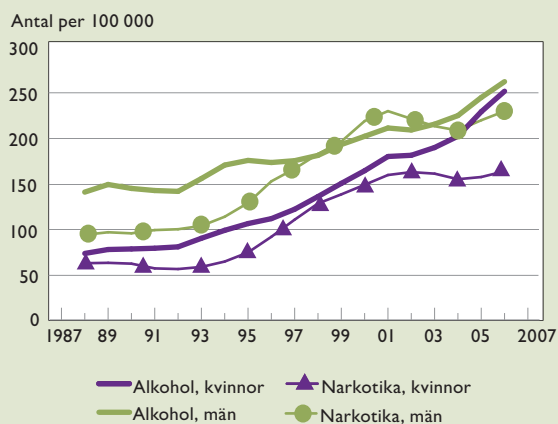
Sjukhusvård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser

Sedan början av 1990-talet är det också fler i gruppen 16–24 år som får sjukhusvård för såväl alkohol- som narkotikarelaterade diagnoser. Vård för narkotikarelaterade diagnoser har dock inte ökat under de allra senaste åren (figur 20). Sjukhusvård för alkoholrelaterade diagnoser var i början av 1990-talet dubbelt så vanligt bland män som bland

kvinnor, men är i dag nästan lika vanligt för båda könen. Fler män än kvinnor vårdas för narkotikarelaterade diagnoser, och där har könsskillnaderna i stället förstärkts. I dag är skillnaden mellan könen betydligt större för narkotikarelaterade diagnoser än vad den är för alkoholrelaterade diagnoser. Alkohol- och drogvanor och dess hälsokonsekvenser beskrivs mer utförligt i kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk.

Figur 20. Sjukhusvårdade med alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser

Antal personer per 100 000 som sjukhusvårdats någon gång under året med alkohol*- och narkotikarelaterade** diagnoser. Kvinnor och män 16–24 år, perioden 1987–2007***.



* Dvs. toxisk effekt av alkohol (ICD10/koden T51) eller psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol (ICD10-koden F10).

** Enligt Socialstyrelsens lista [10].

*** Glidande treårsmedelvärden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

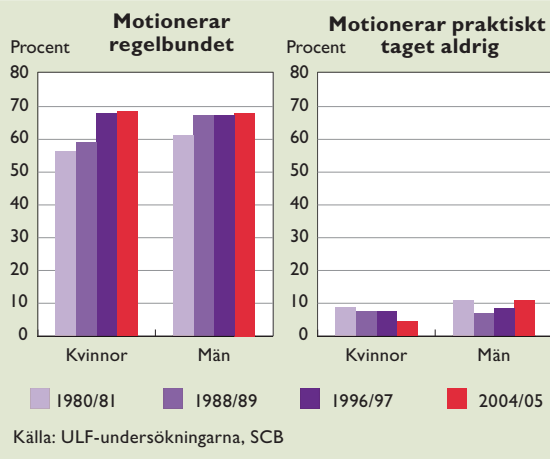
Motion och matvanor

I åldern 16–24 år motionerar två av tre regelbundet och motion är numera lika vanligt bland kvinnor som bland män, till skillnad från hur det

var på 1980-talet när män motionerade mer (figur 21). Andelen som inte motionerar alls har minskat bland kvinnor men inte bland män, och det är fler män än kvinnor som inte motionerar, 11 procent jämfört med 5 procent.

Figur 21. Ungas motionsvanor

Andel (procent) personer som uppgav att de regelbundet motionerar eller att de praktiskt taget inte motionerar alls. Kvinnor och män 16–24 år, åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004/05.



Det är vanligare att pojkar deltar i någon organiserad träning. Enligt Riksidrottsförbundets undersökningar tränar och tävlar drygt hälften av alla ungdomar (13–20 år) i någon idrottsförening [11]. Fotboll och innebandy är vanligast bland pojkar medan fotboll och ridning är vanligast bland flickor. Organiserad träning är vanligare bland ungdomar som bor på landsbygden, bor i villa eller bor med två föräldrar, och runt 80 procent av dem som inte tränar i någon idrottsförening tränar på egen hand. Andelen som tränar organiserat minskar med ökande ålder medan andelen som tränar på egen hand ökar. Slutligen har Riks-

idrottsförbundet noterat en svag ökning av det organiserade idrottsutövande under 2000-talet.

De flesta unga äter lunch så gott som varje dag. Vissa hoppar dock över lunchen flera gånger i veckan, vilket är vanligare bland flickor än bland pojkar. Bland 16–18-åriga flickor är det 14 procent som låter bli att äta lunch flera gånger i veckan jämfört med 7 procent av pojkarna [12]. Det är vanligare att ungdomar med högutbildade mödrar äter skollunch än att ungdomar med lågutbildade mödrar gör det. Också grönsaks- och fruktätande har en social gradient på så sätt att flickor med högutbildade mödrar äter mer grönsaker och frukt än flickor med lågutbildade mödrar.

Ungdomarnas konsumtion av frukt och grönsaker respektive chips, sötsaker och läsk kan ge en indikation på hur hälsosamma deras matvanor är (figur 22). Det är vanligare att äta frukt och grönt i åldern 16–19 år än i åldern 20–24 år bland såväl kvinnor som män, enligt ULF-undersökningarna. Färre män 20–24 år äter choklad och sötsaker

samt dricker läsk jämfört med män i tonåren, men bland kvinnor i åldern 20–24 år är andelen som äter sötsaker lika stor som bland tonåringarna. Sammantaget är det 20 procent av kvinnorna och 40 procent av männen i åldersgruppen 16–24 år som inte äter frukt eller grönsaker dagligen. Män dricker avsevärt mycket mer läsk än kvinnor medan skillnaderna är mindre när det gäller konsumtionen av choklad, sötsaker och chips.

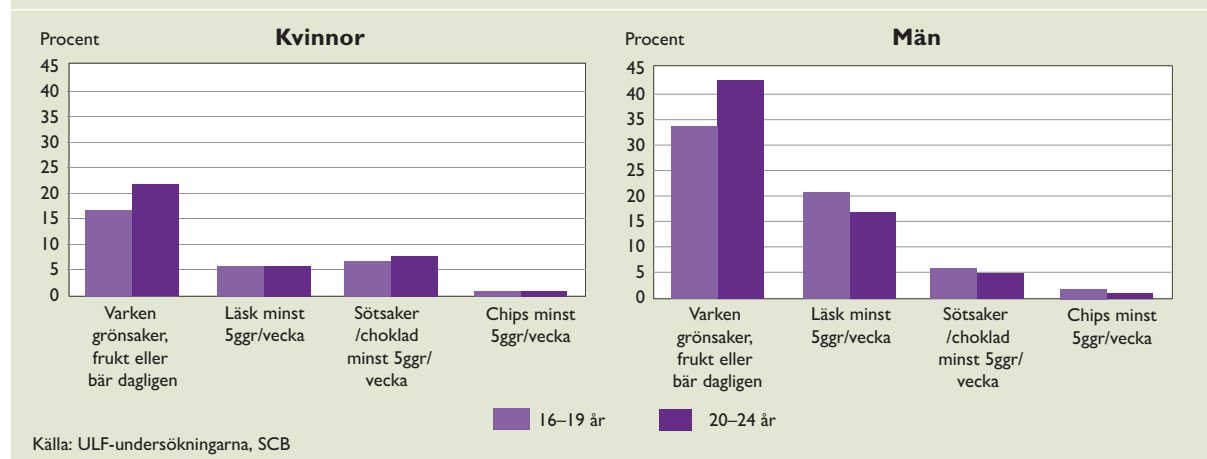
En liten grupp ungdomar är vegetarianer eller veganer: 6 procent av flickorna och 3 procent av pojkarna i åldern 16–18 år, enligt ULF-undersökningarna om barn och ungdom 2004/05. En del av dessa vegetarianer äter dock fisk. [12]

Kroppsvikt

Övervikt och fetma har blivit vanligare bland ungdomar, och ökningstakten var snabbast under första halvan av 1990-talet (figur 23). 13 procent av alla kvinnor 16–24 år har antingen övervikt eller fetma, liksom 20 procent av männen. Ande-

