

Barns och ungas folkhälsa 2.

Barns och ungas folkhälsa

Att unga individer uppnår bästa möjliga hälsa är särskilt angeläget av flera anledningar. Ett nedsatt hälsotillstånd redan i livets början kan få betydelse för individens hela framtid. En annan anledning är att många levnadsvanor som har betydelse för hälsan, grundläggs i barn- och ungdomsåren. Hälsorisker tidigt i livet, till och med redan i fosterlivet, kan påverka hälsan långt fram i livet. Framtida folkhälsoutvecklingen är således i hög grad beroende av att barn och unga tillförsäkras en god hälsa, goda levnadsvanor och levnadsförhållanden.

Barn- och ungdomstiden ska emellertid inte ses som en transportsträcka till vuxenlivet. Enligt FN:s konvention om barns rättigheter som nästan alla länder inklusive Sverige har ratificerat, har barn rätt till goda uppväxtvillkor där det bland annat ingår rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Eftersom barn och unga är beroende av skydd och omsorg av vuxna, ställer det särskilda krav på hänsyn till barns och ungas behov.

Olika hälsoproblem från födsel till tonår

Barns och ungas hälsoproblem skiljer sig mycket beroende på ålder. Spädbarnsåren har alltid varit, och är alltjämt, den mest utsatta perioden i barn- och ungdomsåren, vilket illustreras av figuren nedan som visar dödligheten i olika åldersgrupper (figur 2:1).

Risken att avlida under första levnadsåret är således betydande jämfört med barn- och ungdomsåren i övrigt. Lägst är dödsrisken under barnaåren (efter spädbarnsåret) fram till tonåren. Spädbarnsdödligheten är något högre bland pojkar, men under resterande barndom fram till tonåren finns ingen systematisk könsskillnad. Därremot från sena tonår och framåt, är dödsrisken mycket högre bland pojkar/män än bland flickor/kvinnor.

Skador är en vanlig dödsorsak bland barn och unga. För att ge ett ytterligare exempel på att hälsorisker skiljer sig beroende på barnens ålder, visas i figur 2:2 anledningen till sjukhusvård för olycksfall. Cykelolyckor når sin topp vid 13-års åldern, moped/motorcykel i 15-års åldern och personbilsolyckor i 19-års åldern.

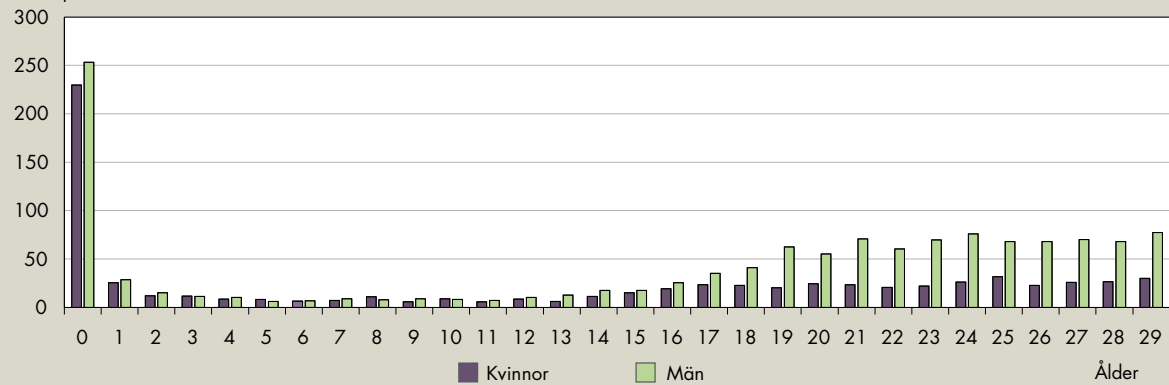
Åldersrelaterade skillnader i sjukdomspanoramata avspeglar barns och ungas biologiska och sociala utveckling. Men det betyder inte att ohälsomönstret inte är påverkbart. Exempelvis har pojkar/män nästan överallt i världen en högre risk att avlida i skador, och så är det även i Sverige från tonåren och uppåt. Men i vårt land har vi tack vare ett systematiskt olycksfallsförebyggande arbete minskat dödsolyckor bland barn, framförallt bland pojkar till den grad att det inte längre finns könsskillnader i dödlighet bland barn.

Eftersom ungas hälsa skiljer sig mellan olika åldrar, utgår beskrivningen av hälsan i detta kapitel från ett åldersperspektiv. Avsikten är att ge en samlad bild av de viktigaste hälsoproblemen

Figur 2:1. Dödlighet i olika åldrar i åldersspannet 0–29 år

Antal döda per 100 000, pojkar och flickor, 0–29 år. Genomsnitt för åren 2007–2011.

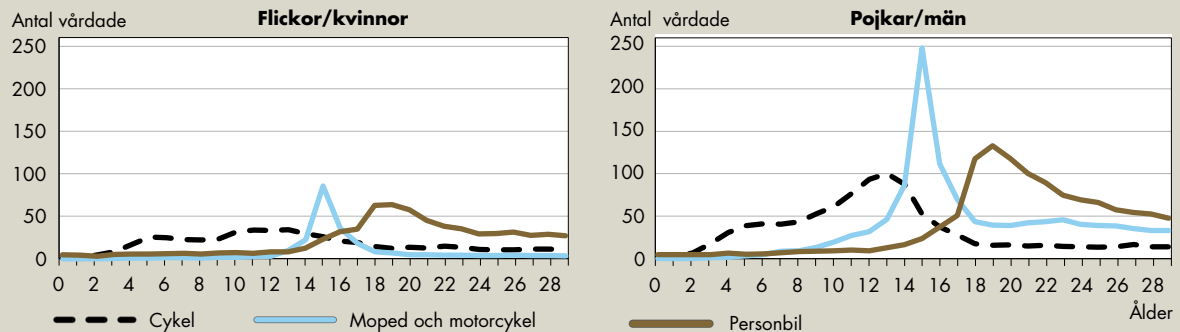
Döda per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 2:2. Vårdad på sjukhus för cykel-, moped/motorcykel- eller personbilsolyckor, i olika åldrar i åldersspannet 1–29 år

Antal flickor/kvinnor och pojkar/män i åldrarna 1–29 år som vårdats någon gång för skador i samband med trafikolyckor, uppdelat på fordonslag. Genomsnitt per år under perioden 2000–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

som kan drabba barn och unga under uppväxten, från spädbarnstiden till 20-årsåldern. Alternativet vore att istället strukturera redogörelsen med sjukdomar som utgångspunkt, men man förlorar då den samlade bilden av barns hälsa.

Det är långt ifrån en fullständig bild av alla sjukdomar som barn kan drabbas av, som diskuteras i detta kapitel. Tonvikten har lagts på orsaker till dödsfall, kroniska sjukdomar samt vanliga sjukdomar och symtom.

Avsnittet om spädbarn handlar framförallt om spädbarnsdödlighet och dess orsaker. Dessutom diskuteras infektionssjukdomar, amning och glutenintolerans. I åldern 1–14 år beskrivs cancer och olycksfall eftersom de är de vanligaste dödsorsakerna i åldersgruppen, samt diabetes och allergier som är de vanligaste kroniska sjukdomarna, och infektionssjukdomar som är en stor del av vardagssjukligheten i åldersgruppen. Barns psykiska hälsa avslutar beskrivningen av hälsan i åldersgruppen 1–14 år.

I åldern 15–29 år är förutom olycksfall och cancer, även självmord en vanlig dödsorsak. I avsnittet om ungdomars hälsa läggs tonvikten på den psykiska hälsan samt på dödlighet till följd av skador. Sexuell och reproduktiv hälsa berörs också eftersom det är i denna ålder som sexuellt överförbara infektioner är vanligast. Dessutom har hälften av alla kvinnor som får barn, fött sitt första barn före 29 års ålder. Övervikt samt mat och motionsvanor tas upp i detta avsnitt, likaså skadliga levnadsvanor som bruket av tobak, alkohol och narkotika eftersom de oftast etableras redan i tonåren.

Barns respektive ungdomars hälsa beskrevs ingående i var sitt kapitel i Socialstyrelsens ”Folkhälsorapport 2009”. Ytterligare en folkhälsorapport har publicerats sedan dess, ”Health in Sweden, The National Health Report 2012”. Denna rapport som ges ut på engelska är en uppdatering

av Folkhälsorapport 2009. För en mer fullständig och detaljerad beskrivning av hälsan bland barn och ungdomar hänvisas till kapitlen ”Barns hälsa” respektive ”Ungdomars hälsa” i dessa bägge rapporter [1-4]. I detta kapitel refereras till figurer och tabeller i bägge rapporterna med angivande av ”FHR kapitelnummer och figurnummer”, satta inom parentes i texten (bägge rapporterna har till övervägande del samma numrering).

Sociala skillnader i hälsa bland barn och unga

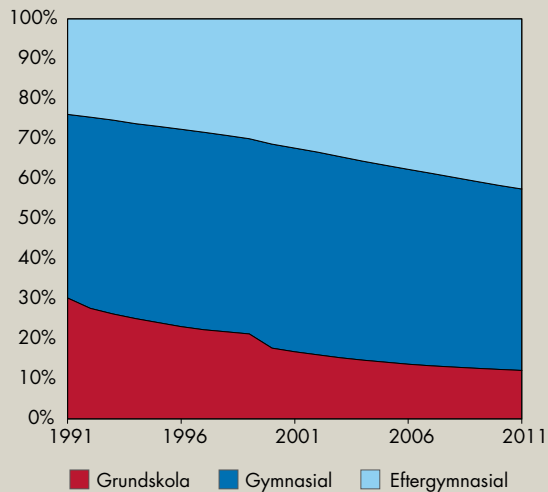
I Folkhälsorapport 2009 och i den uppdaterade rapporten Health in Sweden 2012 redovisades att skillnaderna i återstående livslängd vid 30 års ålder, för män och kvinnor med olika lång utbildning, har ökat de senaste tjugo åren (FHR kapitel 1, figur 2). Skillnaderna i livslängd mellan kvinnor med eftergymnasial utbildning och kvinnor med enbart grundskoleutbildning, ökade från 2,4 år 1990 till 4,7 år 2010. Bland män ökade livslängdsskillnaden från 3,4 till 5,3 år.

I detta kapitel har uppgifter om mödrars utbildningsnivå från 1991 och framåt från Statistiska Centralbyråns utbildningsregister kombinerats med Socialstyrelsens register om dödlighet och sjuklighet. Som redovisas nedan finns redan under barndomen betydande sociala skillnader utifrån mödrars utbildningsnivå, beträffande risken att drabbas av sjukdomar och död. Det betyder att sociala skillnader i medellivslängd påverkas inte enbart av individens egen utbildningsnivå. Även föräldrarnas utbildningsnivå har betydelse. Eller om man uttrycker det utifrån ett vuxenperspektiv, så drabbas även barnen till personer med låg utbildning av större hälsorisker.

Det förefaller som att sociala skillnader i dödlighet och sjukhusvård har ökat under de senaste

Figur 2:3. Utbildningsnivå bland mödrar, 1991–2011

Andelen (procent) av mödrar, till barn och unga i åldern 0–29 år, som har grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning som högsta uppnådda utbildning, 1991–2011.



Källa: Utbildningsregistret, Statistiska Centralbyrån.

tjugo åren. Vid tolkning av detta, ska man också tänka på att det även har skett mycket stora förändringar beträffande utbildningsnivån i sam-

hället, under de senaste tjugo åren (figur 2:3). År 2011 hade 12 procent grundskoleutbildning som högsta utbildning, av alla mödrar till barn i åldern 0–29 år, jämfört med 30 procent 1991. Andelen med eftergymnasial utbildning har ökat från 24 till 45 procent. Denna förändring kan exempelvis innebära att de som idag endast har grundskoleutbildning, och som nu är en minoritet av mödrarna, sannolikt är en mer utsatt grupp jämfört med övriga mödrar, än vad som var fallet för tjugo år sedan.

Ett exempel på att så kan vara fallet är att skillnaderna i andel rökare mellan kvinnor med olika lång utbildning har ökat markant. Medan rökning bland kvinnor med eftergymnasial utbildning minskat kraftigt och få röker idag, så röker en hög andel, omkring en tredjedel, av kvinnor med enbart grundskoleutbildning. Någon minskning av andelen rökare bland grundskoleutbildade har inte skett under de senaste decennierna.

Mödrar som endast uppnått grundskoleutbildning är i genomsnitt något yngre än mödrar som har eftergymnasial utbildning, med barn i samma ålder (tabell 2:1). Oavsett utbildningsnivå var mödrar till jämgamla barn något äldre 2011 än mödrar var 1991. Skillnader i ålder kan ha betydelse för barnens hälsa. Exempelvis är risken

Tabell 2:1. Mödrarnas genomsnittliga ålder för barn* i olika åldersgrupper, uppdelat på mödrarnas utbildningsnivå, 1991 respektive 2011

	Spädbarn		Barn 1–14 år		Unga 15–29 år	
	1991	2011	1991	2011	1991	2011
Grundskola	27	28	35	35	43	51
Gymnasial	28	30	35	38	43	50
Eftergymnasial	32	33	38	39	45	52

*Endast barn som fötts i Sverige.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

för förlossningskomplikationer minst för mödrar som varken är mycket unga eller mycket gamla. Äldre mödrar ammar i högre grad och deras barn vårdas mer sällan på sjukhus för olycksfall [5].

Spädbarnsperioden

En redan låg spädbarnsdödlighet fortsätter att minska

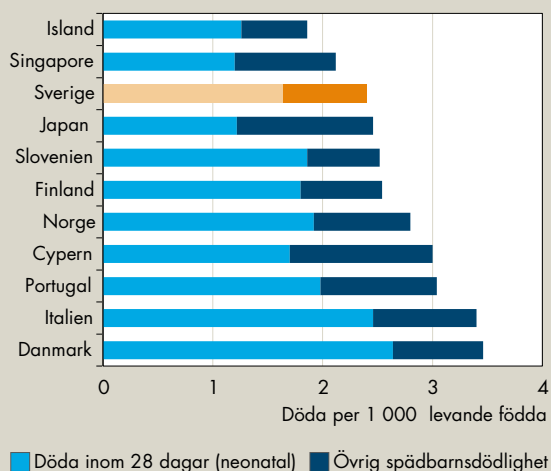
Sverige hör till de länder som har den lägsta spädbarnsdödligheten i världen, 2,1 döda per 1 000 levande födda barn, endast Island och

Singapore hade en lägre spädbarnsdödlighet under perioden 2007–2011 (figur 2:4). Majoriteten av barnen som dör under första levnadsåret dör i anslutning till förlossningen eller under nyföddhetsperioden (den så kallade neonatal perioden) vilket gäller i alla länderna med låg spädbarnsdödlighet.

I mitten av 1800-talet var medellivslängden i Sverige drygt 45 år och den viktigaste orsaken till den låga livslängden var den höga barnadödligheten. Då dog omkring 15 procent av alla barn innan 1-årsdagen, vilket dock var lägre än på 1700-talet då vart femte spädbarn avled (figur 2:5). Ökningen av medellivslängden fram till mitten av 1900-talet var framförallt en effekt av minskad barnadödlighet. Medellivslängdens ökning under senaste decennierna beror däremot inte längre på förändringar i den redan låga barnadödligheten utan på att dödligheten bland medelålders minskar, och att även de äldre uppnår en allt högre ålder. Trots en redan låg spädbarnsdödlighet fortsätter den emellertid att sjunka även i modern tid. Spädbarnsdödligheten var åtta gånger högre 1961 jämfört med 2011 (1,6 procent jämfört med 0,2 procent).

Figur 2:4. Länder med den lägsta spädbarnsdödligheten i världen* 2007–2011

Antal döda under det första levnadsåret per 1 000 levande födda (spädbarnsdödlighet) och andelen därav som avlidit inom de första 28 dygnen (neonatal dödlighet). Bägge könen sammantaget.



*I jämförelsen ingår inte följande små länder som samtliga har låg spädbarnsdödlighet: Lichtenstein 1,86, San Marino 1,92, Luxemburg 2,56, Andorra 2,94 och Monaco 3,34.