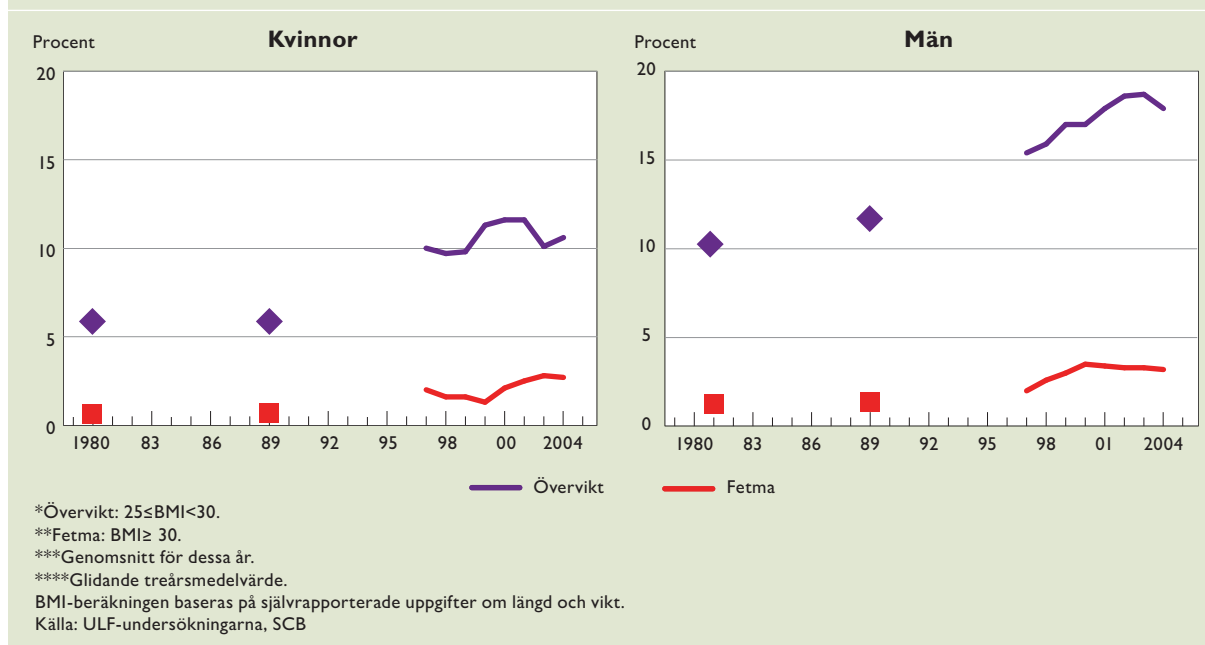
Figur 22. Matvanor bland unga

Andel (procent) personer som dagligen varken åt grönsaker, frukt eller bär, eller som minst fem gånger i veckan drack läsk, eller åt sötsaker alternativt choklad, eller åt chips. Kvinnor och män 16–19 år respektive 20–24 år, åren 2004/05.



Figur 23. Övervikt och fetma bland 16–24-åringar

Andel (procent) personer med övervikt* och med fetma** bland kvinnor och män 16–24 år, åren 1980/81*** och 1988/89*** samt perioden 1996–2005****.



larna baseras dock på egenrapporterade vikt- och längduppgifter, vilket sannolikt innebär en viss underskattning. Sedan slutet av 1990-talet har ökningen av övervikt bland unga kvinnor avtagit, medan övervikten bland män ökade fram till de allra senaste åren. Fetma (BMI över 30) är lika vanligt för båda könen och förekom hos 3 procent åren 2004–2005.

Bland unga kvinnor var det ungefär lika vanligt med undervikt och övervikt år 2004–2005, men bland unga män var övervikt fyra gånger vanligare än undervikt. Dessa skillnader mellan könen kan bero på att unga kvinnor och män har olika kroppsideal [13], vilka kan påverka de lev-

nadsvanor som har betydelse för kroppsvikten.

Undervikt ($\text{BMI} < 18,5$) har blivit vanligare bland unga kvinnor, från 7 procent 1996/97 till knappt 10 procent mellan 2000 och 2005 [14]. Ökningen av psykisk ohälsa sedan mitten av 1990-talet kan också ha bidragit till att fler unga kvinnor är underviktiga.

Ätstörningar

För personer som lider av ätstörningar har vikten och kroppsformen central betydelse för hur de värderar sig själva. Försök att kontrollera kroppen leder till ätstörningar som i sin tur kan leda till näringsbrist, undervikt eller övervikt. Långtifrån

alla som är över- eller underviktiga lider dock av någon sjuklig ätstörning.

Det finns olika former av ätstörningar. Anorexia nervosa innebär självsvält, medan personer med bulimia nervosa hetsäter för att därefter försöka bli av med maten de ätit genom att kräkas. En tredje typ av ätstörning är hetsättningsstörning. Den liknar bulimia nervosa men personen försöker inte göra sig av med maten, och riskerar i stället att bli överviktig. Minst 3 procent av alla unga kvinnor har någon av dessa ätstörningar. Dessutom finns även s.k. ospecifika ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för anorexia nervosa, bulimia nervosa eller hetsättningsstörning.

Anorexia nervosa är ungefär 10 gånger vanligare bland unga kvinnor än bland unga män [15] och beräknas förekomma hos 0,2–0,4 procent av kvinnorna i åldern 12–25 år [16]. Ungefär 1 procent har bulimia nervosa, och hetsättningsstörningar förekommer bland 2–3 procent av de unga. Anorexi brukar vara vanligare än bulimi i tonåren, medan bulimi är vanligare efter tonårsperioden. Ospecifika ätstörningar är troligen tre till fyra gånger vanligare än de specifika syndromen [16].

Anorexia är den allvarligaste ätstörningen och den debuterar ofta i de tidiga tonåren [17]. Ofta leder sjukdomen till en mängd kroppsliga besvär, som utebliven menstruation, mag- och tarmproblem, trötthet med mera, och om självsvälten går långt kan tillståndet bli livshotande. Antalet flickor som vårdas på sjukhus på grund av anorexia nervosa har tredubblats sedan 1990, samtidigt som dödligheten har minskat drastiskt [18]. Detta talar för att det inte i första hand är fler som insjuknar, utan snarare att fler erbjuds vård och behandling. En sammanställning av internationell forskning visar inte heller några tydliga tecken på att anorexi skulle ha blivit vanligare [19].

En uppföljningsstudie av drygt 6 000 svenska kvinnor som varit inlagda på sjukhus för anorexia nervosa någon gång under perioden 1973–2003 visar att de hade sex gånger så hög risk att dö i förtid som andra kvinnor. Fortfarande 20 år efter utskrivningen var deras dödsrisker förhöjda. Av de 265 som hade avlidit var självsvält den direkta orsaken för minst 39 stycken. Den vanligaste dödsorsaken var självmord, men många hade även dött på grund av ett drogmissbruk. De flesta i studien hade insjuknat i tonåren, men dödligheten var störst bland dem som blivit inlagda första gången i 20–30-årsåldern [20].

Varför har allt fler ungdomar nedsatt psykiskt välbefinnande?

Det är oklart vad ökningen av psykiska besvär bland ungdomar beror på. Det är som beskrivits ovan inte bara självrapporterade psykiska besvär som har ökat bland unga, utan under samma period visar statistiken också att fler unga behandlats inom psykiatrisk slutenvård. De diagnoser som ökat mest inom slutenvården är depressioner och ångesttillstånd samt självmordsförsök, vilket stämmer väl överens med vad man kan förvänta sig ifall det finns ett samband mellan självrapporterad psykisk ohälsa och psykiatrisk sjuklighet. Man kan alltså inte enbart förklara ökningarna av den självskattade psykiska ohälsan i enkäter och intervjuer med att ungdomar fått ett annat sätt att förhålla sig till och uttrycka psykiska besvär. I stället visar resultaten att utvecklingen av självrapporterade besvär och psykisk sjukdom i medicinsk mening följer varandra.

Förklaringen till att så många fler uppger sig ha nedsatt psykiskt välbefinnande måste sökas i sådant som berör stora delar av ungdomsgruppen.

Det kan handla om kulturella eller andra genomgripande förändringar på samhällsnivå som kan ha påverkat väldigt många. Sådana förändringar kan vara begränsade till vissa miljöer där många ungdomar vistas, exempelvis hemmet, skolan eller fritidsmiljön. Det kan också röra sig om många olika förändringar som var och en inte rör majoriteten av ungdomar, men som tillsammans kan förklara förändringen i gruppen som helhet. En kombination av dessa förklaringar ligger sannolikt bakom ökningen av psykiska besvär bland ungdomar. Nedan beskrivs några stora förändringar under senare år som kan ha påverkat ungdomars psykiska välbefinnande. Detta utesluter dock inte att det också finns andra förändringar i ungdomars levnadsvillkor som kan ha haft betydelse. För de flesta levnadsvillkor saknas det dock både kunskap om hur de påverkar ungdomars psykiska hälsa och statistik över hur de har förändrats.

Dagens unga mer individualiserade

Individualiseringen har ökat bland dagens ungdomar, vilket innebär en utveckling där människor prioriterar sina egna mål i livet framför till exempel tradition, religion och nationens eller gruppens intressen. Den vetenskapliga litteraturen ger ett visst stöd för att individualisering och andra närliggande kulturella förändringar kan ha bidragit till ökningen av psykiska besvär [19]. I den så kallade World Value Study genomförs upprepade enkätundersökningar av vuxnas värderingar i nästan 100 länder [21]. De värderingar som skiljer sig mest åt mellan länderna sammanfattats i två dimensioner. I den första ställs en positiv attityd till traditionella auktoriteter såsom Gud, den egna nationen och föräldrarna mot en uppfattning som är mer ifrågasättande och sekulär, det vill

säga icke-kyrklig. I den andra dimensionen ställs människors inriktning mot överlevnad och materiella villkor mot en strävan mot individuellt självförverkligande. Svenskar har enligt denna studie högst grad av ifrågasättande och sekulära värderingar, och störst strävan till självförverkligande. I SOM-institutets undersökningar (SOM = samhälle opinion massmedia) har andelen 15–29-åringar i Sverige som värdesätter exempelvis ”ett liv fullt av njutning” och ”ett behagligt liv” ökat sedan 1980-talet [22]. Depressioner och ångestsyndrom har också kopplats till nationell individualisering i en studie [23], och i andra studier har självmord visats ha ett negativt samband med religiositet, det vill säga ju högre grad av religiositet desto lägre förekomst av självmord [22–24].

Det saknas dock studier som mer direkt kopplar individens förändrade värderingar till utvecklingen av psykisk ohälsa, snarare än att se till samhällets värderingar. Det är inte heller självklart att en ökad individualisering enbart är negativt för den psykiska hälsan. Individualisering är en process som har pågått länge och parallellt med att människor fått större möjligheter att påverka sin egen situation, vilket brukar förknippas med bättre psykisk hälsa.

Individualiseringen kan tänkas ha bidragit till en långsam internationell trend mot mer psykiska besvär under de senaste 60–70 åren [24], men det är sannolikt inte huvudorsaken till att andelen unga med psykiska besvär har fördubblats till tredubblats i Sverige sedan slutet av 1980-talet. Dessutom har ökningen av psykiska besvär varit mer beskedlig i Danmark, Finland och Norge trots att dessa länder har en liknande samhällsutveckling [19].

Färre arbetstillfällen för ungdomar

1990-talskrisen slog hårt mot ungdomarnas arbetsmarknad och kan ha inneburit förändringar för en stor del av ungdomsgruppen. Dessa förändringar kan ha bidragit till ett minskat välbefinnande och till psykisk ohälsa. Figur 24 visar att andelen heltidsarbetande ungdomar sjönk drastiskt mellan 1990 och 1993, framför allt för 20–24-åringar men också för 16–19-åringar. Arbetsmarknaden för unga återhämtade sig heller inte lika bra efter krisen som för andra yrkesverksamma grupper, se kapitlet Hälsa i förvärvsaktiv ålder. Bland 16–19-åringarna hade sysselsättningen dock börjat minska redan på 1970-talet. De psykiska besvären har bara ökat i förvärvsaktiva åldrar och

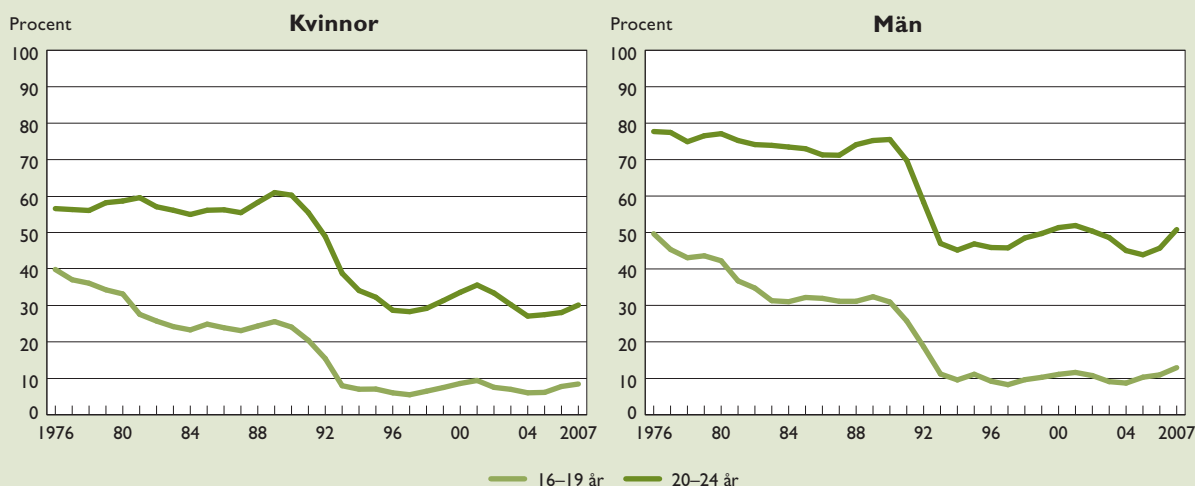
alltså inte bland pensionärer, vilket antyder att förändringarna på arbetsmarknaden har bidragit till ökningen av psykiska besvär.

Fler 16–19-åringar varken studerar eller arbetar

I åldern 16–19 år hade år 1990 en fjärdedel av kvinnorna och nästan en tredjedel av männen ett heltidsjobb. Tre år senare hade knappt en tiondel ett heltidsjobb (8 procent av kvinnorna respektive 11 procent av männen). Förlusten av heltidsarbeten innebar i praktiken att ungdomar var hänvisade till gymnasieskolan efter grundskolan, och år 2007 gick över 99 procent vidare till gymnasiet mot 85 procent i slutet av 1980-talet.

Figur 24. Andelen heltidsarbetande ungdomar 1976–2007

Andel (procent) heltidsarbetande* kvinnor och män i åldern 16–19 år och 20–24 år, perioden 1976–2007.



*Dvs. personer som har en överenskommelse om heltidsarbete enligt avtal.

Andelen som faktiskt arbetat heltid under den vecka som mätningarna genomfördes är ännu lägre.

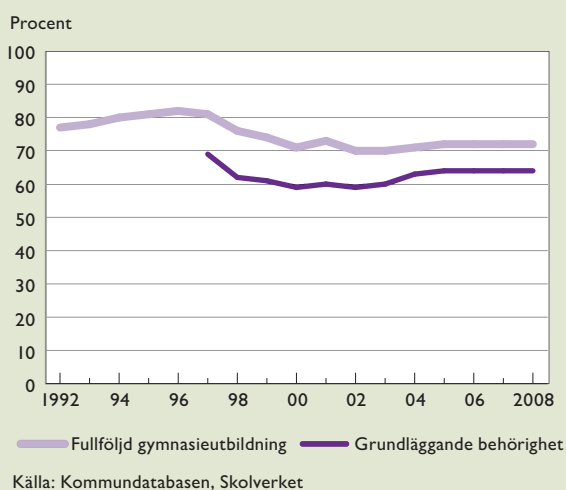
Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

Med gymnasiereformen i början av 1990-talet avskaffades de ett- och tvååriga utbildningarna. Utbildningen är numera utformad i treåriga program, betygen är målrelaterade och alla har rätt att studera vidare på gymnasiet oavsett sina betyg från grundskolan. De som inte har godkända resultat i svenska, matematik och engelska är hänvisade till det individuella programmet, vilket omkring 9 procent av en årskull är inskrivna på.

Studieavbrott har blivit vanligare bland ungdomar. Var tredje elev slutar gymnasiet utan att ha nått grundläggande behörighet till högskolan [25], men de flesta avhoppet sker sent i årskurs 3. Kärnämneskursen svenska B är den kurs som flest gymnasieelever inte får godkänt på. Under första halvan av 1990-talet ökade andelen med treårig gymnasieutbildning kraftigt, och således även andelen med behörighet till högre studier. Under andra halvan av 1990-talet vände dock utvecklingen och andelen med grundläggande behörighet minskade. Anledningen var att fler avbröt en påbörjad gymnasieutbildning eller avslutade det tredje året utan att få slutbetyg (figur 25). Två av tre som inte får ett slutbetyg från gymnasiet har ändå gått kvar på gymnasiet hela det tredje året. Det finns en betydande variation mellan olika kommuner och stadsdelar när det gäller andelen som fullföljer gymnasieskolan med slutbetyg [26].