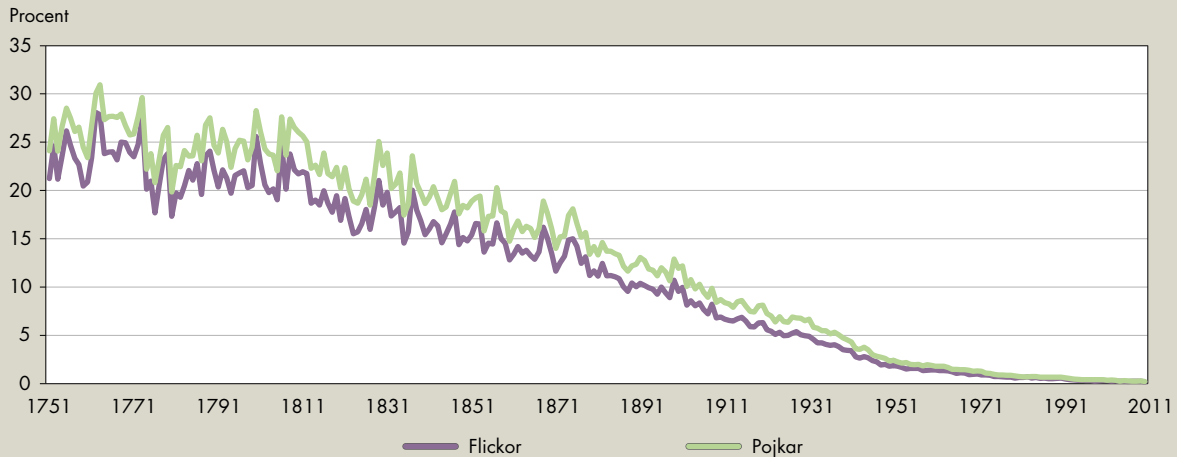
Källa: UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.

Lika vanligt med för tidigt födda men fler överlever

Barn som vid födseln väger för lite har en betydligt högre risk att avlida vid förlossningen och under den första nyföddhetsperioden. Omkring 2,5 procent av alla barn föds med för låg födelsevikt. Att barnet är litet kan bero på att barnet fått otillräcklig näring under fosterstadiet eller fötts för tidigt, inte sällan både för tidigt född och tillväxthämmad. Av alla barn som avled redan under första levnadsveckan (1 300 barn år 2011) var endast en tredjedel fullgångna, trots att 94 procent av alla barn föddes efter fullgången graviditet

Figur 2:5. Spädbarnsdödlighet, 1751–2011

Andelen döda (procent) flickor och pojkar, 1751–2011.



Källa: Human Mortality Database.

(graviditetsvecka 37 och uppåt). Riskfaktorer för att barn ska födas för tidigt är dels genetiska men det är också större risk om exempelvis modern röker under graviditeten, är överviktig, väntar tvillingar, eller är mycket ung eller gammal.

Det är alltså omkring 6 procent av alla förlossningar (omkring 6 000 barn per år), som sker i förtid det vill säga i graviditetsvecka 22–36 varav 1 procent föder mycket för tidigt det vill säga före vecka 32 [6]. Andelen för tidigt födda och andelen barn med låg födelsevikt har inte förändrats nämnvärt, men fler överlever tack vare allt bättre sjukvård. Figur 2:6 visar att den neonatala dödligheten, det vill säga barn som dör under första levnadsmånaden (0–27 dygn), har minskat kontinuerligt.

Studier av barn som på 1970-talet föddes för tidigt, visar att bestående funktionsnedsättningar är vanligare än bland andra barn, men studierna

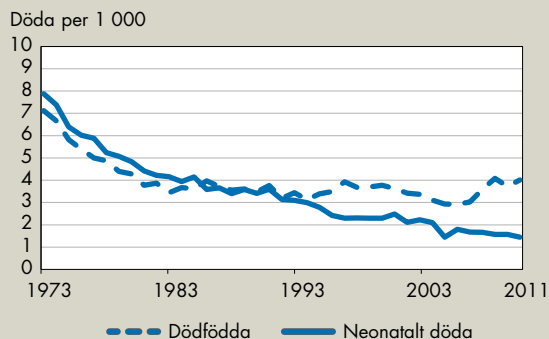
visade också att det stora flertalet klarade sig bra [1]. Låg födelsevikt till följd av tillväxthämning kan även öka risken för att i vuxen ålder drabbas av diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar.

Dödfödda minskar inte

Figur 2:6 visar också att andelen dödfödda inte har minskat under de senaste trettio åren, men minskade dessförinnan. Med dödfödda barn menas barn som dött under fosterlivet någon gång efter 22:a graviditetsveckan. Tidigare räknades barn födda först efter 28 veckor som dödfödda. Sedan 2008 omfattas barn födda så tidigt som efter 22 fullgångna graviditetsveckor av statistiken över dödfödda, vilket resulterat i ett ”hopp” uppåt i statistiken år 2008. Det finns många gemensamma riskfaktorer för dödsfall som inträffar

Figur 2:6. Dödfödda och neonatalt döda, 1973–2011

Antalet dödfödda (graviditetsvecka ≥ 22) per 1000 födda och antalet neonatalt döda (0–27 dygn efter födelsen) per 1000 levande födda.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

sent i graviditeten, och dödsfall vid förlossningen och första nyföddhetsperioden.

Den främsta anledningen till att spädbarn avlider idag är komplikationer som uppstår i anslutning till födelsen, vilket framförallt drabbar för tidigt födda och barn med låg födelsevikt. Den andra viktiga orsaken är fosterskador. Omkring 1,5 procent av alla nyfödda barn har fosterskador som är så betydande att barnet avlider eller får någon betydande funktionsnedsättning och andelen har inte förändrats [1].

Downs syndrom är den vanligaste kromosomavvikelsen hos nyfödda och sannolikheten för Downs syndrom ökar ju äldre modern är. Med hjälp av blodanalys av modern under graviditeten och ultraljudsundersökning av fostret kan majoriteten av alla med foster med Downs syndrom upptäckas. Det innebär att föräldrarna har möjlighet att avbryta graviditeten, vilket i sin tur har inneburit att det är lika vanligt att barn föds med Downs syndrom idag som för

tre-tio år sedan, trots att medelåldern bland mödrar ökat.

Levnadsvanor under graviditet

Det är inte bara omhändertagandet vid förlossning som har betydelse för det nyfödda barnets hälsa och överlevnad. Moderns levnadsomständigheter och levnadsvanor har betydelse för fostrets tillväxt och utveckling samt risken för komplikationer vid förlossningen.

Övervikt samt bruk av tobak, alkohol eller narkotika är förknippade med en högre risk för både dödföddhet och spädbarnsdödlighet [6]. I mödravårdshälsovården, som når praktiskt taget alla blivande mödrar, ingår förutom övervakning av graviditetens framskridande, att upplysa och stödja föräldrar till hälsosamma levnadsvanor och även att upptäcka förekomst av våld, missbruk och psykisk ohälsa.

Alkohol

Att screena för riskbruk av alkohol har i de flesta län blivit en väl inarbetad rutin inom mödrahälsovården [7]. År 2011 hade omkring 12 procent av förstföderskor och 2 procent av omföderskor alkoholvanor som bedömdes som riskabla, innan de blev gravida. Riskbruk innan graviditeten är vanligare hos yngre kvinnor än äldre. Bland gravida som var tjugo år eller yngre, var det 21 procent som hade riskabla alkoholvanor innan graviditeten, jämfört med omkring fyra procent bland gravida över 30 år.

Alkohol som den gravida modern dricker passerar moderkakan och når fostret, och det är anledningen till att gravida kvinnor rekommenderas att helt och hållet avstå från alkohol. Konsekvenser för barnet av hög alkoholkonsumtion är kända sedan länge. Det ger framförallt svåra hjärnska-

dor och påverkar ansiktets utveckling vilket ger karaktäristiska ansiktsdrag. På senare år har forskare allt mer uppmärksammat att hjärnska-
dor även orsakas av mer måttlig alkoholkonsum-
tion, som kan ge kognitiva och neuropsykologiska
störningar hos barnet [9].

De flesta kvinnor slutar att dricka alkohol när
de upptäcker att de är gravida. Emellertid är det
många, omkring hälften, som inte vet att de är
gravida förrän efter sjätte graviditetsveckan. Se-
nare års forskning visar att alkohol även under
dessa första veckor kan vara skadligt, och att en
måttlig alkoholkonsumtion ibland tycks kunna
ge bestående hjärnpåverkan hos fostret. Det kan
därför vara viktigt att kvinnor som planerar att
bli gravida, avstår från alkohol redan innan gra-
viditeten [9].

Rökning

Tobaksbruk, både cigarettökning och snus, på-
verkar fostret och ökar risken för dödföddhet och
spädbarnsdödlighet. På mödravårdscentralerna
samlas uppgifter in om mödrars rökvanor både
i tidig och sen graviditet, samt rökvanor tre må-
nader innan graviditeten [6]. Innan graviditeten
rökte 15 procent av mödrar till barn födda 2011,
men mer än hälften hade slutat vid tidpunkten för

första besöket på mödravårdscentralen det vill
säga sex procent var då fortfarande rökare. Ytter-
ligare någon procent slutade senare under gravi-
diteten.

Andelen gravida som röker har minskat kon-
tinuerligt. I början av 1980-talet rökte cirka 30
procent av alla gravida och 2001 rökte 11 procent,
det vill säga nästan dubbelt så många som idag.
Rökning är mycket vanligare bland yngre mödrar
än bland äldre (tabell 2:2).

En anledning till att det framförallt är unga
mödrar som röker, kan vara skillnader i utbild-
ningsnivå. Kvinnor med högre utbildning föder
barn senare i livet än kvinnor med lägre utbild-
ning (och som inte heller uppnår en högre utbild-
ning längre fram i livet). Figur 2:7 illustrerar att
rökning är tio gånger vanligare bland mödrar med
enbart grundskoleutbildning än kvinnor med ef-
tergymnasial utbildning [6]. I figuren redovisas
andel rökare fördelat på utbildningslängd, där
effekten av skillnader i genomsnittsalder har eli-

Tabell 2:2. Dagligrökare bland gravida kvinnor

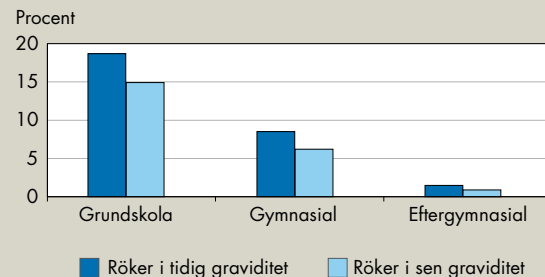
Andelen (procent) dagligrökare i olika åldersgrupper
bland gravida 2011.

Ålder	-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år
Procent dagligrökare	16	10	5	3	3

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 2:7. Andel rökare bland gravida med olika utbildningsnivå

Andel rökare i tidig och sen (vecka 30-32)
graviditet fördelat på utbildningsgrupp, 2011.
Åldersstandardiserat.



Källa: Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska
födelseregistret 1973–2011 Assisterad befruktning 1991–2010,
2013. Socialstyrelsen.

minerats genom så kallad åldersstandardisering. Skillnaderna i rökning mellan utbildningsgrupperna i figur 2:7 beror således inte på åldersskillnader.

Övervikt

Övervikt (BMI² 25 eller mer) hos modern medför en ökad risk för både dödföddhet och spädbarnsdödlighet, och risken ökar med ökande BMI. Fetma (BMI 30 eller mer) medför en riskökning som motsvarar riskerna med att röka över 10 cigaretter om dagen [6]. Övervikt och fetma är vanligare ju lägre utbildning den blivande modern har (figur 2:8).

Fetma har blivit vanligare bland gravida. År 2011 hade närmare 13 procent fetma vilket kan jämföras med 8 procent 1996. Överviktiga mödrar föder i genomsnitt barn med högre födelsevikt än normalviktiga mödrar. Andelen barn med hög födelsevikt har också ökat sedan början av 1990-talet men kulmen nåddes i början av 2000-talet, trots att andelen mödrar med fetma fortsatt att öka.

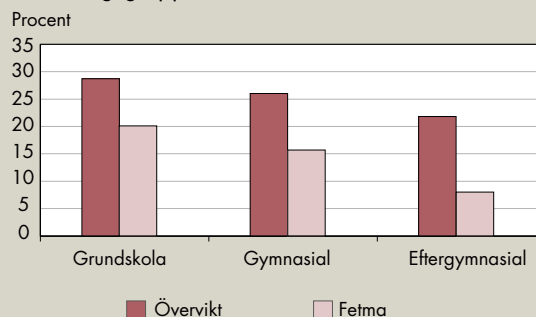
Våld

Hur vanligt det är att gravida kvinnor utsätts för våld är svårt att uppskatta eftersom det i många fall är dolt för omgivningen. Våld under graviditeten drabbar förutom modern även det ofödda barnet. Våld mot magen kan orsaka skador på fostret, men barnet kan även skadas indirekt av den påfrestning som det innebär för kvinnan att vara utsatt för våld i hemmet, vilket kan leda till en sämre fostertillväxt. Mödrahälsovården ska ti-

2 Body Mass Index (BMI) är det vanligaste måttet för att bedöma om en person är överviktig och anger relationen mellan vikt och längd enligt beräkningen kroppsvikt (i kilogram) dividerat med längden (i meter) i kvadrat.

Figur 2:8. Andel med övervikt och fetma bland gravida med olika utbildningsnivå

Andel gravida kvinnor med övervikt (BMI 25,0–29,9) och fetma (BMI 30,0 eller mer) vid inskrivning på mödrahälsovården fördelat på utbildningsgrupp, 2011. Åldersstandardiserat.



Källa: Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2011 Assisterad befruktning 1991–2010, 2013. Socialstyrelsen.

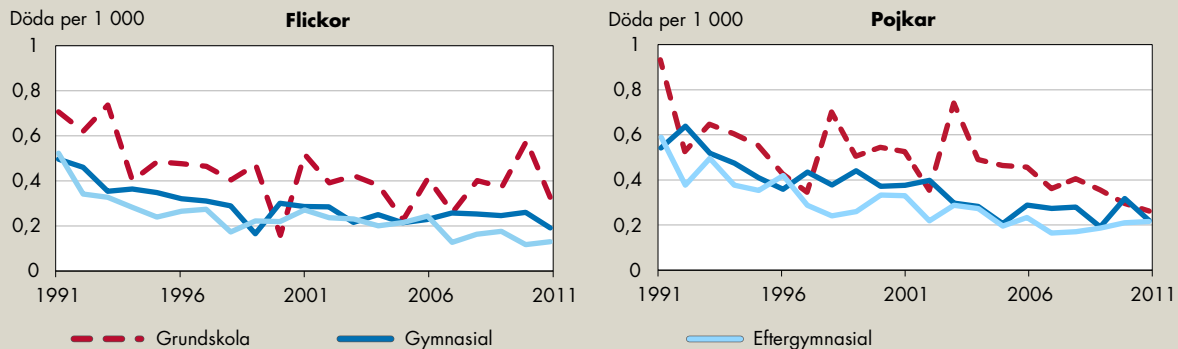
digt upptäcka och motverka medicinska och psykosociala risker som hotar moderns och barnets hälsa. Flera studier visar att barnmorskor upplever att det kan vara svårt att fråga om utsatthet om våld [11, 12]. En anledning är att frågan upplevs som känslig, och en annan anledning är att partnern ofta är med på besöket på mödravårdscentralen. Däremot tycks de flesta blivande mödrar vara positiva till att barnmorskor frågar om de utsätts för våld [11].

Sociala skillnader i spädbarnsdödlighet

Dödligheten är högre bland spädbarn till mödrar som endast har grundskoleutbildning, än bland spädbarn till mödrar med högre utbildning (figur 2:9). I figuren visas spädbarnsdödligheten enbart för barn till mödrar som är mellan 20–35 år. Det

Figur 2:9. Spädbarnsdödlighet efter moderns utbildning, 1991–2010

Spädbarnsdödlighet efter moderns högsta utbildningsnivå. Antal döda per 1 000 levande födda, flickor och pojkar, 1991–2010. (Mödrar mellan 20–35 år).



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

är den ålder där risken för spädbarnsdöd är lägst vilket innebär att sociala skillnader i spädbarnsdödlighet i figur 2:9 inte huvudsakligen beror på skillnader i mödrars ålder, mellan kvinnor med olika lång utbildning.

Amning fortfarande vanligt men minskar något

I Sverige har föräldrar mycket goda möjligheter att vara tillsammans med sina spädbarn tack vare den väl utbyggda föräldraförsäkringen. Det är sannolikt en anledning till att barn ammas i hög grad i vårt land i jämförelse med andra europeiska länder. I Sverige rekommenderas att barn enbart får bröstmjolk de första 6 månaderna, vilket överensstämmer med WHO:s rekommendationer. Bröstmjolk rekommenderas därför att sammanställningen är bättre anpassad till det späda barnets behov än någon annan kost, men behöver dock kompletteras med D-vitamin i solfattiga län-

der som Sverige. I låginkomstländer är vikten av amning större eftersom det skyddar mot diarréer som är vanliga och en viktig dödsorsak i många fattigare länder.

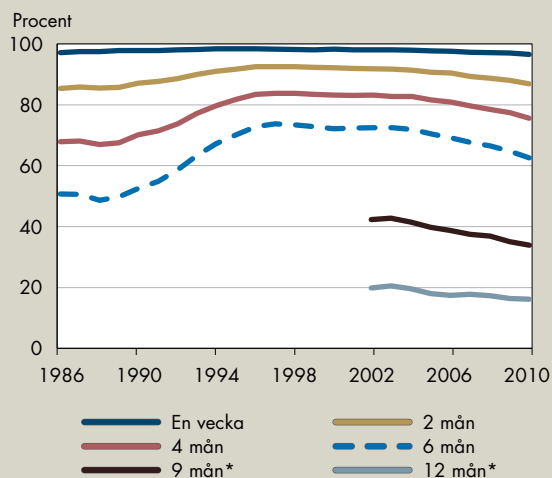
Av barn födda 2010 ammasses 63 procent, helt eller delvis, vid 6 månaders ålder. Andelen barn som ammas har minskat något (figur 2:10). Av de barn som föddes runt millennieskiftet ammasses över 70 procent vid 6 månaders ålder.

Glutenintolerans och spädbarnsmat

Glutenintolerans är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna som debuterar redan bland spädbarn. Gluten finns i framförallt vetemjöl och i lägre halter i råg och korn, däremot inte i havre. Gluten skadar tunntarmen hos känsliga individer och vanliga symtom är diarré, vikt förlust och svullen mage. När sjukdomen debuterar i spädbarnsåldern påverkar det barnets tillväxt. Behandlingen av glutenintolerans innebär glutenfri

Figur 2:10. Ammade barn

Helt eller delvis ammade barn födda 1986 - 2010.



mat resten av livet. Utan gluten i maten läker tarmen och symtomen försvinner.

Det finns en ärftlig benägenhet att utveckla glutenintolerans men det förefaller även som det kan vara betydelsefullt när och hur gluten introduceras i kosten till spädbarn. En plötslig övergång vid sex månaders ålder från amning till gröt och välling med stort gluteninnehåll var vanligt under 1980-talet och början av 1990-talet, och har satts i samband med ökad risk för glutenintolerans. Glutenhalterna har sedan dess minskats i barnmaten och Livsmedelsverket rekommenderar nu istället en successiv upptrappning av mat med gluten parallellt med amning [13, 14]. Glutenintolerans kan debutera i alla åldrar och många vuxna med glutenintolerans vet inte om att de har

sjukdomen eftersom glutenintolerans inte alltid ger magproblem i vuxen ålder. Glutenintolerans leder till näringsbrister, brist på vitaminer och mineraler, och ibland är det näringsbristen som ger de huvudsakliga symtomen som till exempel blodbrist, benskörhet, trötthet och depressioner. Det är möjligt att en försiktigare introduktion i spädbarnsåldern innebär att glutenintoleransen skjuts upp till högre åldrar, snarare än att sjukdomen minskar i omfattning.

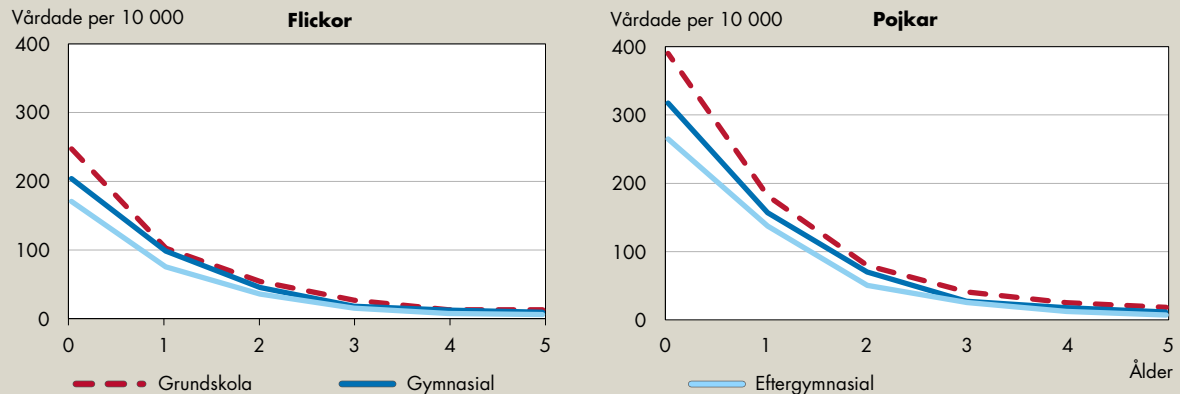
Sjukhusvård för luftvägsinfektioner vanligast bland spädbarn till lågutbildade mödrar

Spädbarn har under det första halvåret ett infektionsskydd av de antikroppar som förts över från mamman under graviditeten, och som skyddar mot de infektioner som mamman har haft. Även bröstmjolk innehåller antikroppar, och dessa skyddar särskilt slemhinnor i luftvägar och tarm. Perioden efter sex månaders ålder och upp mot ett års ålder kan vara en känslig period i barns liv med ständiga luftvägsinfektioner, eftersom antikroppsskyddet från fostertiden inte längre finns och många mammor har dessutom slutat amma. Barnet bygger så småningom upp sitt eget antikroppsförsvar och infektionskänsligheten avtar. Spädbarn är också särskilt känsliga för RS-virus som kan ge svåra luftvägssymtom och förekommer epidemiskt under vinterhalvåret. [15]

Vård på sjukhus för andningssvårigheter i samband med luftvägsinfektioner är vanligast i spädbarnsåldern (figur 2:11). Spädbarn har trängre luftvägar och får därför oftare andningsbesvär när luftvägarna infekteras. Spädbarn och även småbarn kan få astmasymtom i samband med luftvägsinfektioner utan att de har någon allergi. Ungefär vart femte barn beräknas ha denna typ

Figur 2:11. Sociala skillnader i sjukhusvård för luftvägsbesvär i åldrarna 0–5 år

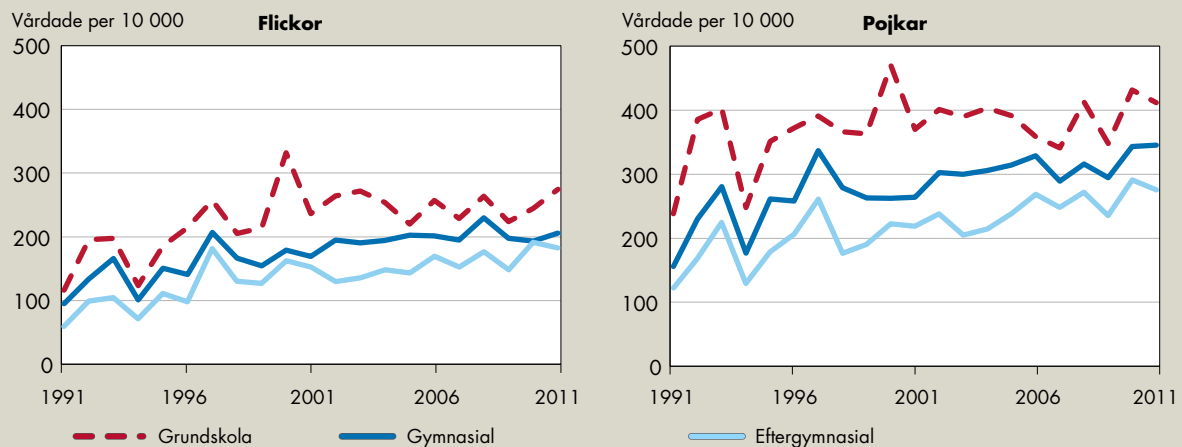
Antal vårdade årligen per 10 000 barn för luftvägsbesvär utifrån moderns utbildningsnivå. Flickor och pojkar i åldersintervallet 0–5 år. Genomsnitt 2007–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Figur 2:12. Sociala skillnader i sjukhusvård av spädbarn för luftvägsbesvär 1991–2011

Antal vårdade spädbarn årligen per 10 000 för luftvägsbesvär utifrån moderns utbildningsnivå. 1991–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

2. Barns och ungas folkhälsa

av infektionsutlöst astma och för de allra flesta försvinner besvären innan skolåldern.

Av ännu okänd anledning har pojkar i västvärlden fler infektioner under de första levnadsåren, framförallt öroninflammationer, än vad flickor har. Det är betydligt vanligare att spädbarn till mödrar med enbart grundskoleutbildning vårdas på sjukhus för luftvägsbesvär, och figur 2:12 visar att så har det varit de senaste tjugo åren.

Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet har en högre risk för öroninflammationer och luftvägsinfektioner. Rökning redan under graviditet har betydelse eftersom det påverkar fostrets lungtillväxt och kan påverka lungfunktionen hos barnet långt fram i livet. Skillnader i rökvanor kan därför vara en viktig anledning till att det är vanligare att spädbarn vars mödrar endast har grundskoleutbildning vårdas på sjukhus för luftvägsbesvär.

Barndom 1–14 år

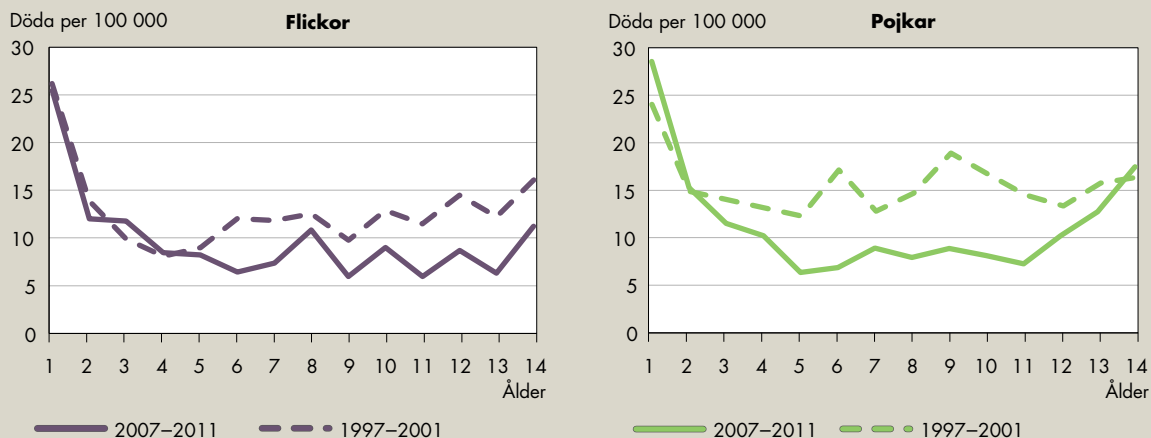
Barnadödligheten fortsätter att minska

Barnaåren 1–14 år är den period i livet när dödsriskerna är minst. Figur 2:13 visar att dödsrisken är betydligt högre i 1-årsåldern än åren därefter, vilket sannolikt hänger samman med orsaker förknippade med problem som redan fanns under spädbarnsåret. Risken att avlida under barnaåren har minskat i nästan alla åldrar i ålderintervallet 1–14 år, under de senaste 10 åren, 1997–2001 jämfört med 2007–2011 (figur 2:13).

Under 2011 dog 69 flickor och 81 pojkar i åldern 1–14 år. De vanligaste dödsorsakerna var tumörer (22 flickor och 14 pojkar) och yttre skador (11 flickor och 22 pojkar). Tumörsjukdomar och skador orsakade således hälften av alla dödsfall i åldersgruppen. Huvudsakligen är det olycksfall som ledde till dödsfall i skador, men under 2011

Figur 2:13. Dödlighet i olika åldrar i åldersspannet 5–14 år

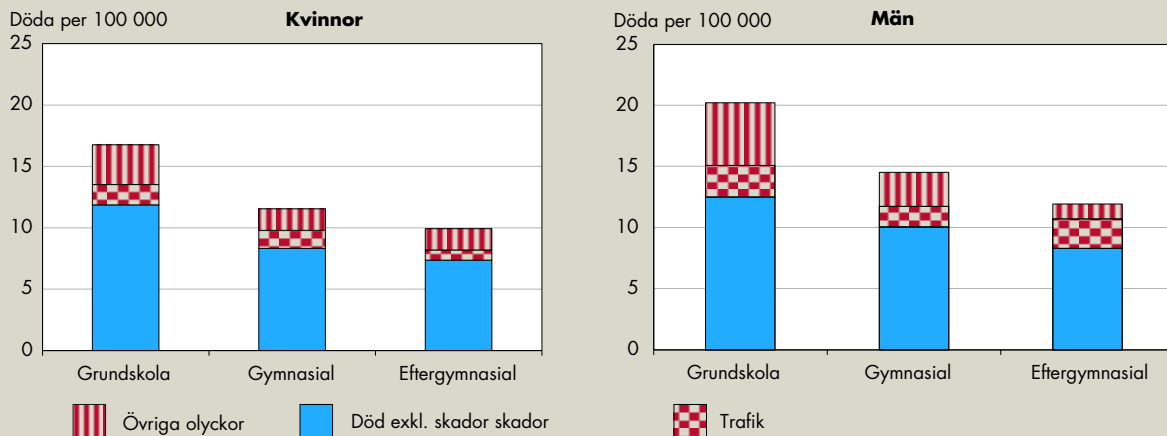
Antal döda per 100 000, pojkar och flickor, 5–14 år. Genomsnitt för åren 1997–2001 och 2007–2011.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 2:14. Sociala skillnader i dödsorsaker i åldern 1–14 år efter moderns utbildning

Dödsorsaker i åldern 1–14 år efter moderns högsta utbildningsnivå. Antal döda per 100 000, flickor och pojkar, genomsnitt 2000–2011.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

begick tre pojkar och två flickor självmord och två pojkar dog efter att ha utsatts för våld.

Även i åldern 1–14 år, har barn till mödrar med lägre utbildning en högre risk att avlida, än vad barn till mer utbildade mödrar har, vilket framgår av figur 2:14 som visar ett genomsnitt för åren 2000–2011. Det går inte att säga om de sociala skillnaderna minskat eller ökat under perioden, eftersom det är få som dör, och dödligheten för varje enskilt år visar stora slumpmässiga variationer.

Cancer

De vanligaste cancerformerna bland barn i åldern 1–14 år är leukemier (en form av blodcancer) och hjärntumörer, som tillsammans utgör drygt hälften av alla cancerfall i åldersgruppen. Både andelen som insjuknar och som dör i cancer har varit

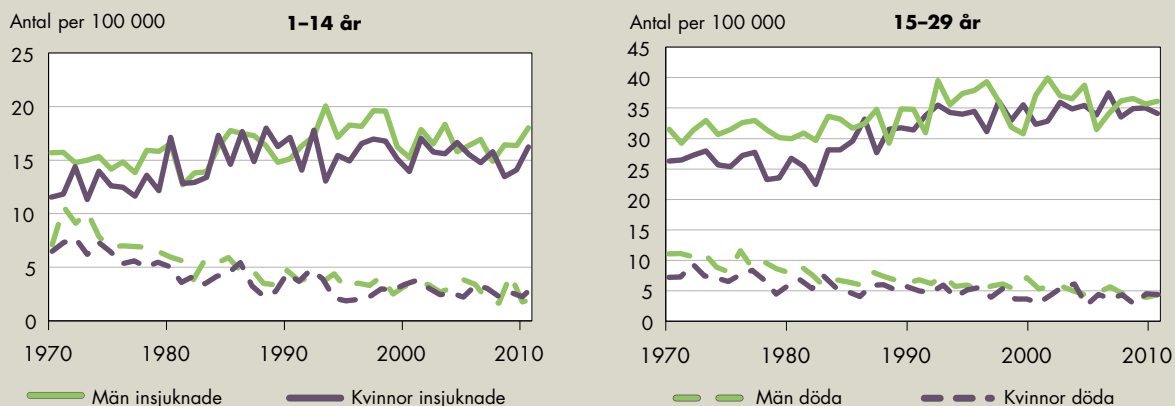
ganska oförändrad sedan början av 1990-talet, hos barn upp till och med 14 års ålder (figur 2:15). Ingen större förbättring av överlevnaden har skett de senaste femton åren. Innan dess gjordes stora framsteg och allt fler barn överlevde. Åttio procent lever fem år efter en cancerdiagnos, och överlevnaden varierar något beroende på cancerform [16].