Figur 25. Fullföljd gymnasieutbildning och grundläggande behörighet

Andel (procent) 20-åringar med fullföljd gymnasieutbildning och med grundläggande behörighet till universitet och högskola, perioden 1992–2008.

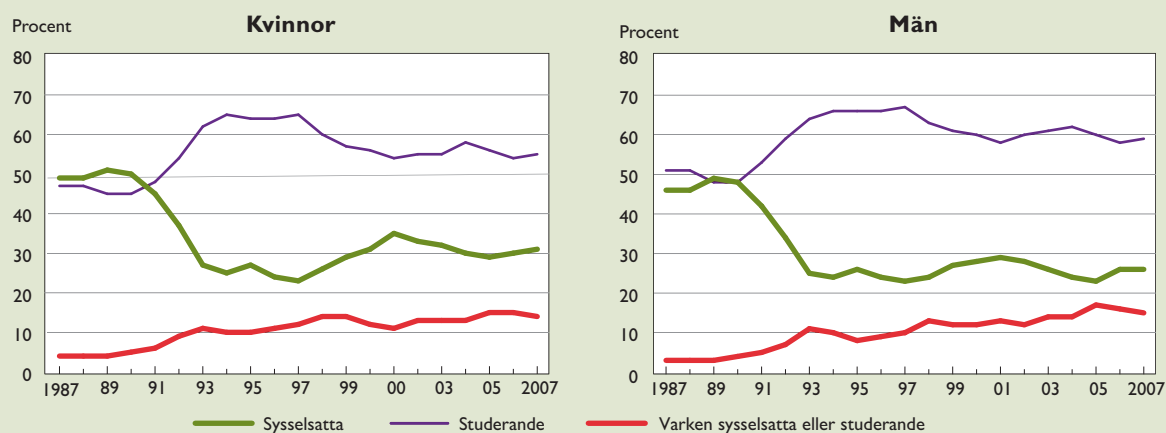


Gymnasieskolan har inte klarat av att kompensera fullt ut för bristen på arbetstillfällen för 16–19-åringar. Det finns en grupp av ungdomar som inte är sysselsatta och varken studerar, gör värnplikt eller är hemarbetande. Denna andel började öka från och med år 1990 (figur 26), från 3–4 procent upp till över 15 procent när gruppen var som störst i mitten av 2000-talet. Sedan mitten av 1980-talet har kommunerna ett uppföljningsansvar för ungdomar som varken studerar eller arbetar.

Ungdomar som har gått merparten av en gymnasieutbildning har emellertid samma chanser på arbetsmarknaden som ungdomar med slutbetyg, enligt en undersökning av Skolverket [25]. Där emot är det svårare att ta sig in på arbetsmarknaden för de elever som aldrig börjat på gymnasiet eller som hoppat av i årskurs ett eller två.

Figur 26. Sysselsättning och studier bland 16–19-åringar

Andel (procent) personer som var sysselsatta, studerande samt varken sysselsatta eller studerande. Kvinnor och män 16–19 år. Perioden 1987–2007.



Källa: Arbetskraftsundersökningarna, SCB

En studie genomförd av SCB visar också att ett skolavbrott tidigt i gymnasiet innebär större svårigheter på arbetsmarknaden [27]. Risken för att behöva ekonomiskt bistånd (socialbidrag) och bli förtidspensionerad var också större bland dem som hoppade av gymnasiet. Av dem som inte slutfört gymnasieskolan bodde 45 procent någon gång under de närmast följande fem åren i hushåll som hade socialbidrag, jämfört med 13 procent av dem som hade fullföljt gymnasiet. 4 procent av ungdomarna utan fullständiga betyg bodde i hushåll som mottog förtidspension eller sjukbidrag, jämfört med 0,5 procent bland dem som hade slutbetyg. En tredjedel av kvinnorna angav att de avbrutit sina gymnasiestudier på grund av skoltrötthet, liksom hälften av männen. En psykisk eller fysisk sjukdom uppgavs som skäl av var femte kvinna och var tionde man.

Bland 16–19-åringar är oro och ångest vanligast bland flickor som varken går i gymnasiet eller arbetar

I åldern 16–19 år är det väldigt stor skillnad mellan kvinnor och män när det gäller hur vanligt det är med nedsatt psykiskt välbefinnande (tabell 4). Bland de ungdomar som studerar uppgår 28 procent av kvinnorna att de har besvär med oro, ångslan eller ångest, och 8 procent bland männen. Tabell 4 visar att sysselsatta ungdomar har minst besvär av oro, ångslan eller ångest.

Tabell 4. Oro, ängslan eller ångest i olika grupper av 16–19-åringar

Andel (procent) personer som har besvär av oro, ängslan eller ångest bland sysselsatta, studerande respektive varken sysselsatta eller studerande. Kvinnor och män 16–19 år, åren 1988/89 och 2004/05.

	Kvinnor		Män	
	1988/89	2004/05	1988/89	2004/05
	Procent		Procent	
Studerande	9	28	2	8
Sysselsatta	5	19	2	4
Varken sysselsatta eller studerande	11	37	7	8
Samtliga	8	29	2	7

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Den högsta andelen med oro och ångest, 37 procent, finns bland de kvinnor som varken studerar eller arbetar, men oro är inte vanligare bland män som varken studerar eller arbetar än bland andra män. Vidare finns det andra undersökningar som visar att psykisk ohälsa kan vara vanligare bland ungdomar som står utanför arbetskraften, det vill säga varken arbetar eller är öppet arbetslösa [29, 30].

Ökningen av psykisk ohälsa bland 16–19-åringar beror alltså delvis på att färre arbetar. Det innebär att färre tillhör den grupp som har minst besvär, medan fler studerar eller varken studerar eller arbetar. Den viktigaste anledningen är emellertid att ett nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit vanligare i samtliga grupper. Ökningen bland studerande har dock störst betydelse eftersom de flesta 16–19-åringar studerar.

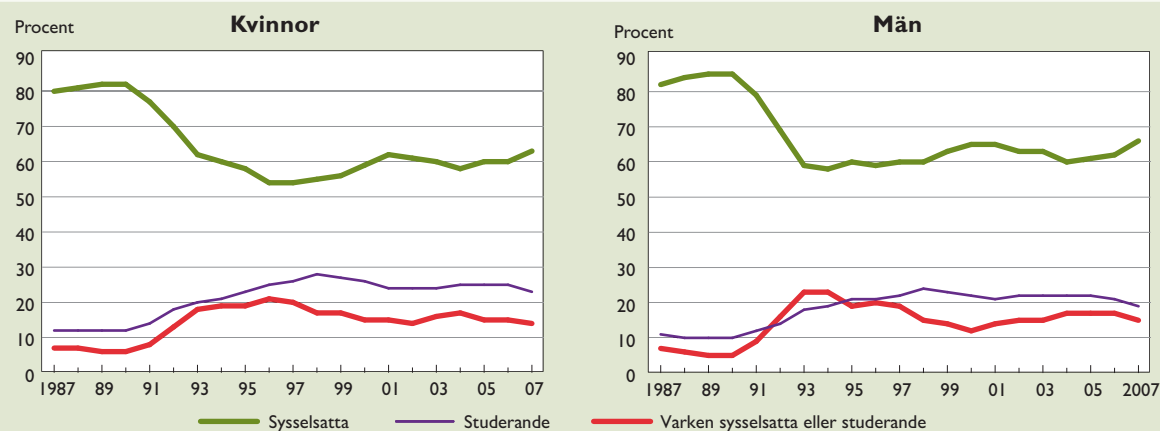
Färre sysselsatta 20–24-åringar, fler högskolestudenter – och fler som varken är sysselsatta eller studerar

1990-talskrisen slog hårt mot 20–24-åringarnas arbetsmarknad (figur 24). Före krisen, år 1990, hade omkring 60 procent av alla kvinnor 20–24 år och 75 procent av de jämnåriga männen ett heltidsjobb, vilket motsvarar 412 000 personer. År 1993 hade 250 000 i den åldersgruppen ett heltidsjobb, vilket motsvarar 39 procent bland kvinnorna och 47 procent bland männen. Sedan dess har andelen deltidsarbetande ökat något, men andelen heltidsarbetande har legat kvar på en samma nivå.