Även i åldersgruppen 15–29 år har inga större förändringar i insjuknande eller dödlighet skett de senaste 15 åren (figur 2:15). Bland kvinnor i åldern 15–29 år är malignt melanom den vanligaste cancerformen och därefter kommer bröst- respektive livmoderhalscancer. Hos män är testikelcancer vanligast, sedan kommer hjärntumörer, malignt melanom och Hodgkins lymfom.

Malignt melanom har ökat stadigt i flera decennier till följd av ett ökat solande [17]. Risken att få malignt melanom ökar med stigande ålder.

Figur 2:15. Cancerinsjuknande och cancerdödlighet bland barn och unga 1970–2011

Antal flickor/kvinnor och pojkar/män per 100 000 som insjuknar respektive avlider i cancer, 1970–2011.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Emellertid är det sannolikt att det är särskilt riskfyllt att få brännskador när man är barn. En eller flera kraftiga brännskador av solen under barndomen anses kunna resultera i malignt melanom i vuxen ålder. Enligt ”Barnens miljöhälsoenkät 2011” som är en rikstäckande undersökning, har medvetenheten om att skydda barn från stark solstrålning ökat mellan undersökningsåren 2003 och 2011.

Ungefär 6 000–7 000 individer i befolkningen är idag före detta barncancerpatienter [16]. Sena komplikationer till cancersjukdom och dess behandling är vanliga och ses hos 60–70 procent av överlevarna. Omkring 30 procent beräknas ha fått mycket allvarliga komplikationer. Extra utsatta är de med hjärntumör, de som har strålbehandlats och vissa grupper som stamcellstransplanterats. Det kan handla om framtida hjärnskador, infertilitet, ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och återinsjuknande i cancer.

Dödsolyckor minskar – ingen skillnad längre mellan nordiska länder

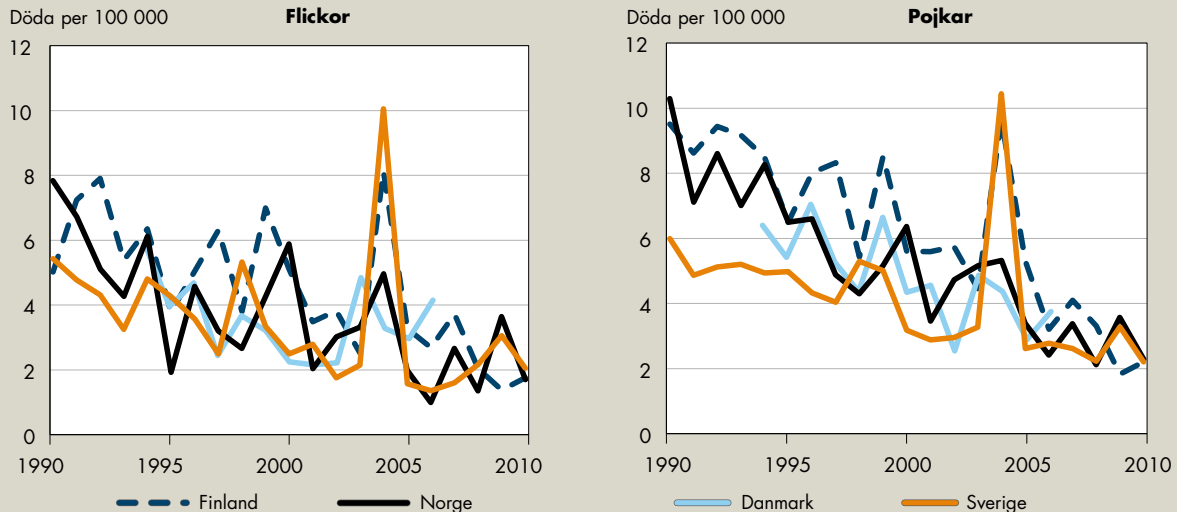
I Sverige har vi haft en lång tradition av att förebygga olycksfall bland barn. Barnadödligheten till följd av skador var exceptionellt låg i vårt land, särskilt bland pojkar. Men nu har även våra nordiska grannländer, Norge, Finland och Danmark, en lika låg barnadödlighet i skador som Sverige (figur 2:16). Numera är dödligheten till följd av skador inte heller högre bland pojkar än bland flickor i något av de nordiska länderna. Barnadödligheten i skador fortsätter att minska, med undantag för 2004 när många nordiska barn, framförallt från Finland och Sverige, omkom i tsunamin i Sydostasien under jullovet.

Många infektioner i småbarnsåldern

Infektionssjukdomar var en gång i tiden ett allvarligt hot mot barns hälsa och den huvudsakliga anledningen till den höga barnadödligheten.

Figur 2:16. Dödlighet i skador i åldern 5–14 år i Finland, Norge, Danmark och Sverige, 1990–2010

Antal döda per 100 000 i skador i Finland, Norge, Danmark och Sverige, 1990–2010. Flickor och pojkar, 5–14 år. Åldersstandardiserat.



Källa: European mortality database (MDB).

Tack vare höjd levnadsstandard, såsom bättre bostäder, allsidigare kost och förbättrad hygien, samt medicinska framgångar, såsom vaccinationer och antibiotika är det sällsynt att barn dör i infektionssjukdomar. Men trots det är infektioner fortfarande den vanligaste orsaken till sjukdom hos barn och då handlar det oftast om övergående förkylningar, öroninflammationer och mag- och tarminfektioner. [15]

Under de fyra första levnadsåren har barn i genomsnitt sex till åtta luftvägsinfektioner per år. Varje infektion läker i genomsnitt ut på en vecka. En del barn får många fler infektioner, vissa barn kan ha infektionssymtom under sammanlagt 4–5 månader per år. Med åldern minskar antalet infektioner till i genomsnitt två till tre vid 5–19-års-

åldern, för att sedan återigen öka i antal när barnet blivit vuxen och i sin tur blir förälder. [15]

Öroninflammation är en vanlig följdåkomma efter en virusinfektion. Mer än 95 procent av alla barn har minst en öroninflammation under förskoleåldern. Barn som får 5–6 öroninflammationer under en tolv månadersperiod brukar kallas för öronbarn [15].

Omkring 90 procent av infektionerna under barnaåren orsakas av virus vilket bland annat innebär att antibiotika saknar effekt. Under 1990-talet och fram till 2004 minskade antibiotikaförskrivningen till barn i förskoleåldern. Tilltagande antibiotikaresistens och en medveten information till både läkare och föräldrar att inte i onödan behandla infektioner med antibiotika anses ha legat

bakom denna minskning [15]. Mellan 2004 och 2007/2008 skedde ingen ytterligare minskning av antibiotikaförskrivning, men därefter har förskrivningen minskat.

PencillinV är den typ av antibiotika som bör användas i första hand vid till exempel luftvägsinfektioner, när antibiotikabehandling anses nödvändig. Anledningen är att övriga antibiotika i större utsträckning bidrar till uppkomsten av antibiotikaresistens eftersom dessa har en bredare effekt, det vill säga på flera bakterietyper. Användningen av övriga antibiotika bland barn minskar relativt mer än pencillinV, vilket är en önskvärd utveckling.

Astma och eksem är vanliga kroniska sjukdomar bland barn

Astma och eksem är vanliga kroniska sjukdomar som ofta debuterar i barnaåren och kan begränsa det dagliga livet. I skolåldern har 5–10 procent av barnen astma. I skolåldern beror astma i allmänhet på allergi, men förkylningar är en vanlig orsak till att besvären utlöses. Vanliga allergener är pälsdjur och pollen. Enligt den riksrepresentativa undersökningen ”Barnens miljöhälsoenkät 2011” har astma ökat bland 4- respektive 12-åringar, mellan de två undersökningsåren 2003 och 2011.

Mellan 15 och 20 procent av alla barn drabbas av böjveckseksem, så kallat atopiskt eksem. De flesta insjuknar före 5-års ålder och i småbarnsåldern sitter eksemet oftast i knä- och armveck. De flesta blir besvärsfria under skolåldern. Huden är emellertid fortsatt känslig och cirka en fjärdedel utvecklar senare i livet handeksem. Hälften av alla med böjveckseksem utvecklar luftvägsbesvär. Bland de minsta barnen kan födoämnesallergi vara bidragande orsak till eksem, vanligast mot mjölk och ägg. Allergi mot mjölk och ägg brukar dock upphöra under förskoleåldern.

Nickel är en av de viktigaste orsakerna till handeksem. Nickelallergi har börjat minska hos yngre kvinnor sannolikt till följd av det förbud som infördes 2001 inom EU mot nickel i produkter som har kontakt med huden som till exempel örhängen. Men bland 12-åringarna har nickelallergier blivit vanligare sedan 2003 visar ”Barnens miljöhälsoenkät 2011”.

Allergiska besvär som astma, allergisnuva och eksem är vanligare bland barn till föräldrar med lägre utbildningsnivå enligt ”Barnens miljöhälsoenkät”. En anledning till detta kan vara att lågutbildade röker mer. Tobaksrök förvärrar inte bara symtomen vid luftrörsbesvär utan är dessutom en orsak till att astma uppkommer.

Barn- och ungdomsdiabetes ökar inte men debuterar tidigare

Svenska barn och ungdomar med diabetes har i stort sätt alltid typ 1-diabetes som orsakas av en immunologisk reaktion mot de insulinproducerande cellerna. Typ 2-diabetes är kopplad till barnfetma och har ökat bland barn och tonåringar i en del andra delar av världen i takt med ökande barnfetma.

Sverige har näst Finland världens högsta insjuknandefrekvens av typ 1-diabetes bland barn i världen. Orsakerna till varför det är så vanligt i vårt land är inte kända. Insjukandet i typ 1-diabetes har under åtminstone de senast tjugofem åren tenderat att ske i allt yngre åldrar, utan att för den skull det totala antalet som får typ 1-diabetes ökar [18]. Diabetesinsjukandet har nämligen samtidigt minskat i tjugo-årsåldern. Omkring 800 barn och ungdomar under 18 år insjuknar årligen och sedan 2004 har antalet varit oförändrat enligt den statistik som samlas in från vårdgivare till nationella registret för barn- och ungdomsdiabetes [19].

Nu ökar inte längre psykiska besvär bland 15-åriga flickor

Under de senaste tjugofem åren har andelen flickor i årskurs 9 som haft olika symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande ökat oroväckande mycket.

Inom ramen för WHO har skolbarns sociala miljö, hälsa och levnadsvanor undersökts vart femte år bland barn i åldrarna 11, 13 och 15 år. Undersökningen benämns fortsättningsvis i detta kapitel för "Skolbarns hälsovanor" [10, 27]. Den har genomförts i ett antal länder/regioner i Europa, Canada och USA. I undersökningen "Skolbarns hälsovanor" har man bland annat mätt förekomsten av olika symtom på ett nedsatt välbefinnande under de senaste tjugofem åren (figur 2:17). När svenska skolbarns hälsa började undersökas 1985/86, var det i stort sett lika vanligt bland 11-åringar som bland 15-åringar att känna sig nedstämd, nervös, ha svårt att somna eller ha huvudvärk. Då var det inte heller så stora skillnader mellan pojkar och flickor som nu. Under de tjugofem år som gått sedan undersökningen startade, har det blivit allt vanligare att 15-åringar känner sig nere och har svårt att somna, och ökningen har varit störst bland flickorna. Men vid den senaste undersökningen, 2009/2010, visar resultaten för första gången att besvären minskar i omfattning.

I jämförelse med de andra länderna, är andelen i vårt land med denna typ av besvär, strax under genomsnittet för 11-åringar, genomsnittlig för 13-åringar och strax över snittet för 15-åringar, år 2009/2010 [8]. I samtliga länder är besvären vanligare bland flickor än bland pojkar. I alla länderna blir dessa besvär vanligare med stigande ålder bland flickorna, medan skillnader i besvär mellan pojkar i olika åldrar är liten eller obefintlig.

Svenska barn har hjälpsamma skolkamrater, bra föräldrakontakt men trivs inte så bra i skolan

Svenska barn har förhållandevis lätt att tala med sina föräldrar om det som bekymrar dem, och det gäller pojkar och flickor i samtliga åldrar visar samma undersökning som nämnts ovan [8]. Genomgående för alla länder är att flickor inte har lika lätt att tala med sina pappor som pojkar har, medan det är lika lätt för flickor som för pojkar att prata med mamma.

Bland svenska barn i 11-årsåldern är det ungefär lika vanligt att trivas mycket bra i skolan, som det är för barn i de andra länderna. Däremot är det jämförelsevis en betydligt lägre andel i vårt land som trivs mycket bra i skolan bland 13- respektive 15-åringar.

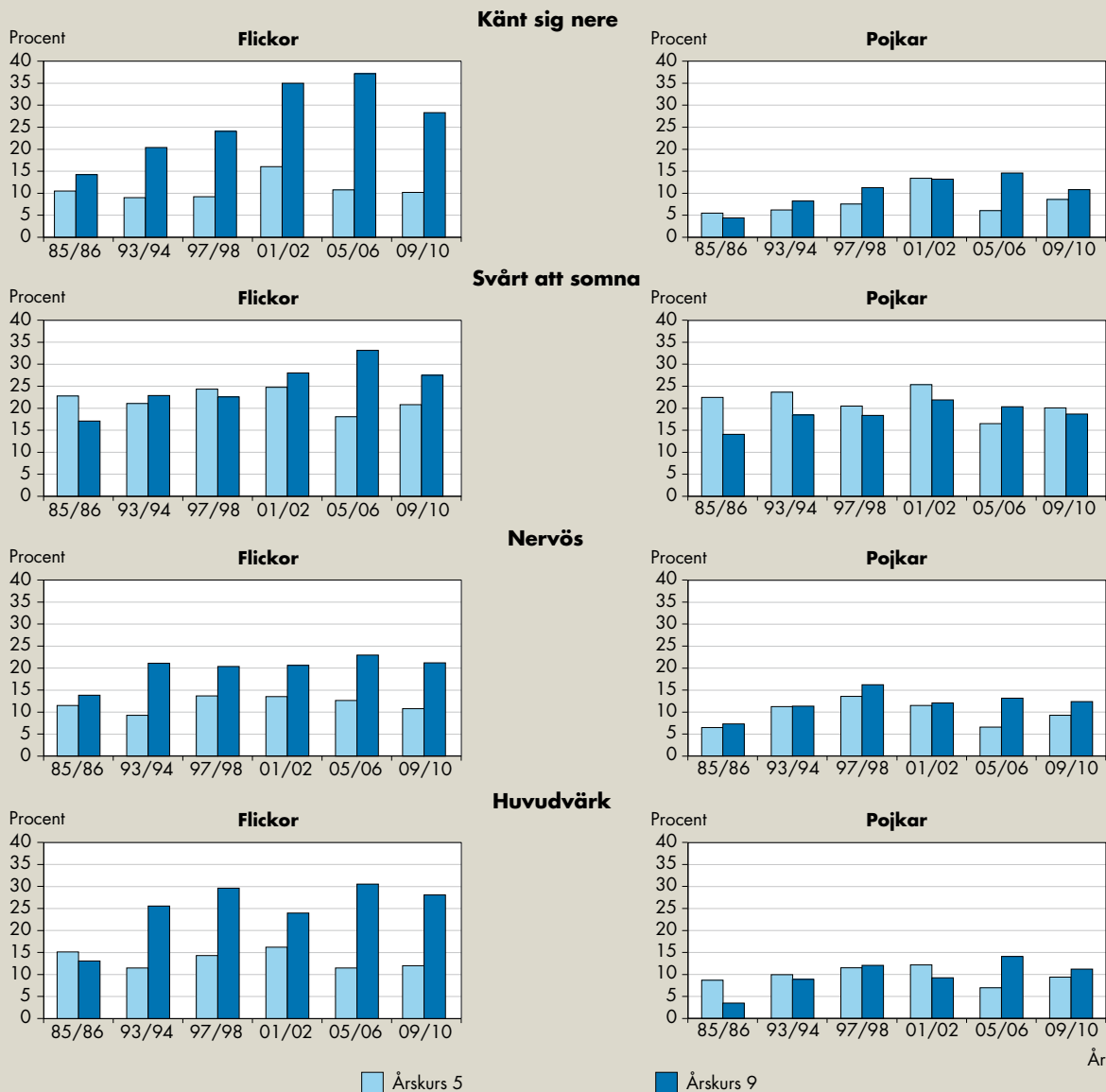
Sverige är det land där det är minst vanligt att känna sig pressad av skolarbete bland 11- respektive 13-åringar. Skillnaden är markant jämfört med situationen för 15-åringar, där skolstress bland svenska barn ligger på en mer genomsnittlig nivå. När det gäller att ha snälla och hjälpsamma skolkamrater är Sverige nästan bäst, och det gäller i alla skolåldrarna. Likaså är det färre som uppger att de utsatts för mobbing eller själva mobbat, än vad fallet är i nästan alla andra länder.