Den arbetsmarknad som väntar ungdomarna efter gymnasietiden har således förändrats, och förutom att antalet heltidsjobb har minskat kraftigt har också kvalifikationskraven inom många yrkesområden ökat. Det innebär att fler ungdomar är hänvisade till fortsatta studier även efter gymnasiet. Andelen som studerar i gruppen 20–24 år har nästan fördubblats bland kvinnorna och ökat med drygt 70 procent bland männen (figur 27). Kvinnor har också i större utsträckning än män skaffat sig en högre utbildning. Enligt SCB:s utbildningsregister hade över 40 procent av alla 24-åriga kvinnor en eftergymnasial utbildning mot drygt 30 procent av alla jämnåriga män år 2007. Andelen ungdomar med högskolebehörighet har också ökat, men trots det lämnar var tredje elev gymnasiet utan sådan behörighet och för dem har situationen på arbetsmarknaden hårdnat.

Figur 27. Sysselsättning och studier bland 20–24-åringar

Andel (procent) personer som var sysselsatta, studerande samt varken sysselsatta eller studerande. Kvinnor och män 20–24 år. Perioden 1987–2007.



Källa: Arbetskraftsundersökningarna, SCB

Bland 20–24-åringar är oro och ångest vanligast bland kvinnliga högskolestudenter

Bland männen är det betydligt vanligare med ett nedsatt psykiskt välbefinnande i åldern 20–24 år än i åldern 16–19 år. 21 procent av de studerande 20–24-åringarna uppger besvär med oro, ångslan eller ångest, jämfört med endast 8 procent i åldern 16–19 år. Bland de studerande kvinnorna är det 39 procent som uppger dessa besvär i åldern 20–24 år, mot 28 procent bland 16–19-åringar. Skillnaden mellan kvinnor och män är därmed betydligt mindre bland studerande 20–24-åringar än bland 16–19-åringar (tabell 4 och 5).

Tabell 5. Oro, ångslan eller ångest i olika grupper av 20–24-åringar

Andel (procent) personer som har besvär av oro, ångslan eller ångest bland sysselsatta, studerande respektive varken sysselsatta eller studerande. Kvinnor och män 20–24 år, åren 1988/89 och 2004/05.

	Kvinnor		Män	
	1988/89	2004/05	1988/89	2004/05
	Procent		Procent	
Studerande	9	39	8	21
Sysselsatta	8	27	3	15
Varken sysselsatta eller studerande	14	30	13	24
Samtliga	9	32	5	18

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Sysselsatta 20–24-åringar har, liksom sysselsatta 16–19-åringar, mindre besvär av oro, ångslan och ångest än andra. Denna grupp är förstås betydligt större i åldern 20–24 år än i åldern 16–19 år, och när

andelen sysselsatta minskar har det större inverkan på den psykiska ohälsan bland 20–24-åringar, än vad det gör bland 16–19-åringar.

Oro, ångslan eller ångest har ökat i alla grupper bland unga 20–24 år liksom bland 16–19-åringar. Besvären har också blivit mycket vanligare bland studerande, och särskilt bland studerande kvinnor som är den grupp som har mest besvär med ångslan, oro och ångest bland 20–24-åringarna (tabell 5).

I en undersökning riktad till högskolestuderande våren 2007 uppgav sju av tio att de kände sig stressade flera dagar i veckan, tre av tio hade svårt att sova och en av fyra hade huvudvärk eller ont i magen varje veckan. Kvinnor hade mer besvär än män. [28]

Förändrad arbetsmarknad även i andra länder

Även i andra länder ser man samma utveckling bland ungdomar mot färre sysselsatta, fler studerande och fler som varken är sysselsatta eller studerar. I åtta OECD-länder minskade andelen sysselsatta 15–24-åringar från 54 procent till 46 procent mellan åren 1970 och 2006, och andelen utanför arbetskraften ökade i ungefär samma omfattning som andelen sysselsatta minskade [29].

Dessa förändringar är dock betydligt större i Sverige, vilket skulle kunna vara en anledning till att den psykiska ohälsan ökat mer bland svenska ungdomar än bland ungdomar i de övriga OECD-länderna. Sedan början av 2000-talet ligger Sverige betydligt högre än OECD-genomsnittet när det gäller andelen ungdomar som studerar i stället för att arbeta, men före det låg Sverige under genomsnittet [30]. En jämförelse mellan olika länder visar att andelen ungdomar med psykiska besvär har ökat mest i de länder som har störst ökning av andelen ungdomar som är utanför arbetskraften [19].

Studieförhållanden

Internationell litteratur pekar på att ungdomar överlag oroar sig för i huvudsak tre saker: möjligheterna att få jobb, sina utbildningsprestationer och sina relationer [31–36]. Mycket av denna forskning är dock baserad på studier av 15-åringar, det vill säga ungdomar som fortfarande går i skolan. När konkurrensen på arbetsmarknaden hårdnar är det sannolikt framförallt oron förknippad med arbete och utbildning som ökar. Svenska ungdomar tror också att stress i samband med studierna är den största orsaken till den ökade psykiska ohälsan [19].

Det är också möjligt att studenternas arbetsmiljö har försämrats. Förändringen på arbetsmarknaden innebar att gymnasieskolan plötsligt fick ansvar för nästan hela ungdomsgruppen mot tidigare omkring 80 procent. För de äldre ungdomarna fick utbildningsinstitutionerna ansvar för omkring 60 procent, mot tidigare omkring 30 procent av gruppen. En sådan snabb expansion kan ha lett till problem för undervisningen, och det är dessutom möjligt att de nytillkomna ungdomarna har sämre förutsättningar och sämre motivation. Dessa problem för skolorna på olika nivåer kan i slutänden drabba alla ungdomar.

I dag studerar alltså ungdomar längre än tidigare, vilket medför många andra förändringar som kan påverka ökningen av psykiska besvär men som vi saknar kunskap om. Exempelvis är det fler ungdomar som flyttar till storstäderna för att studera, och det dröjer längre innan de kan etablera sig på arbetsmarknaden, skaffa eget boende och bilda familj. För många unga sätter ekonomin gränser för möjligheten att flytta hemifrån och stå på egna ben [14, 37]. På 1970-talet hade mer än hälften av alla 25-åriga kvinnor och en fjärdedel av männen redan blivit föräldrar [38]. Bland

25-åringarna i dag är det bara omkring 20 procent av kvinnorna och omkring 10 procent av männen som hunnit få barn.

Ungdomars arbetsmiljö

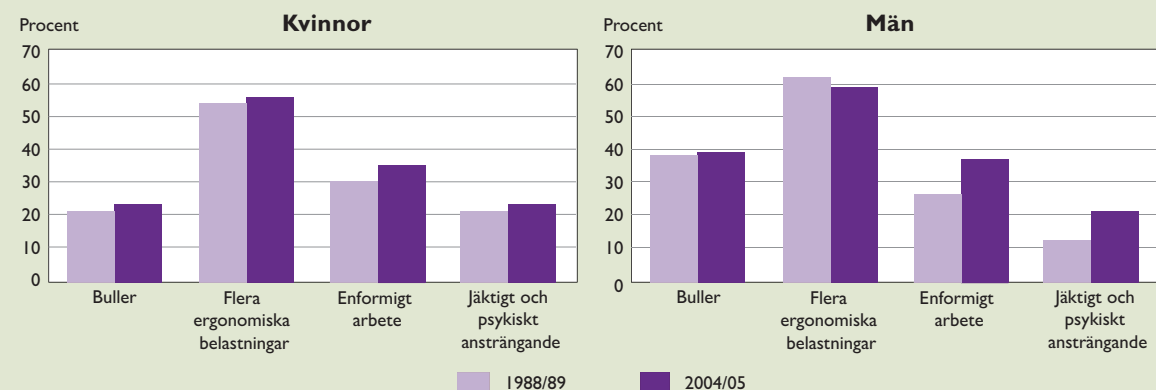
Förvärvsarbetande ungdomar har generellt sett bättre psykisk hälsa än andra ungdomar, men andelen med psykiska besvär har ökat även bland de förvärvsarbetande sedan slutet av 1980-talet. Det är möjligt att förändringar i ungdomars arbetsförhållanden kan ha bidragit till denna ökning. Exempelvis har det blivit vanligare med deltidarbete, och tabell 2 visar att deltidsanställda har mer besvär än heltidsanställda. Enformiga arbeten samt jäktiga och psykiskt ansträngande arbeten har också blivit vanligare (figur 28), särskilt bland män. Det är möjligt att dessa försämringar i arbetsmiljön kan bero på att konkurrensen på

arbetsmarknaden har ökat. Människor är troligen mer benägna att tolerera en dålig arbetsmiljö när arbetsmarknaden hårdnar och fler är arbetslösa. Ungdomar har också ofta sämre arbetsmiljö än andra förvärvsarbetande.