Tabell 2:3 visar flickors och pojkars upplevelse av skolmiljö och föräldrakontakt. För att kunna jämföra med de andra länderna har det lägsta respektive högsta procenttalen som förekommer hos pojkar eller flickor i undersökningen, angivits inom parantes.

2. Barns och ungas folkhälsa

Figur 2:17. Symtom på nedsatt välbefinnande bland flickor och pojkar i årskurs 5 och 9, 1985-2010

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurs 5 och 9 som känner sig nere, har svårt somna, är nervösa, eller har huvudvärk, 1985-2010.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 2:3. Barns skolmiljö och föräldrakontakt i Sverige jämfört med andra länder

Andel (procent) barn som har lätt att tala med sina föräldrar vid bekymmer, trivs mycket bra i skolan, är pressad av skolarbetet eller har hjälpsamma kamrater. Flickor/Pojkar i Sverige 2009/2010. Jämfört med 36 europeiska länder/regioner, Canada och USA*.

		11 år	13 år	15 år
Lätt att tala med sin mamma	Flickor/Pojkar (lägsta—högsta värde, alla länder)*	93/93 (79–96)	85/88 (69–91)	75/82 (63–90)
Lätt att tala med sin pappa	Flickor/Pojkar (lägsta—högsta värde, alla länder)*	78/89 (64–93)	65/82 (41–89)	50/74 (28–87)
Tycker mycket bra om skolan	Flickor/Pojkar (lägsta—högsta värde, alla länder)*	44/32 (11–89)	22/19 (4–66)	14/14 (5–63)
Pressad av skolarbetet	Flickor/Pojkar (lägsta—högsta värde, alla länder)*	6/9 (6–58)	14/19 (14–67)	31/53 (16–69)
Snälla och hjälpsamma skolkamrater	Flickor/Pojkar (lägsta—högsta värde, alla länder)*	89/88 (51–90)	83/82 (35–83)	75/78 (34–84)
Utsatt för mobbing	Flickor/Pojkar (lägsta—högsta värde, alla länder)*	4/5 (2–32)	4/4 (2–31)	4/3 (3–25)

* Inom parantesen anges högsta respektive lägsta värdet (för flickor eller pojkar) av samtliga ingående länder. Beträffande urvalet länder hänvisas till referensen.

Källa: WHO, Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in School-aged children (HBSC). Study: International report from the 2009/2010 survey, 2011.

Åldern 15–29 år

Risken att dö i ungdomen har varit densamma de senaste femton åren

Risken att avlida under ungdomsåren, 15–29 år är betydligt högre än under barndomen och har till skillnad mot barndomsåren inte minskat. Jämfört med barnaåren är könsskillnader och sociala skillnader större, och det finns fortfarande skillnader mellan de nordiska länderna.

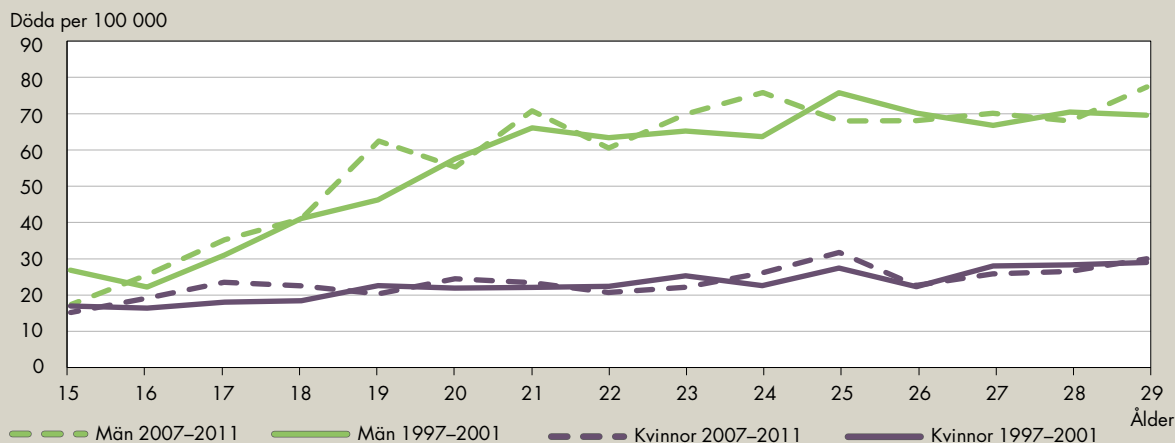
Dödsrisken bland pojkar stiger snabbt från 15- till 20-årsåldern och könsskillnaden blir på-

taglig (figur 2:18). År 2011 dog i åldersgruppen 15–29 år, 515 pojkar/män och 225 flickor/kvinnor. Dödsfall till följd av självmord (181 män, 74 kvinnor) och olyckor (181 män, 47 kvinnor) stod tillsammans för sjuttio procent av dödligheten bland männen och drygt hälften bland kvinnorna.

Risken att avlida har i stort sett varit densamma i drygt ett decennium. Figur 2:18 visar att vid samtliga åldrar inom åldersintervallet 15–29 år är risken att dö densamma som den var för tio år sedan (1997–2001 jämfört med 2007–2011).

Figur 2:18. Dödlighet i olika åldrar i åldersspannet 15–29 år

Antal döda per 100 000 , män och kvinnor, åldersspannet 15–29 år. Genomsnitt för åren 1997–2001 och 2007–2011.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Färre dör av skador i Sverige jämfört med Finland och Norge

Dödligheten i åldern 15–29 år är lägre i Sverige än i Norge och Finland (figur 2:19). Data saknas för Danmark för åren 2007–2010, men under åren dessförinnan sjönk dödligheten i Danmark till Sveriges nivå. Även av denna figur framgår att dödsrisken har varit oförändrad bland unga i Sverige under mer än ett årtionde.

Orsaken till den lägre dödligheten bland unga män i Sverige, beror på en lägre risk att dö i olycksfall (än Norge och Finland) och självmord (än Finland) vilket framgår av figur 2:20. Att dö av andra orsaker är däremot ungefär lika vanligt, bland män i de tre länderna. Även bland kvinnor är skadedödligheten (självmord + olycksfall) lägst i Sverige, men ser man till enbart självmord är dessa dock vanligare i Sverige än i Norge.

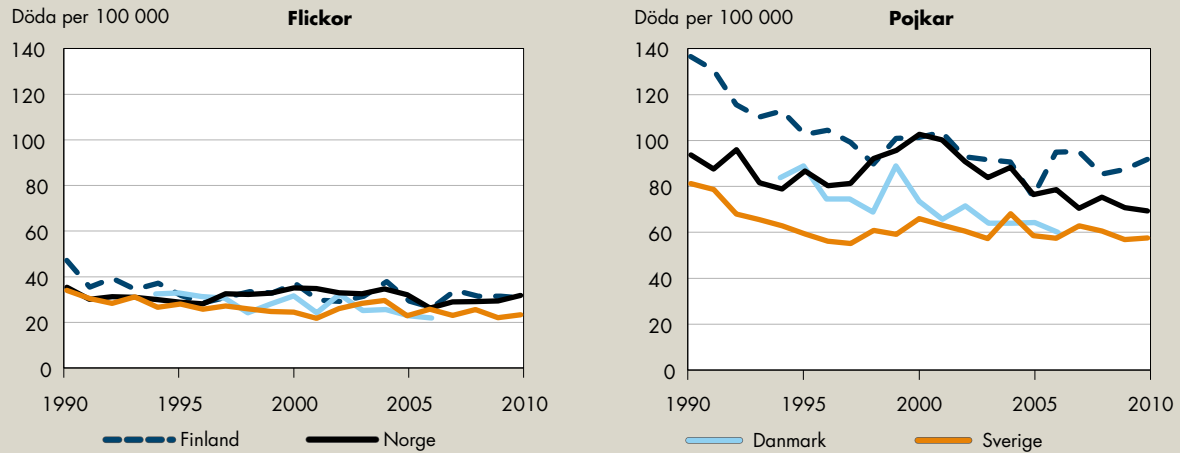
Självmord och olyckor vanligast bland män med lågutbildade mödrar

Unga män, 15–29 år, vars mödrar enbart har grundskoleutbildning, hade under åren 2000–2011 75 procent högre risk att avlida, än män vars mödrar har en eftergymnasial utbildning. Motsvarande dödlighetsskillnad bland kvinnor var 40 procent. Den högre dödsrisken bland unga som är barn till lågutbildade mödrar, beror framförallt på att det är vanligare att dö i självmord, trafikolyckor och andra olyckor. De sociala skillnaderna i dessa dödsorsaker är särskilt påfallande bland män (figur 2:21).

Risken att avlida i åldern 15–29 år har som sagts inte förändrats under senare år. Figur 2:22 visar att så är fallet för unga oavsett deras mödrars utbildningsnivå. Dödligheten ligger i stort sett på samma nivå sedan 1996, fränsett de årliga variationerna (som är mest uttalade i

Figur 2:19. Dödlighet i åldern 15–29 år i Finland, Norge, Danmark och Sverige, 1990–2010

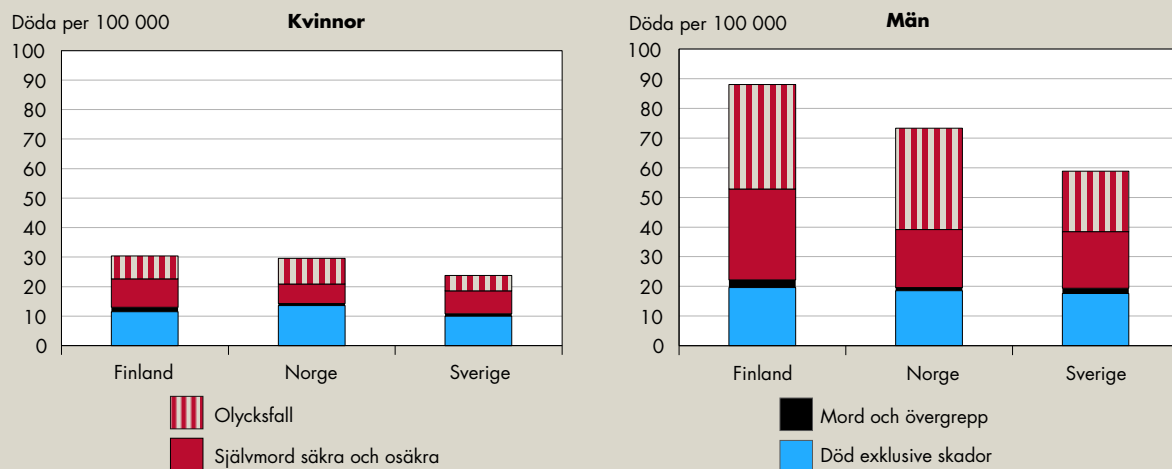
Antal döda per 100 000 i Finland, Norge och Sverige, 1990–2010.
Kvinnor och män, 15–29 år. Åldersstandardiserat.



Källa: European mortality database (MDB).

Figur 2:20. Dödlighet 15–29 år efter typ av dödsorsak, i Finland, Norge och Sverige

Antal döda årligen per 100 000 i olika dödsorsaker i Finland, Norge och Sverige uppdelat på typ av olycksfall.
Kvinnor och män, 15–29 år. Genomsnitt för åren 2005–2010.

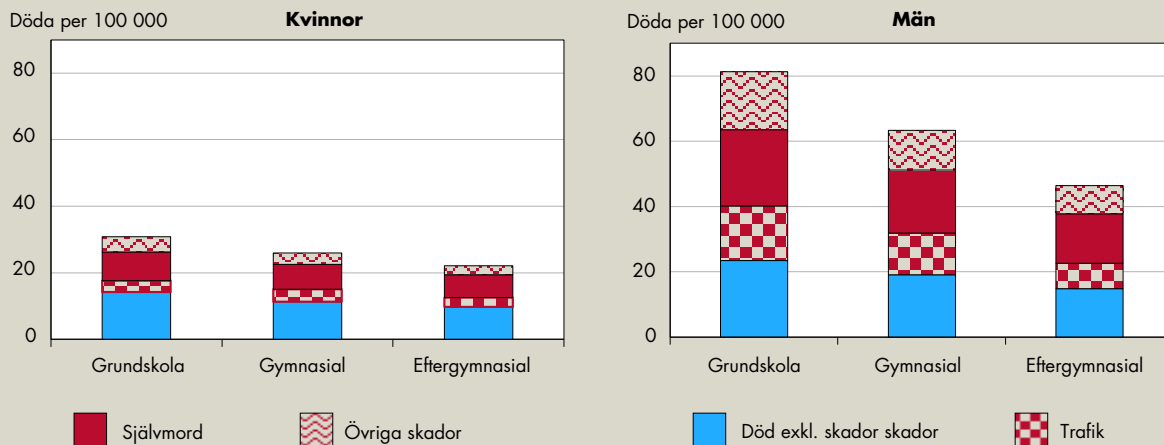


Källa: European mortality database (MDB).

2. Barns och ungas folkhälsa

Figur 2:21. Sociala skillnader i dödsorsaker i åldern 15–29 år efter moderns utbildning

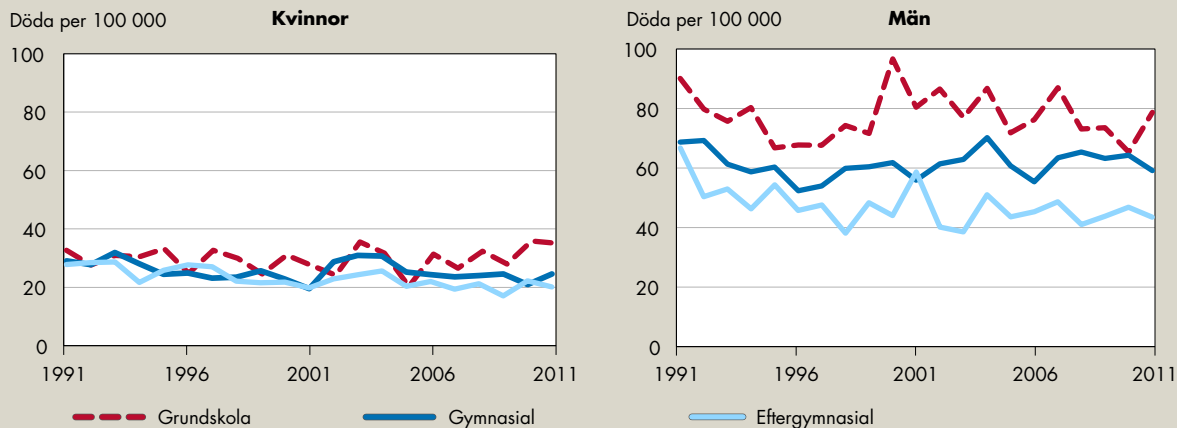
Antal döda årligen per 100 000 i olika dödsorsaker i åldern 15–29 år efter moderns högsta utbildningsnivå. Kvinnor och män, genomsnitt 2000–2011.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 2:22. Sociala skillnader i dödlighet i åldern 15–29 år efter moderns utbildning, 1991–2011

Dödlighet i åldern 15–29 år efter moderns högsta utbildningsnivå. Antal döda per 100 000, kvinnor och män, 1991–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

gruppen med grundskoleutbildade mödrar på grund av att det är betydligt färre i den gruppen).