ULF-undersökningarna har visat att oro, ångslan och ångest samt ständig trötthet har samband med den psykosociala arbetsmiljön (tabell 6). Bland dem med ett jäktigt och psykiskt ansträngande arbete är det upp emot dubbelt så vanligt med oro, ångslan eller ångest samt att ständigt vara trött, jämfört med dem som inte utsattes för dessa påfrestningar. Ett enformigt arbete är i nästan lika hög grad förknippat med psykiska besvär. Försämringar i ungdomarnas arbetsmiljö kan därför ha bidragit till den ökade psykiska ohälsan.

Figur 28. Ungdomars arbetsmiljö

Andelen (procent) sysselsatta som upplever problem med buller*, flera ergonomiska belastningar**, enformigt arbete samt jäktigt och psykiskt ansträngande arbete. Kvinnor och män 16–24 år, åren 1988/89 och 2004/05.



*Med buller avses antingen buller jämt eller öronbedövande buller ibland.

**Dvs. minst två av följande fem belastningar: olämpliga arbetsställningar (krokiga, vridna eller på annat sätt olämpliga arbetsställningar), tunga lyft, daglig svettning pga. kroppslig ansträngning, upprepade och ensidiga arbetsrörelser samt skakningar eller vibrationer.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Tabell 6. Arbetsmiljö och ohälsa bland ungdomar

Andel (procent) personer med lätt eller svår värk i nacke, skuldror eller axlar; värk i ländryggen; ängslan, oro eller ångest; samt ständig trötthet. Kvinnor och män 16–24 år, genomsnitt åren 2000–2005.

Arbetsmiljöproblem	Lätt el. svår värk i nacke, skuldror, axlar		Lätt el. svår värk i ländrygg		Lätt el. svår ängslan, oro, ångest		Trött för jämnan	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
	Procent		Procent		Procent		Procent	
Inget buller	47	20	35	26	24	14	13	9
Buller ibland, ej öronbedövande	61	28	37	31	26	11	17	6
Buller jämt och/eller öronbedövande	61	31	60 H	31	32	14	22 H	7
Ingen ergonomisk belastning*	36 L	16 L	29 L	18 L	25	5 L	13	6
I ergonomisk belastning	44	21	33	23	25	19	14	11
2–3 ergonomiska belastningar	54	21	41	27	25	10	17	6
4–5 ergonomiska belastningar	65 H	36 H	55	41 H	30	18	16	10
Ej jäktigt, ej psykiskt ansträngande	45	18	35	19	23	10	11	7
Jäktigt eller psykiskt ansträngande	48	26	37	31	20 L	12	14	6
Både jäktigt och psykiskt ansträngande	56	26	44	34	36 H	21 H	21	13
Enformigt arbete	51	25	44	29	35	16	23	10
Varierat arbete	49	23	36	28	21	12	11	7
Ej sysselsatta	44	22	32	19	35	21	14	7

* Med ergonomiska belastningar avses olämpliga arbetsställningar, tunga lyft, daglig svettning pga. kroppslig ansträngning, skakningar eller vibrationer, upprepade rörelser.

L Den lägsta förekomsten av besvär.

H Den högsta förekomsten av besvär.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Mer alkohol ...

Alkoholkonsumtionen har ökat kraftigt bland ungdomar sedan början av 1990-talet. Det är sedan länge känt att psykiska besvär kan leda till ökad alkoholkonsumtion, och tvärtom att ökad alkoholkonsumtion kan leda till ökade psykiska besvär [39] (se också kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol och narkotikamissbruk). Det är därför troligt att den ökade alkoholkonsumtionen också har bidragit till att öka de psykiska besvären.

... och mindre sömn

Många förändringar sedan 1980-talet kan inte följas statistiskt. Den bild av ungdomars fritid som framträder från ULF-undersökningarna och undersökningen Skolbarns hälsovanor ger dock en ganska entydig bild av att ungdomar gör mer av det mesta. Tv-tittandet tycks öka, liksom dator- och Internetanvändningen. Samtidigt ökar andelen ungdomar som är fysiskt aktiva, andelen som känner sig duktiga i skolan och andelen ungdomar som träffar släktingar, vänner eller bekanta flera gånger i veckan.

Det är svårt att avgöra om dessa förändringar enbart innebär ett rikare liv eller om det också får negativa konsekvenser. En möjlig konsekvens är att sömnen har påverkats negativt. En aktuell engelsk studie pekar på att tv-tittande och datorspelande ökar förekomsten av extrem trötthet, men det gör också regelbunden fysisk aktivitet [40]. Tyvärr finns det inga svenska uppgifter som kan visa om ungdomarnas sömnvanor har förändrats eller inte. Det finns dock en finsk studie som visar att andelen 15-åringar som går och lägger sig efter klockan 23.00 på kvällen har ökat kraftigt, från omkring 20 procent år 1984 till mellan 50 och 70 procent 1998–2002 [41]. Antagligen går även svenska ungdomar till sängs allt senare på kvällen.

Under perioden 1979–2005 ökade andelen med sömnbesvär, från 10 till 24 procent bland 16–24-åriga kvinnor och från 8 till 16 procent bland jämnåriga män, enligt ULF-undersökningarna. Andelen 16–24-åringar som ofta var trötta ökade också under samma period, från 33 till 57 procent bland kvinnor och från 25 till 41 procent bland män. Sömnen har en central betydelse för den biologiska återhämtningen och därmed också för den fysiska och psykiska hälsan. Störd sömn är inte bara ett symtom på att något inte stämmer, utan det kan också orsaka andra sjukdomar (se kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär).

Varför är nedsatt psykiskt välbefinnande vanligare bland unga kvinnor?

När det gäller psykisk ohälsa bland ungdomar finns det stora skillnader mellan könen. Tabell 7 visar en sammanställning av några viktiga indikatorer på psykisk ohälsa och kolumnen längst till höger visar hur många gånger vanligare indikatorn är bland kvinnor jämfört med män. Omkring dubbelt så många kvinnor som män vårdas för självmordsförsök, har besvär av oro, ängslan eller ångest och behandlas med antidepressiva läkemedel. Mer än dubbelt så många kvinnor vårdas på sjukhus för depressioner. Självmord och sjukhusvård på grund av alkohol- och narkotikamissbruk är däremot vanligare bland män. Könsskillnaderna har blivit större för de psykiska ohälsoutfall som är vanligast bland kvinnor medan könsskillnaderna minskat för utfall som är vanligast bland män, eftersom utvecklingen varit sämre för kvinnor än för män.

Tabell 7. Könsskillnader för olika indikatorer på psykisk ohälsa

Könsskillnader i förekomst av olika former av psykisk ohälsa. Kvinnor och män 16–24 år.

Olika former av psykisk ohälsa	Förekomst		Absolut skillnad i förekomsten mellan kvinnor och män	Relativ skillnad i förekomsten mellan kvinnor och män
	Kvinnor Antal per 100 000	Män Antal per 100 000	Kvinnor–Män Antal per 100 000 fler kvinnor*	Kvoten Kvinnor/Män Gångar fler kvinnor**
Depressioner slutenvård år 2007	192	82	110	2,35
Ångesttillstånd slutenvård år 2007	232	116	116	1,99
Självmoordsdödsfall år 2006	10	17	-7	0,59
Självmoordsförsök år 2007	368	165	203	2,23
Alkohol slutenvård år 2007	275	286	-11	0,96
Narkotika slutenvård år 2007	176	244	-68	0,72

	Kvinnor	Män	Kvinnor–Män	Kvoten Kvinnor/Män
	Procent		Procentenheter fler kvinnor*	Gångar fler kvinnor**
Antidepressiva läkemedel år 2007	6,8	3,4	3,4	2,00
Oro, ångslan, ångest åren 2003–05	29	14	15	2,10
Sömnproblem åren 2003–05	25	18	7	1,42

* Negativa tal innebär att förekomsten är högre bland män än bland kvinnor. ** Tal mindre än 1,0 innebär att förekomsten är högre bland män än bland kvinnor.
Källor: Socialstyrelsens dödsorsaksregister, patientregister och läkemedelsregister samt SCB:s ULF-undersökningar

Under barndomen finns det inte lika stora skillnader mellan pojkars och flickors psykiska ohälsa som under tonåren. I de tidiga tonåren händer något bland flickor – den självrapporterade ohälsan ökar kraftigt, och det är fler som vårdas till följd av självmordsförsök, ätstörningar, psykiatriska diagnoser och missbruk. Även bland männen ökar den psykiska ohälsan med åldern, men först i 20-årsåldern. Ökningen är inte heller lika påtaglig som bland kvinnorna.

Vad är det då som gör att tonårsflickor mår sämre än tonårspojkar? Könsskillnaderna i vuxnas psykiska ohälsa brukar diskuteras utifrån hypoteser om könsroller [42, 43], rapporteringsbenägenhet [42–49], levnadsvanor, socioekonomi [50–53], utsatthet för övergrepp [54–58] och biologi [42, 43, 59–63]. Samma diskussioner brukar

också förekomma i studier av tonåringar även om vissa förklaringar är mer specifika för ungdomsåren, t.ex. senare års ökade krav på högre utbildning och en allt större fokusering på utseendet.

Det faktum att andelen studenter i ungdomsgruppen ökat så kraftigt har redan nämnts som en tänkbar anledning till den ökade psykiska ohälsan bland unga. I en skotsk studie [64] bland 15-åringar var flickor mer oroliga över sina skolprestationer, vilket var främsta orsaken till att den psykiska stressen ökat mer bland flickor än bland pojkar mellan åren 1987 och 1999 [36]. Också i en nordirländsk [31] och i en slovensk studie [35] var fler flickor än pojkar oroliga över sina skolprestationer. I andra studier har man dock funnit att pojkar oroar sig mer för det akademiska än flickor [32] eller att det inte finns någon skillnad

[33]. Genomgående för båda könen är dock att oro för skolan hamnar högt upp när ungdomar rangordnar olika orosmoment [31, 35, 36, 40, 41]. Det går kanske inte att avgöra om flickor eller pojkar oroar sig mest, men de ökade kraven på högre utbildning kan ha haft större inverkan på gruppen unga kvinnor eftersom en eftergymnasial utbildning i dag är vanligare bland dem än bland män.

En ökad fokusering på utseendet kan också ha ökat den psykiska ohälsan bland kvinnor. Flera studier visar att flickor oroar sig mer för sitt utseende och sin kroppsvikt än pojkar. I exempelvis den skotska studien fann man att flickors större oro över det egna utseendet bidrog till könsskillnaden i psykisk ohälsa, även om det inte förklarade varför skillnaden hade ökat under 1990-talet. Bland flickor var det nästan lika många som oroade sig för vikten som för att inte prestera bra i skolan. Bland pojkar kom oro för vikten först efter oro för att inte prestera bra i skolan, oro för hälsan, oro för arbetslöshet, oro för att inte klara sitt framtida arbete och oro för familjerelationerna [36]. Annan forskning bekräftar bilden: Unga kvinnor är mer bekymrade över kost, vikt och utseende än unga män, enligt studier med europeiska respektive amerikanska studenter [65–67]. Två studier pekar på att flickors kroppsbild och självförtroende försämras i samband med puberteten [68, 69] och den ena studien antyder också att pojkarnas självförtroende förbättras under samma period som flickornas försämras [68]. Ytterligare andra studier bekräftar könsskillnaderna i ungdomars självförtroende [70–72]. I en svensk studie fann man dessutom särskilt stora könsskillnader i självförtroende i relation till kroppsbild [73]. Dessa könsskillnader verkar även vara unika för just ungdomar [74]. Vidare tycks flickor också oro sig mer än pojkar för sina relationer

till både kamrater och familjemedlemmar [31, 32, 35, 36].

Det finns också en rad studier som undersökt könsskillnader i copingstrategier, det vill säga tillvägagångssätt för att hantera stress [70, 75–85]. Att aktivt gå in för att lösa de problem som förorsakar stressen har visat sig vara mest verksamt [81] och en finsk studie visade att pojkar använde sådana strategier i något högre utsträckning än flickor [84]. Flera studier visar även att det är vanligare att kvinnor använder sig av socialt stöd för att hantera psykiska påfrestningar [70, 75, 80, 82, 83, 85], medan fler män än kvinnor använder alkohol för att klara påfrestningar [75, 84].

Referenser

1. Mäkelä P. Alcohol-related mortality by age and sex and its impact on life expectancy. *European Journal of Public Health*. 1998;8:43–51.
2. Johansson P, et al. *The social costs of alcohol in Sweden 2002*. Stockholm: 2006. SoRAD Report Series.
3. Vägverket. *Barn & ungdom / Ungdom*. 2007-04-05 [citerad 2009]; Tillgänglig från: http://www.vv.se/templates/page3____6439.aspx.
4. Vägverket. *Mopedolyckor efter EU-mopedens införande*. Vägverket; 2007 [uppdaterad 2007–04–05; citerad]; Tillgänglig från: http://publikation-swebbutik.vv.se/shopping/ShowItem____3557.aspx.
5. Ekstrand A. *Hur mår Stockholms ungdomar? En studie av risk- och skyddsfaktorerens betydelse för psykisk ohälsa*. Forsknings och Utvecklingsenheten, Stockholms stadsledningskontor, 2006.
6. Stockholms läns landsting. *Folkhälsorapport 2007*. Stockholm: 2007.
7. Chaney D. *Lifestyles*. London och New York: Routledge; 1996.

8. Centriförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Stockholm: 2007. Rapport nr 107.
9. Galanti MR, Rosendahl I, Wickholm S. The development of tobacco use in adolescence among "snus starters" and "cigarette starters": an analysis of the Swedish "BROMS" cohort. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008 10(2):315–23.
10. Socialstyrelsen. *Dödsorsaker 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007. Statistik: Hälsa och sjukdomar 2007:15.
11. Riksidrottsförbundet. *Ungdomars tävlings- och motionsvanor. En statistisk undersökning under våren 2005*. 2005. FOU-rapport 2005:6.
12. Barnombudsmannen. *Upp till 18 – fakta om barn och ungdom*. Stockholm: 2007. BR 2007:4.
13. Sweeting HN, West PB, Der GJ. Explanations for female excess morbidity in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC Public Health*. 2007 Oct 22;7(1):298.
14. Socialstyrelsen. *Folkhälsa och sociala förhållanden 2008*. Lägesrapporter 2007.
15. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Anorexia Nervosa in young men: A cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2006 Dec;39(8):662–6.
16. Statens Folkhälsoinstitut. *Prevention av ätstörningar – Kunskapsläget idag 2004* [citerad. R 2004:40. Tillgänglig från: <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/r200440preventionatstorningar.pdf>.
17. Hjern A, Lindberg L, Lindblad F. Outcome and prognostic factors for adolescent female inpatients with anorexia nervosa: 9 to 14 year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*. 2006 Nov;189:428–32.
18. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *The American Journal of Psychiatry*. 2006;163(8):1433–5.
19. Integrations- och jämställdhetsdepartementet. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder*. Stockholm: Fritzes; 2006. Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. SOU 206:77. SOU 206:77
20. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*. 2009 Jan;194(1):10–7.
21. World Values Survey. *World Values Survey. The most comprehensive investigation of Political and Sociocultural change*. 2006 [citerad 2009–01–16]; Tillgänglig från: <http://www.worldvaluessurvey.org/>.
22. Holmberg S, Weibull L, red. *Lyckan kommer, lyckan går: trettio kapitel om politik, medier och samhälle. SOM-undersökningen 2004*. Göteborg: Göteborgs universitet, SOM-institutet; 2005. SOM-rapport nr 36.
23. Maercker A. Association of cross-cultural differences in psychiatric morbidity with cultural values: a secondary data analysis. *German Journal of Psychiatry* 2001;4:17–23.
24. Rutter M, Smith D, red. *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. Chichester: Wiley for Academia Europaea; 1995.
25. Skolverket. *Skolverkets aktuella analyser 2008. Studieresultat i gymnasieskolan – en statistisk beskrivning av ofullständiga gymnasiestudier*. Stockholm: 2008.
26. Sveriges kommuner och landsting. *Öppna jämförelser 2008: Gymnasieskola*. Stockholm: 2008.
27. Statistiska centralbyrån. *Ungdomar utan fullföljd gymnasieutbildning*. Stockholm: 2007. Tema: Utbildning 2007:04.