Själv mord ovanligt före slutet av tonåren

Själv mord är mycket sällsynt under barndom och tidiga tonår, men stiger därefter snabbt från 15 års ålder till 20-årsåldern, framförallt bland män (figur 2:23).

Trots att själv mord är en av de viktigaste dödsorsakerna i åldern 15–29 år är det vanligare att ta sitt liv i högre åldrar, vilket gäller både kvinnor och män. Bland exempelvis män är själv mord mer än dubbelt så vanligt i åldersgrupperna över 45 år än bland unga (FHR kapitel 6, figur 2).

Oförändrad själv mordstrend oavsett social bakgrund

Själv mord har minskat de senaste årtiondena i alla åldersgrupper utom bland ungdomar. I exempelvis åldern 25–44 år har själv morden halverats bland både män och kvinnor sedan 1990 (FHR kapitel 6, figur 2). Att andelen själv mord inte förändrats nämnvärt under de senaste 20 åren, gäller ungdomar oavsett mödrarnas utbildningsbakgrund (figur 2:24). Observera att figur 2:24 har olika skalor för kvinnor och män.

Bland kvinnor förefaller det inte finnas några tydliga sociala skillnader i hur vanligt det är med själv mord. Däremot förefaller själv mordsrisken genomgående vara något högre bland män, med mödrar som endast har grundskoleutbildning. Själv mord bland unga är ovanliga och årliga variationer är därmed stora. Det går därför inte att utläsa om de sociala skillnaderna ökat eller minskat under perioden.

Själv morden minskar i Danmark och Finland

I Finland och Danmark minskar själv mord bland män i åldern 15–29 år, till skillnad mot Sverige och Norge där ingen större förändring skett (figur 2:25). Själv mord är dock fortfarande vanligast i Finland, medan den lägsta andelen finns i Danmark. Både nivån och utvecklingen av själv mord i Sverige är snarlik den i Norge.

Dödsolyckor, lägst risk i Sverige

Bland män åldern 15–29 år är det lika vanligt att dö till följd av olycksfall som själv mord. Bland kvinnor i denna åldersgrupp är det däremot färre som dör av olycksfall än av själv mord.

Olycksfallsdödligheten har sjunkit de allra senaste åren, efter att ha legat på en oförändrad nivå sedan mitten av 1990-talet, frånsett årliga variationer med bland annat en topp på grund av tsunamin 2004 (figur 2:26). Observera att det är olika skalor för kvinnor och män i figuren.

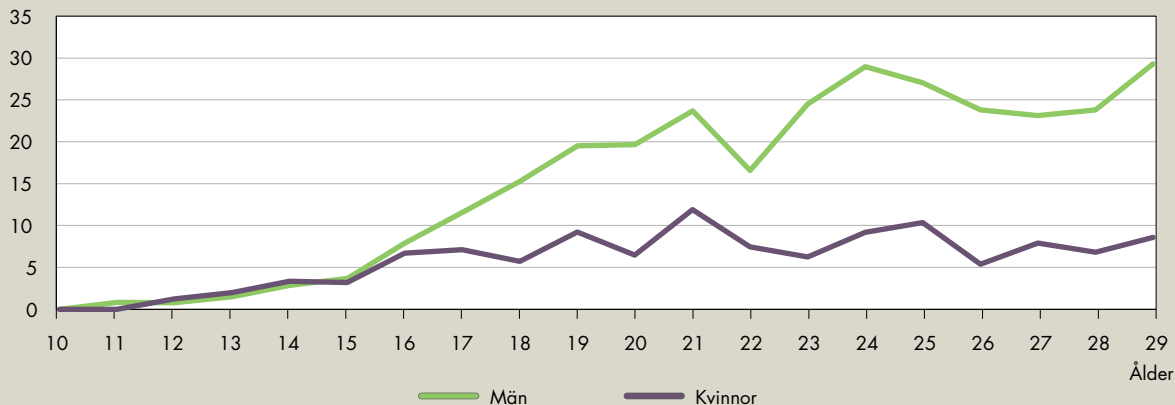
Olycksfallsdödligheten i åldern 15–29 år är betydligt lägre i Sverige än i Finland och Norge, framförallt bland män. Till skillnad från åldersgruppen 1–14 år kvarstår således skillnaderna i olycksfallsdödlighet mellan länderna. Transportolyckor och förgiftningar (utan själv mordsavsikt) ligger bakom flest dödsolyckor i åldern 15–29 år (figur 2:27). I Sverige är det förhållandevis få som dör till följd av transportolyckor och förgiftningar.

2. Barns och ungas folkhälsa

Figur 2:23. Själv mord i olika åldrar i åldersspannet 10–29 år

Antal döda i självmord* per 100 000, män och kvinnor, 10–29 år. Genomsnitt för åren 2007–2011.

Döda per 100 000



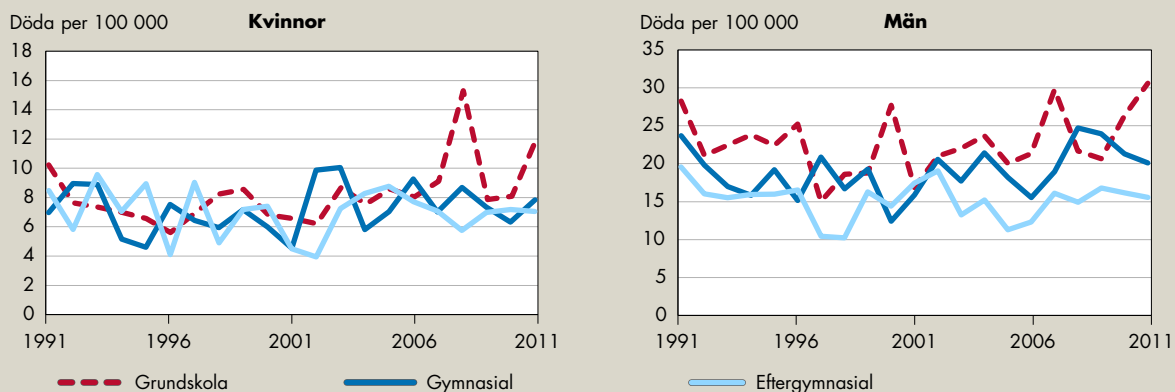
*säkra + osäkra självmord.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 2:24. Sociala skillnader i självmord i åldern 15–29 år, 1991–2011

Antal döda per 100 000, män och kvinnor 15–29 år, efter moderns högsta uppnådda utbildning. 1991–2011.

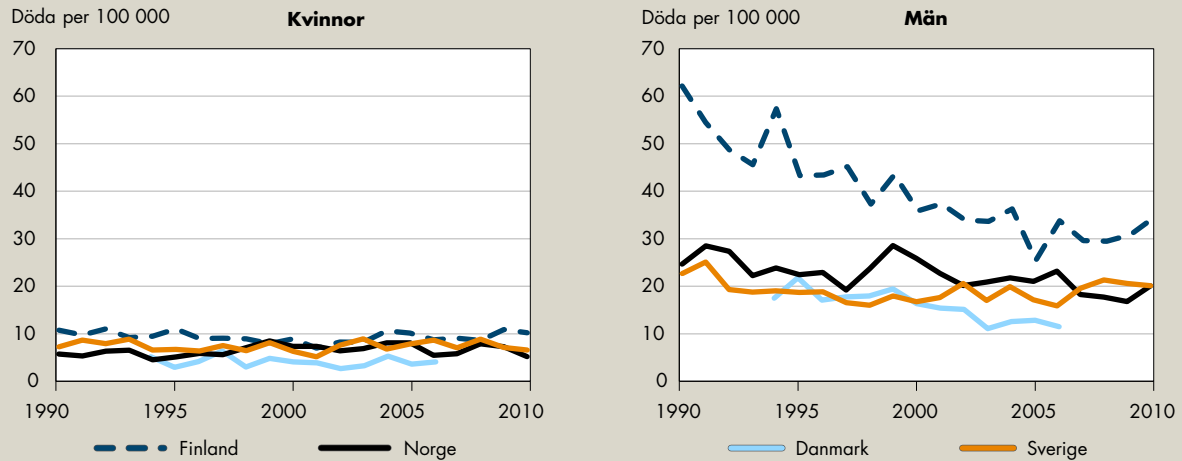
Döda per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Figur 2:25. Själv mord i Finland, Norge och Sverige, 1990–2010

Antal döda per 100 000 i självmord* i Finland, Norge och Sverige, 1990–2010. Kvinnor och män, 15–29 år. Åldersstandardiserat.

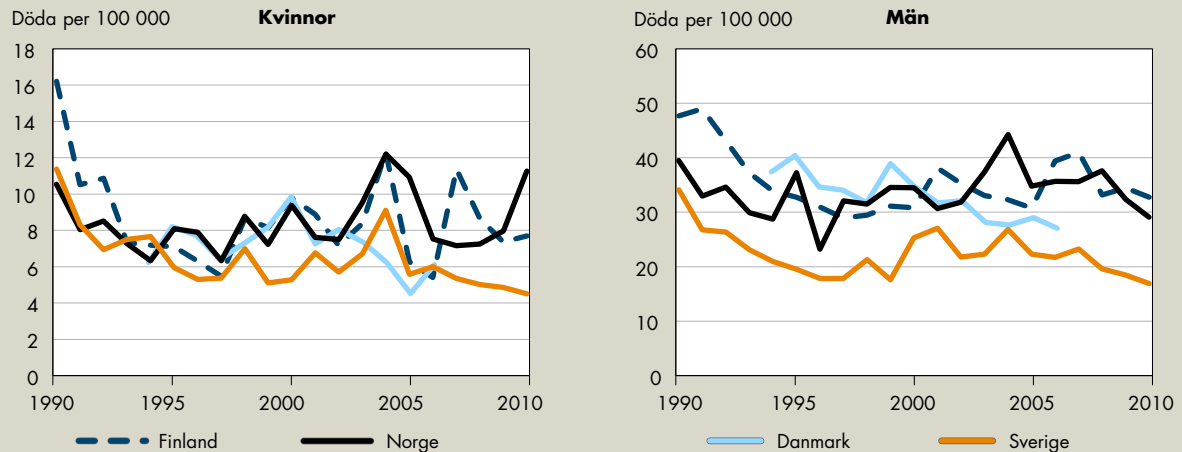


*Säkra och osäkra självmord.

Källa: European mortality database (MDB).

Figur 2:26. Död i olyckor i Finland, Norge Danmark och Sverige, 1990–2010

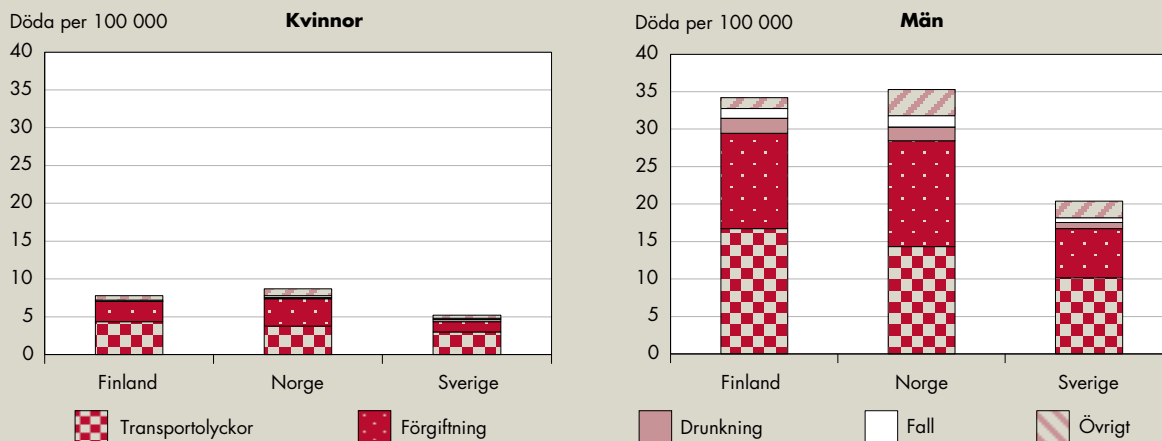
Antal döda per 100 000 i olyckor i Finland, Norge, Danmark och Sverige, 1990–2010. Kvinnor och män, 15–29 år. Åldersstandardiserat.



Källa: European mortality database (MDB).

Figur 2:27. Olycksfallsdödlighet efter typ av olycksfall, i Finland, Norge och Sverige

Antal döda årligen per 100 000 till följd av olyckor i Finland, Norge och Sverige uppdelat på typ av olycksfall. Kvinnor och män, 15–29 år. Genomsnitt för åren 2005–2010. Åldersstandardiserat.



Källa: European mortality database (MDB).

Färre röker och dricker sig berusade men fler unga använder narkotika

Det finns flera anledningar till att särskilt uppmärksamma ungas levnadsvanor. Skadliga levnadsvanor etableras ofta tidigt i livet. Nästan alla som är rökare har börjat röka före 18 års ålder, och ju tidigare i livet unga börjar dricka sig berusade ju större är risken för framtida alkoholberoende. Missbruk av olika slag har ofta större inverkan på yngre individer, eftersom de växer och befinner sig i en viktig utvecklingsfas både mentalt och socialt.

Färre unga röker

Rökning har minskat kraftigt i den vuxna befolkningen, utom bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning där en tredjedel är rökare, och andelen har varit oförändrad sedan 1980-talet. Rökning har allt sedan början av 1980-

talet varit vanligare bland flickor än bland pojkar i årskurs 9 och i åldersgruppen 16–24 år (FHR kapitel 3, figur 17, 18). Sedan början av 1990-talet är det också bland vuxna fler kvinnor än män som röker.

Bland niondeklassare minskade rökningen kontinuerligt fram till 2005/2006. Därefter ökade andelen rökare bland både flickor och pojkar fram till 2009/2010. Under 2011 minskade åter andelen rökare, se vidare Folkhälsoinstitutets rapport ”Barn och unga 2013 – utveckling av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder” [21]. Att snusa är betydligt vanligare bland pojkar än bland flickor, och allt färre skolungdomar snusar. Sammantaget går således utvecklingen åt rätt håll men de stora sociala skillnaderna bland vuxna innebär att det sannolikt även är grupper bland ungdomar där andelen rökare inte minskar.

Alkoholmissbruk bland unga minskar

Åldersgruppen 20–24 år är den ålder som har den högsta genomsnittliga alkoholkonsumtionen bland både kvinnor och män (FHR kapitel 11, figur 5). Att ha ett riskabelt dryckesmönster och att dricka stora mängder vid samma tillfälle är också vanligast bland unga (FHR kapitel 11, figur 8, 9, 11). Svenska ungdomars alkoholkonsumtion ligger på ungefär samma nivå som för övriga ungdomar i EU (FHR kapitel 11 figur 5).

Under 1990-talet ökade alkoholkonsumtionen i Sverige vilket kan avläsas utifrån statistik från försäljning, införsel och från frågeundersökningar (FHR kapitel 11, figur 1, 4, 7). Konsumtionen i den svenska befolkningen förefaller ha kulminerat runt 2004 och har därefter planat ut.

Alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs nio ökade också under 1990-talet. Det är sannolikt att det finns ett samband mellan ökningen av psykisk ohälsa under 1990-talet, som beskrivs

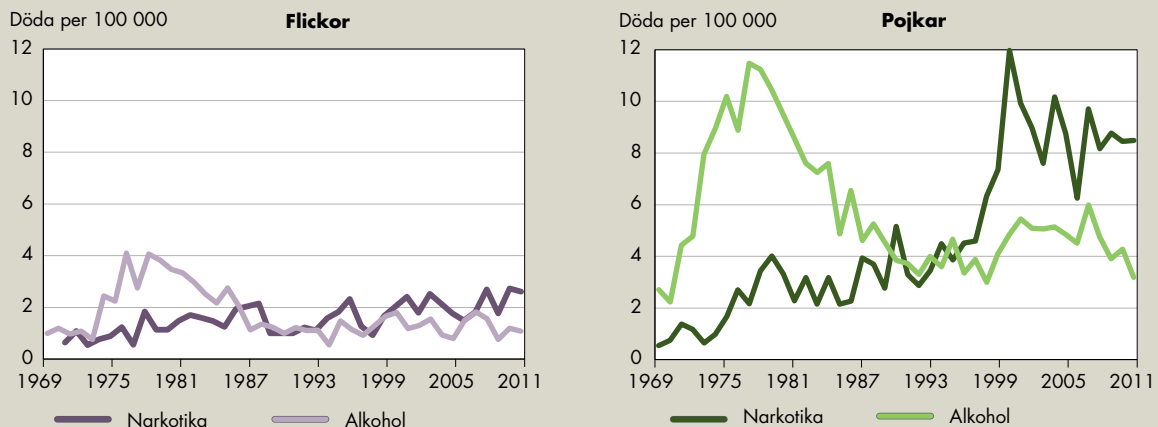
längre fram i detta kapitel, och den samtidiga ökningen av alkoholkonsumtionen. Depression och ångest är vanligare bland personer med hög alkoholkonsumtion (FHR kapitel 11, tabell 1), vilket beror dels på att psykiska besvär kan leda till högre alkoholkonsumtion och att alkoholkonsumtion kan leda till psykiska besvär. En ond cirkel kan uppstå.