28. Statistiska centralbyrån (SCB). *Högskolestud-
erandes levnadsvillkor. Enkätundersökning bland
högskolestuderande våren 2007*. 2007. Sveriges
officiella statistik. Statistiska meddelanden.
29. Organisation for Economic Co-operation and De-
velopment. OECD. Stat Extracts/Labour/Labour
Force statistics. 2009 [cited 2009-01-16]; Avail-
able from: [http://webnet.oecd.org/wbos/index.
aspx](http://webnet.oecd.org/wbos/index.aspx).
30. Statistiska centralbyrån. *Svensk utbildning i inter-
nationell statistik 2005*. Stockholm: 2005.
31. Gallagher M, Millar R. Gender and age differenc-
es in the concerns of adolescents in Northern Ire-
land. *Adolescence*. 1998 Winter;33(132):863-76.
32. Gibson JT, Baker CE, Showalter SM, Al-sarraf Q,
Atakan SA, Borgen WA, et al. Gender and culture:
reported problems, coping strategies and selected
helpers of male and female adolescents in 17 coun-
tries. *International journal for the advancement
of counseling*. 1992 Sep;15(3):137-49.
33. Hankin BL, Mermelstein R, Roesch L. Sex dif-
ferences in adolescent depression: stress exposure
and reactivity models. *Child Development*. 2007
Jan-Feb;78(1):279-95.
34. Shih JH, Eberhart NK, Hammen CL, Brennan PA.
Differential exposure and reactivity to interper-
sonal stress predict sex differences in adolescent
depression. *Journal of Clinical Child and Adoles-
cent Psychology*. 2006 Feb;35(1):103-15.
35. Tomori M, Zalar B, Plesnicar BK. Gender dif-
ferences in psychosocial risk factors among
Slovenian adolescents. *Adolescence*. 2000 Au-
tumn;35(139):431-43.
36. West P, Sweeting H. Fifteen, female and stressed:
changing patterns of psychological distress over
time. *The Journal of Child Psychology and Psy-
chiatry*. 2003 Mar;44(3):399-411.
37. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*. Stock-
holm: 2005.
38. Persson L. *Hur många barn får jag när jag blir
stor? Barnafödande ur ett livsperspektiv*. Stock-
holm: Statistiska centralbyrån, 2002. Demografis-
ka rapporter 2002:5.
39. Malmgren L, Ljungdahl S, Bremberg S. *Psykisk
ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det
ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sam-
banden och förslag till förebyggande insatser*.
Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2008.
40. Viner RM, Clark C, Taylor SJ, Bhui K, Klineberg
E, Head J, et al. Longitudinal risk factors for per-
sistent fatigue in adolescents. *Archives of Pedia-
trics & Adolescent Medicine*. 2008 May;162(5):469-
75.
41. Tynjälä J, Kannas L. Koululaisten nukkumis-
tottumukset, unen laatu ja väsyneisyys vuosina
1984-2002 [Skolbarns sovvanor, sömnens kvalité
och trötthet åren 1984-2002] I: Kannas L, red.
*Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen
muutoksessa: WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta
[Skolelevers hälsa och hälsobeteende i förän-
dring: 20 år av WHO:s skolbarns hälsovanor]*.
Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto; 2005.
42. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in
depression. Critical review. *The British Journal of
Psychiatry*. 2000 Dec;177:486-92.
43. Kuehner C. Gender differences in unipolar de-
pression: an update of epidemiological findings
and possible explanations. *Acta Psychiatrica
Scandinavica*. 2003 Sep;108(3):163-74.
44. Salokangas RK, Vaahtera K, Pacriev S, Sohlman
B, Lehtinen V. Gender differences in depressive
symptoms. An artefact caused by measurement
instruments? *Journal of Affective Disorders*. 2002
Apr;68(2-3):215-20.
45. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Are there
sex differences in the reliability of a lifetime his-
tory of major depression and its predictors? *Psy-
chological Medicine*. 2001 May;31(4):617-25.

46. Mirowsky J, Ross CE. Sex Differences in Distress: Real or Artifact? *American Sociological Review*. 1995 Jun;60(3):449–68.
47. Sigmon ST, Pells JJ, Boulard NE, Whitcomb-Smith S, Edenfield TM, Hermann BA, et al. Gender Differences in Self-reports of Depression: The Response Bias Hypothesis Revisited. *Sex Roles*. 2005 September;53:401–11.
48. Beyer S. Gender Differences in Self-Perception and Negative Recall Biases. *Sex Roles*. 1998;38:103–33.
49. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? *Psychological Medicine*. 1994 Feb;24(1):97–111.
50. Hemström Ö, Krantz G, Roos E. Changing gender differences in musculoskeletal pain and psychological distress. I: Fritzell J, Lundberg O, red. *Health inequalities and welfare resources: continuity and change in Sweden*. Bristol: Policy Press; 2007. s. 43–66.
51. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*. 2004 Apr;7(2):133–48.
52. Statistiska centralbyrån. *Sammanräknad förvärvsinkomst 2005*. Stockholm: SCB; 2007 [citerad 070927]; Tillgänglig från: http://www.scb.se/templates/tableOrChart___159837.asp.
53. Statistiska centralbyrån. *Disponibel inkomst för hushåll efter hushållstyp*. Stockholm: SCB; 2007 [citerad 070927]; Tillgänglig från: http://www.scb.se/templates/tableOrChart___163552.asp.
54. Hagquist C, Nilsson T, Forsberg E. *Ung i Värmland 1988–2002: en undersökning bland niondeklassare*. Karlstad: Karlstad universitet; 2004.
55. Arbetsmiljöverket. Statistiska centralbyrån. *Arbetsmiljön 2005*. Stockholm: 2006. Statistiska meddelanden AM 68 SM 0601.
56. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research* 2006 Feb;40(1):1–21.
57. Fergusson DM, Swain-Campbell NR, Horwood LJ. Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychological Medicine*. 2002 Aug;32(6):991–6.
58. Gådin KG, Hammarström A. A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine? *European Journal of Public Health*. 2005 Aug;15(4):380–5.
59. Kendler K.S, Gatz M, Gardner C.O, Pedersen N.L. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *The American Journal of Psychiatry*. 2006 Jan;163(1):109–14.
60. Altemus M. Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Hormones and Behavior*. 2006 Nov;50(4):534–8.
61. Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*. 1999 Sep;29(5):1043–53.
62. Goldberg D. The aetiology of depression. *Psychological Medicine*. 2006 Oct;36(10):1341–7.
63. Noble RE. Depression in women. *Metabolism*. 2005 May;54(5 Suppl 1):49–52.
64. West P, Sweeting H. Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003 Mar;44(3):399–411.
65. Bellisle F, Monneuse MO, Steptoe A, Wardle J. Weight concerns and eating patterns: a survey of university students in Europe. *International journal of obesity and related metabolic disorders*. 1995 Oct;19(10):723–30.

66. Rozin P, Bauer R, Catanese D. Food and life, pleasure and worry, among American college students: gender differences and regional similarities. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003 Jul;85(1):132–41.
67. Rozin P, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*. 1999 Oct;33(2):163–80.
68. Benjet C, Hernandez-Guzman L. Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents. *Adolescence*. 2001 Spring;36(141):47–65.
69. Meland E, Haugland S, Breidablik HJ. Body image and perceived health in adolescence. *Health Education Research*. 2006 Sep 6.
70. 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. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2002;56(2):121–5.
71. Bergman MM, Scott J. Young adolescents' well-being and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence*. 2001 Apr;24(2):183–97.
72. Bolognini M, Plancherel B, Bettschart W, Halfon O. Self-esteem and mental health in early adolescence: development and gender differences. *Journal of Adolescence*. 1996 Jun;19(3):233–45.
73. Rätty LK, Larsson G, Söderfeldt BA, Larsson BM. Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender, and general self-concept. *The Journal of Adolescent Health*. 2005 Jun;36(6):530.
74. Feingold A. Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 1994 Nov;116(3):429–56.
75. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2002 Oct;252(5):201–9.
76. Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 2002 Aug 7;288(5):581–8.
77. Silver RC, Holman EA, McIntosh DN, Poulin M, Gil-Rivas V. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 2002 Sep 11;288(10):1235–44.
78. Aksaray G, Kortan G, Erkaya H, Yenilmez C, Kaplanoglu C. Gender differences in psychological effect of the August 1999 earthquake in Turkey. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006;60(5):387–91.
79. Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*. 2003 Aug 6;290(5):612–20.
80. Solomon Z, Gelkopf M, Bleich A. Is terror gender-blind? Gender differences in reaction to terror events. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005 Dec;40(12):947–54.
81. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine* 2002 Dec;25(6):551–603.
82. Tamres LK, Jenicki D, Helgeson VS. Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review*. 2002;6(1):2–30.

83. Vulic-Prtoric A, Macuka I. Family and coping factors in the differentiation of childhood anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy*. 2006 Jun;79(Pt 2):199–214.
84. Hanninen V, Aro H. Sex differences in coping and depression among young adults. *Social Science & Medicine*. 1996 Nov;43(10):1453–60.
85. Pitkänen T. Problem drinking and psychological well-being: a five-year follow-up study from adolescence to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*. 1999 Sep;40(3):197–207.