Under hela 2000-talet har alkoholkonsumtionen minskat bland elever i årskurs 9, och är nu tillbaka på samma nivå som i början av 1990-talet (FHR kapitel 11 figur 5). Förutom minskande genomsnittlig alkoholkonsumtion, är det allt fler unga som avstår helt från alkohol och allt färre som dricker sig berusade visar Folkhälsoinstitutets sammanfattning av ungas alkoholkonsumtion under 2000-talet [21].

Figur 2:28 visar att alkoholrelaterad dödlighet bland unga var betydligt vanligare på 1970-talet än idag. Den minskade ända fram till slutet av

Figur 2:28. Död orsakad av alkohol och narkotika 1969–2011

Antal döda per 100 000 i alkoholrelaterad dödlighet och död av missbruk i andra droger, 1997–2010. Kvinnor och män, 15–29 år.



1990-talet, men därefter ökade dödligheten något bland män. Under de senaste åren går utvecklingen åter i positiv riktning, allt färre dör av sin alkoholkonsumtion.

Narkotikadödligheten har till skillnad mot alkoholdödligheten ökat kraftigt sedan 1970-talet, och trots de senaste årens minskning bland män, är dödligheten på en betydligt högre nivå än på 1970-talet (figur 2:28).

Till skillnad mot alkohol har användning av narkotika inte visat någon minskning under 2000-talet bland elever i årskurs 9 och gymnasiet, visar den sammanfattningen av narkotikabruk som finns i Folkhälsoinstitutets rapport [21]. När det gäller pågående bruk ”använt senaste månaden” har andelen fördubblats bland pojkar i årskurs 2 i gymnasiet mellan 2006–2011, från 3 procent till 6 procent.

Redan i unga år är det stora könsskillnader i både alkohol- och narkotikabruk. Det bidrar även till de stora könsskillnaderna i dödsolyckor och självmord. Det finns också betydande socioekonomiska skillnader i missbruk. Exempelvis visar figur 2:31 längre fram att det är vanligare att vårdas på sjukhus för en missbruksdiagnos bland unga vars mödrar har lägre utbildningsnivå, än bland unga vars mödrar har en längre utbildning, skillnader som ökat kraftigt de senaste tjugo åren.

Sexuell och reproduktiv hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett begrepp som innefattar både hälsomässiga och sociala aspekter på sexualitet och barnafödande. Området är i högsta grad centralt för unga personer. Det handlar bland annat om ett säkert och tryggt sexualliv, möjligheter att få det antal barn man önskar och om de livsvillkor som påverkar sexualliv och familjebildning. Det handlar också om hälsa under

graviditet och förlossning samt hälsan hos det nyfödda barnet.

I både Folkhälsorapport 2005 och i Folkhälsorapport 2009 finns det omfattande kapitel om reproduktiv och sexuell hälsa. I rapporten från 2005 har tonvikten lagts vid barnafödandet [22], hur samhällsvillkoren påverkar barnafödande, samt betydelsen av födelsekontroll och aborter, i Sverige och internationellt. I Folkhälsorapport 2009 (kapitel 9) ligger tyngdpunkten mer på den sexuella hälsan och detta kapitel finns också i den uppdaterade engelska versionen från 2012 [23, 24]. Dessutom beskriver Folkhälsoinstitutets rapport utvecklingen på området [21].

Här följer några punkter sammanfattningsvis. Den mest förekommande sexuellt överförda infektionen, klamydia, är vanligast i åldersgruppen 15–19 år. Andelen smittade ökade kraftigt från början av 1990-talet fram till för några år sedan, ingen större förändring har skett de senaste åren. Att *inte* använda kondom blev allt vanligare under 1990-talet fram till år 2007, det visade upprepade mätningar i en riksrepresentativ undersökning [25]. De senaste årens kondomanvändning har, enligt en annan undersökning, legat på oförändrad nivå mellan 2007–2010 [26] (se vidare i Folkhälsoinstitutets rapport [21]).

Genomsnittsåldern för mödrar vid första barnets födelse ökade i flera decennier, men ökar inte sedan 2004. Att föda barn i tonåren är ovanligt i Sverige och flertalet som blir gravida under tonåren väljer att genomgå abort. Andelen aborter bland tonåringar svänger. Av okänd anledning samvarierar andelen aborter bland tonåringar, och även aborter i andra åldrar, med födelsetalet i befolkningen. Alltså när födelsetalen går upp, ökar också andelen aborter [22]. Aborter bland tonåringar är vanligare i Sverige än i Norge, Danmark och Finland [23].

Trots att gravida är förhållandevis friska och mödradödligheten är mycket låg i vårt land, är

hälsoproblem vanliga både under och efter graviditeten. I fertil ålder är det betydligt fler kvinnor, än jämnåriga män, som vårdas på sjukhus och den huvudsakliga anledningen är komplikationer i samband med graviditet.

Övervikt, mat och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar

Övervikt har blivit vanligare i alla åldrar och viktökningen i befolkningen var snabbast under 1990-talet. Övervikt i unga år tenderar att bestå även i vuxen ålder. Dessutom brukar de flesta dra på sig ytterligare några kilon under livets gång. Att många redan är överviktiga i unga år innebär en framtida risk för en sämre folkhälsa. Övervikt har ökat mest bland unga relativt sett. I åldern 16–24 år är övervikt nu dubbelt så vanligt, jämfört med för tjugo år sedan. Mat och motionsvanor behöver förändras om övervikten ska minska bland barn och unga. Överviktens orsaker och dess betydelse för folkhälsan diskuteras ingående i Folkhälsorapport 2009 (FHR kapitel7).

Övervikt fortsätter att öka³

I den internationella undersökningen, ”Skolbarns hälsovanor”, får 11-, 13- och 15-åringar uppge vikt och längd. I jämförelse med andra länder har Sverige en låg förekomst av övervikt bland barn.

Övervikt är vanligare bland pojkar och bland äldre barn, än bland flickor och yngre barn. Barns vikt (i förhållande till längden, BMI) har ökat

under senaste tjugo åren för både 11-, 13- och 15-åringar. Ökningen har varit större bland pojkar än bland flickor.

I åldern 16–24 år kan viktutvecklingen följas i den nationella folkhälsoenkäten 2004–2011. Övervikt är vanligare bland män även i åldern 16–24 år. Bland kvinnor har övervikt blivit allt vanligare under hela undersökningsperioden. Andelen överviktiga män var oförändrad fram till de allra senaste åren, men andelen med övervikt ökar nu också i denna grupp.

Andelen unga med fetma (BMI 30 och däröver) har legat stabilt på 4–5 procent under perioden 2004–2011, och är lika vanlig bland kvinnor som bland män. Av arbetslösa ungdomar är andelen med fetma 10 procent, jämfört med 5 procent av arbetande och 3 procent av studerande.

Mer grönsaker men läsk och godis minskar inte längre

En indikation på hur barns matvanor förändras ur ett hälsoperspektiv får man genom att följa hur vanligt det är att barn äter önskvärd mängd grönsaker och frukt samt avstår från att regelbundet dricka läsk eller äta godis.

Undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” har följt matvanor hos barn i åldern 11–15 år, under 2000-talets första decennium (2001/02 till 2009/10) [27]. Undersökningen visar att utvecklingen har gått mot något hälsosammare matvanor. Det har blivit vanligare att äta grönsaker, omkring 60 procent av barnen äter grönsaker minst 5–6 gånger i veckan. Knappt hälften äter lika ofta frukt, men den andelen har inte förändrats. Läskdrickandet och även godisätande minskade fram till 2005/06, och har därefter varit oförändrat. Omkring 15 procent äter godis minst 5–6 gånger i veckan och 14 procent dricker läsk lika ofta.

³ En detaljerad sammanställning av barns och ungas viktutveckling, matvanor och fysisk aktivitet utifrån undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” och den Nationella folkhälsoenkäten finns i Folkhälsoinstitutets rapport [21]

Utvecklingen går åt samma håll för pojkar som för flickor. Pojkar har dock överlag mindre hälsosamma matvanor. De äter mer godis, dricker mer läsk och äter mindre grönsaker och frukt. Barn med utländsk bakgrund dricker oftare läsk, men äter mer grönsaker.

Inga större förändringar av fysisk aktivitet bland barn och unga

I undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” har barnen (11–15 år) fått besvara frågan ”Hur ofta brukar du träna på din fritid så att du blir andfådd eller svettas?” Fler pojkar än flickor tränar på denna nivå minst 4 gånger per vecka. Träning har ökat något bland flickor under de senaste tjugo åren, medan nivån är oförändrad bland pojkar.

I åldern 16–24 år har motionsvanorna varit oförändrade mellan 2004–2011 enligt den nationella folkhälsoenkäten. Män som motionerar utövar lite hårdare träning än kvinnor. Stillasittande fritid, som innebär att man ägnar mindre än två timmar i veckan åt promenader, cykling eller annan motion, är lika vanligt bland män som bland kvinnor. Andelen stillasittande, omkring 12 procent, har inte förändrats under perioden. Arbetslösa motionerar mindre än unga som arbetar eller studerar.

Psykisk ohälsa 15–29 år

Allt sedan början av 1990-talet har det funnits flera tecken på att ungdomars psykiska hälsa har försämrats (FHR kapitel 3). Under hela 1990-talet ökade andelen unga som i frågeundersökningar uppgav symtom på ett nedsatt psykiskt välbefinnande, en ökning som var större än för andra åldrar och som inte alls fanns bland de äldsta (FHR kapitel 3, figur 11). Andelen som uppgav att de led

av ångslan, oro eller ångest, tredubblades på femton år i åldersgruppen 16–24 år, enligt Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar 1989–2005. Det innebar en ökning bland kvinnor från nio till trettio procent och bland män från fyra till fjorton procent. Även ständig trötthet, sömnproblem och svår värk i nacke och skuldror hade ökat (FHR kapitel 6 figur 1).

Denna ökning av självrapporterade besvär fanns bland ungdomar oavsett bakgrund det vill säga oavsett familjeförhållanden, arbetsmarknadsstatus, föräldrars socioekonomiska situation med mera (FHR kapitel 3, tabell 2). Men graden av ökning och nivån av besvär skiljer sig emellertid åt. Bland exempelvis kvinnor i åldern 20–24 år var det vanligast med oro och ångest bland studerande, och det var även bland studerande som andelen med besvär hade ökat mest.

Ytterligare tecken på att den psykiska hälsan försämrades under 1990-talet och framåt, var den kraftiga ökningen av sjukhusvård för självskadebeteende/självbrandsförsök bland unga, samtidigt som det minskade i andra åldrar (FHR kapitel 3 figur 15). Detsamma gällde vård i psykiatrisk slutenvård, det vill säga en ökning bland unga och en minskning för övriga åldersgrupper (FHR kapitel 3 figur 12). Det var framförallt psykiatrisk vård på grund av ångest och depressioner som ökade bland unga.

Olika dimensioner av psykisk ohälsa

Det är förstås helt olika dimensioner av psykisk ohälsa som man kan fånga med de olika datakällor som beskrivits ovan. Självrapporterade besvär som oro och ångest uppgår 30–40 procent av unga kvinnor. Det kan jämföras med att mindre än en procent vårdas för självskadebeteende/självbrandsförsök. Självbrand är ännu ovanligare.

I genomsnitt begick 66 kvinnor i åldern 15–29 år självmord årligen, åren 2007–2011, och det var drygt 2 300 kvinnor som vårdades för självskadebeteende år 2011. Det innebär att det är 35 gånger fler som vårdades för självskadebeteende än som begår självmord. Bland män var motsvarande siffror drygt 183 självmord och 1 300 vårdade, det vill säga 7 gångers skillnad.

Vård för självskadebeteende/självmordsförsök är vanligast i ungdomsåren, till skillnad mot självmord som är vanligare högre upp i åldrarna. Vård för självskador kulminerar strax före tjugo års ålder bland kvinnor, och strax efter bland män och den sociala gradienten finns i hela åldersspannet 15–29 år (figur 2:29). Majoriten av de ungdomar som läggs in på sjukhus för självskador vårdas för förgiftning, framförallt från läkemedel men också av alkohol. Förhållandevis få, 5–7 procent, vårdas på sjukhus för skärskador [30].

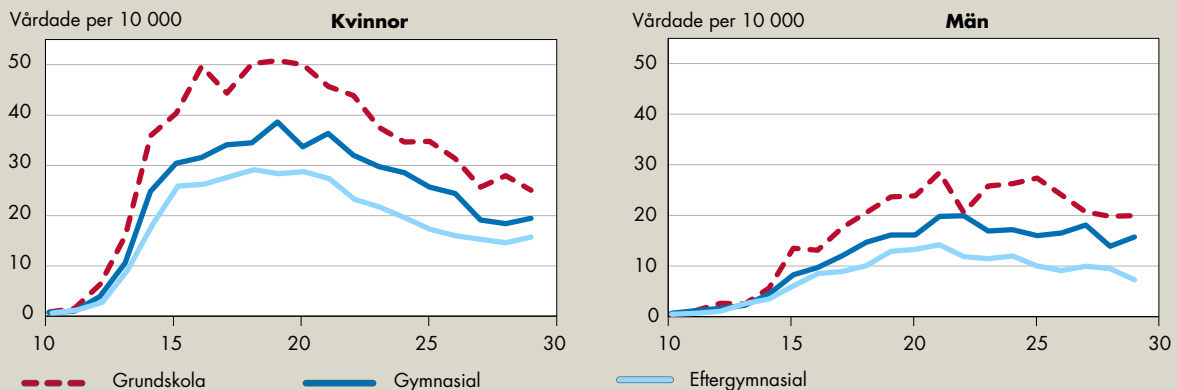
Samhällsförändringar som påverkar flertalet ungdomar bakom psykisk ohälsa

Analysen av ungdomars psykiska hälsa i Folkhälsorapport 2009 ledde till slutsatsen att den psykiska hälsan hade försämrats successivt sedan början av 1990-talet. Visserligen har samtliga datakällor som analysen vilar på brister, och det finns alternativa förklaringar till ökningen för varje specifik datakälla, än att psykisk ohälsa blivit vanligare. Men eftersom de olika källorna visar ett samstämmigt mönster ter det sig troligt att det finns en gemensam orsak, nämligen än att den faktiska psykiska ohälsan har ökat bland unga.

I Folkhälsorapport 2009 diskuterades några tänkbara samhällsförändringar som kan associeras till den ökade psykiska ohälsan nämligen: Färre arbetstillfällen för ungdomar och fler i studier, förändringar av studiemiljön och arbetsförhållanden, ökad individualisering och ändrade

Figur 2:29. Självskadebeteende/självmordsförsök i olika åldrar i åldersspannet 10–29 år

Antal vårdade per 10 000, män och kvinnor, 10–29 år, efter moderns högst uppnådda utbildning. Genomsnitt för åren 2007–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

2. Barns och ungas folkhälsa

levnadsvanor (mindre sömn och ökad alkoholkonsumtion).

Försämringen av ungdomars psykiska hälsa tycks ha avstannat

Flera undersökningar visar att ökningen av självupplevda psykiska besvär avstannat eller minskat bland unga de senaste åren. Som nämnts ovan visar undersökningen "Skolbarns hälsovanor" år 2009/10 för första gången sedan 1985 en minskning av andelen 15-åriga flickor och pojkar som "känner sig nere" (figur 2:17). Likaså var det i den senaste undersökningen mindre vanligt att känna sig irriterad, ha svårt att somna, ha ont i magen eller huvudvärk [27].

Undersökningen "Ung i Värmland" som vänder sig till samtliga niondeklassare i Värmland, visar också att ökningen av självrapporterade besvär avstannat. Mellan undersökningsåren

2008 och 2011 minskade andelen flickor och pojkar som ofta, eller alltid, känt sig spända, har dålig aptit, ledsna, yra i huvudet eller har svårt att sova, från att dessa besvär i princip ökat kontinuerligt sedan 1988 när undersökningen började [28].

I Stockholms län har man mätt psykisk ohälsa vart fjärde år sedan 1990 utifrån ett index där flera olika symtom ingår (GHQ12). Fram till 2002 ökade andelen med psykiska besvär bland kvinnor och män i åldern 21–24 år för att därefter minska [29].

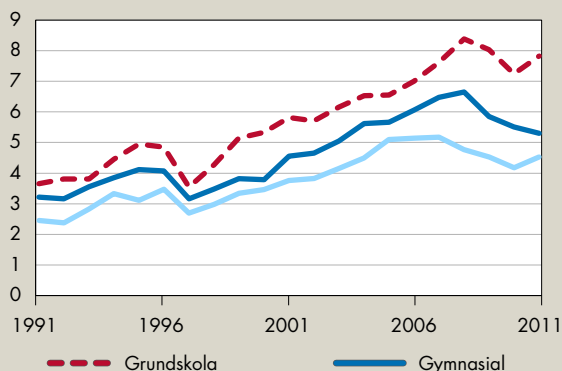
Figur 2:30 visar att utvecklingen tycks ha vänt även när det gäller självskadebeteende/själv-mordsförsök. Figuren visar också att den tidigare ökningen av sjukhusvård för självskadebeteende, fanns såväl bland ungdomar, med mammor med låg som hög utbildningsnivå. Även trendbrottet runt 2008 gäller samtliga unga, oavsett mammans utbildning.

Figur 2:30. Sociala skillnader i självskadebeteende/själv-mordsförsök i åldern 15–29 år, 1991–2011

Antal vårdade per 10 000 för självskador, 1991–2011, kvinnor och män 15–29 år, efter moderns högsta uppnådda utbildning.

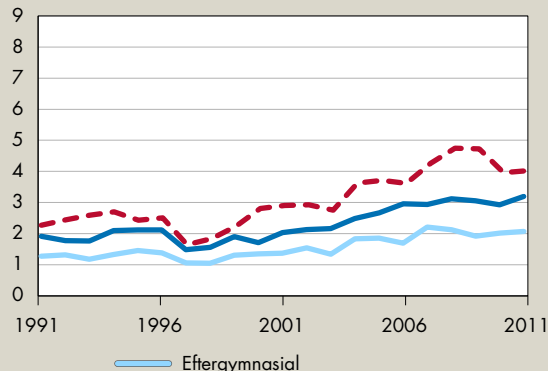
Vårdade per 10 000

Kvinnor



Vårdade per 10 000

Män



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Ökningen av självskadebeteende/själv-mords-försök var dock mycket större bland ungdomar vars mammor hade lägre utbildning. Sociala skillnader mellan ungdomar är därför betydligt större nu än i början av 1990-talet (mätt som skillnaden i antal vårdade per 10 000 vårdade, det vill säga absoluta skillnaden).

Psykiatrisk slutenvård ökar alljämt och de sociala skillnaderna blir större

Utöver självskadebeteende visar vård i andra psykiatriska diagnoser i stort sett ingen minskande trend. Andelen vårdade ungdomar ökar stadigt för diagnoserna missbruk, ångest, depressioner, bipolär sjukdom, autism och adhd, allt sedan början av 1990-talet (figur 2:31). Andelen vårdade för psykoser har däremot inte ökat och vård för ätstörningar har minskat de senaste åren.

För samtliga ovanstående psykiatriska diagnoser var den sociala skillnaden liten eller obefintlig i början av 1990-talet. Ökningen därefter finns för ungdomar oavsett mödrars utbildningsnivå, men ökningstakten skiljer sig markant åt för flera av dessa diagnoser. Idag finns en tydlig social gradient för vård för missbruk, ångest, depressioner, psykoser och adhd, som är vanligare ju lägre utbildningsnivå den unges mamma har. Den sociala gradienten är däremot den omvända när det gäller vård för bipolär sjukdom och ätstörningar, som bägge är vanligare bland unga till välutbildade mödrar. Beträffande vård för autism ses inga sociala skillnader.

De som vårdas på sjukhus under senare år för ångest, depressioner eller alkohol/drogmissbruk, är sannolikt lika allvarligt sjuka som vårdade ungdomar var tidigare, eftersom de återkommer till psykiatrisk slutenvård i lika stor utsträckning nu som tidigare [30].

Kommer självmorden att minska?

Ungdomar som vårdas för självskadebeteende/själv-mords-försök har ofta även en psykiatrisk diagnos. Parallellt med ökningen av självskador ökade som sagt även vård för bland annat depression, ångest och missbruk. Det är emellertid inte någon specifik psykiatrisk diagnos som står bakom ökningen av självskadebeteende. Bland de som skadat sig själva var andelen som hade en psykiatrisk diagnos densamma under åren 1997–2007 och proportionerna mellan de olika diagnoserna var också densamma [31]. Likaså var det inte heller någon enskild självskadande metod som ökade mer än andra [31].

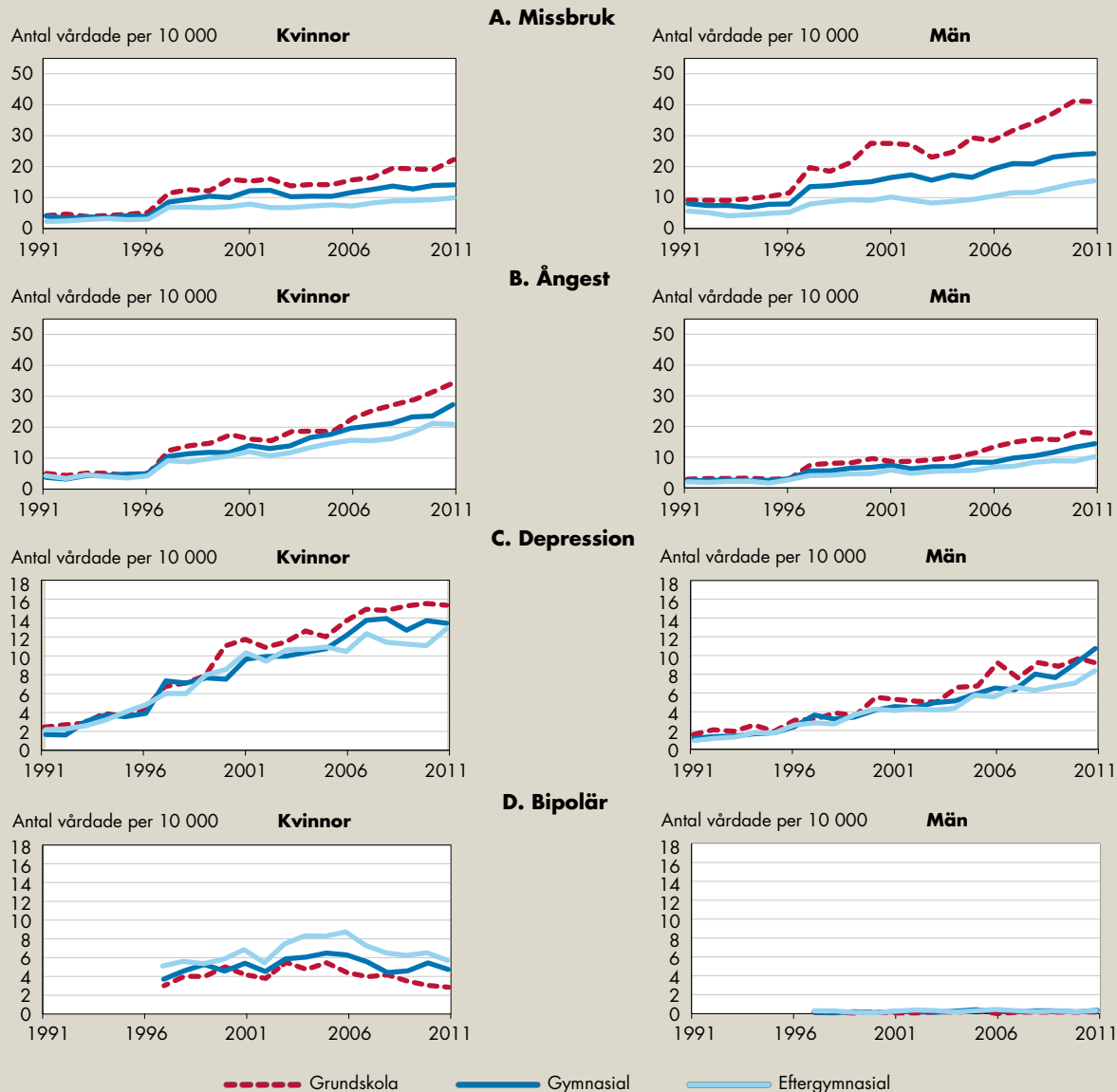
Många som begår självmord har tidigare gjort självmordsförsök och har därutöver ofta en psykiatrisk sjukdom. Personer som i frågeundersökningar uppger att de lider av ångest och oro har också visat sig ha en högre risk att begå självmord [30]. Frågan är om även självmorden, så småningom kommer att minska om vård för självskadebeteende fortsätter att minska och allt färre rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande.

Ungdomars försämrade psykiska hälsa har uppmärksamats i förhållandevis hög grad det senaste decenniet och försök att förbättra hälsan för ungdomar pågår. Vilka förändringar som har bidragit till att trenden brutits beträffande självupplevd psykisk ohälsa och självskadebeteende är oklart. Trots att det finns tecken på en förbättring finns det anledning att vara uppmärksam på de hälsokonsekvenser som i framtiden kan uppträda för den generation ungdomar som har rapporterat höga nivåer av psykiska besvär, eftersom man vet att självrapporterad psykisk ohälsa i ungdomen innebär högre risk att insjukna i psykiatriska sjukdomar och begå självmord.

2. Barns och ungas folkhälsa

Figur 2:31. A-D. Sociala skillnader i sjukhusvård för olika psykiatriska diagnoser i åldern 15–29 år, 1991–2011

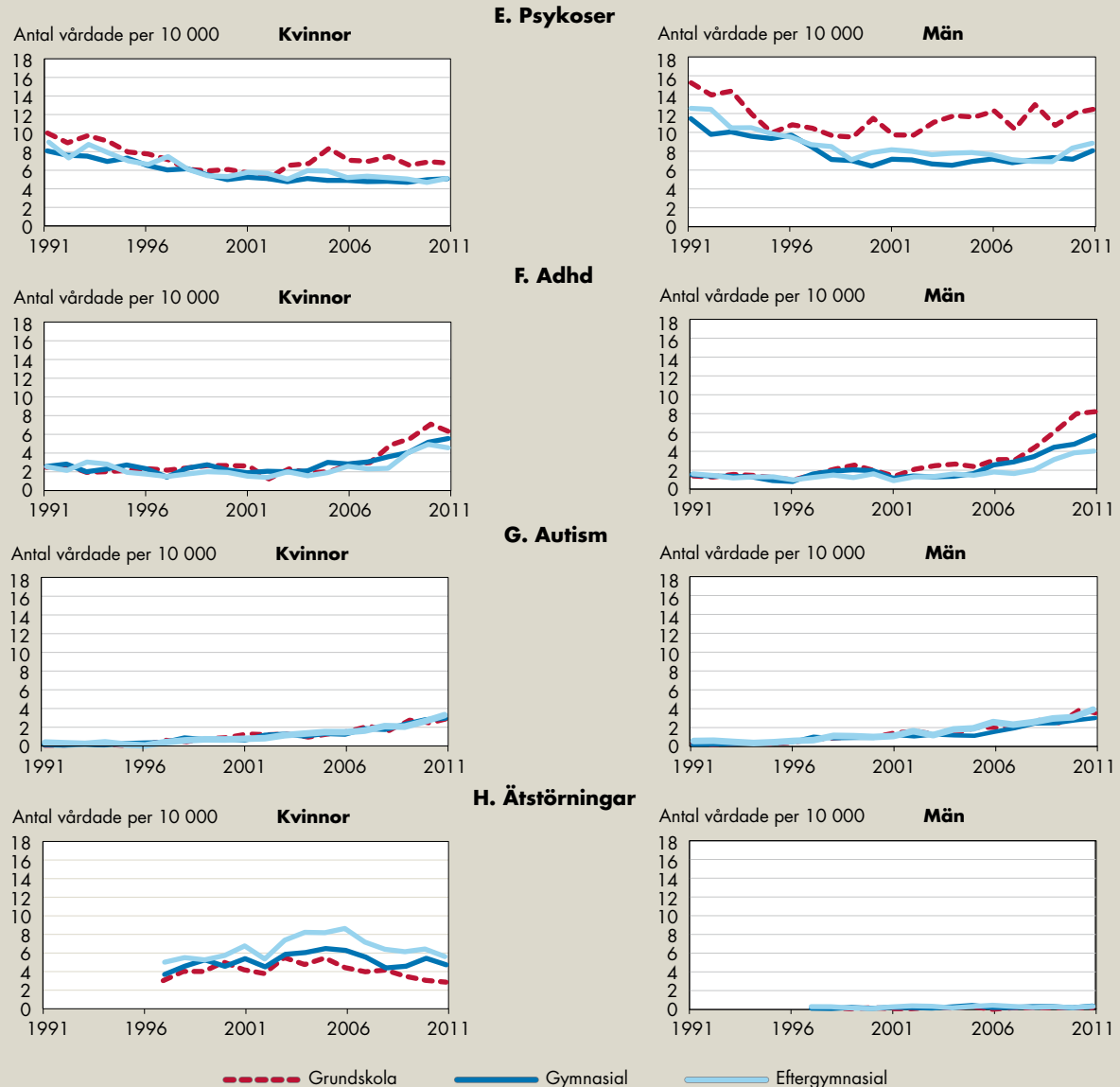
Antal sjukhusvårdade per 10 000, män och kvinnor, 15–29 år, efter moderns högst uppnådda utbildning. 1991–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Figur 2:31. E-H. Sociala skillnader i sjukhusvård för olika psykiatriska diagnoser i åldern 15–29 år, 1991–2011

Antal sjukhusvårdade per 10 000, män och kvinnor, 15–29 år, efter moderns högst uppnådda utbildning. 1991–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Referenser

1. Hjern, A., *Barns hälsa*, i *Folkhälsorapport 2009*, Socialstyrelsen.
2. Lager, A., et al., *Ungdomars hälsa*, i *Folkhälsorapport 2009*, Socialstyrelsen.
3. Hjern, A., *Children's health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 2*. Scand J Public Health, 2012. 40(9 Suppl): p. 23-41.
4. Lager, A., et al., *Young people's health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 3*. Scand J Public Health, 2012. 40(9 Suppl): p. 42-71.
5. Ekéus, C., K. Christensson, and A. Hjern, *Unintentional and violent injuries among pre-school children of teenage mothers in Sweden: a national cohort study*. J Epidemiol Community Health, 2004. 58(8): p. 680-5.
6. Socialstyrelsen, *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födeleregistret 1973–2011 Assisterad befruktning 1991–2010*, 2013.
7. Mödrahälsovårdsregistret, Årsrapport 2011.
8. WHO, *Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in School-aged children (HBSC). Study: International report from the 2009/2010 survey*, 2011.
9. Wahlin, S. och I. Sarman, *Ska kvinnan vara nykter när hon försöker bli gravid?* Läkartidningen, 2009. 106(24-25): p. 1628-9.
10. Stenson, K., *Men's Violence against Women – a Challenge in Antenatal Care [Mäns våld mot kvinnor – en utmaning inom mödrahälsovården]*, Department of Women's and Children's Health 2004, Uppsala Universitet: Uppsala.
11. Finnbogadottir, H. and A.K. Dykes, *Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden*. Midwifery, 2012. 28(2): p. 181-9.
12. Szajewska, H., et al., *Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease*. Aliment Pharmacol Ther, 2012. 36(7): p. 607-18.
13. Livsmedelsverket, *Evidensbaserade råd om nutrition till barn*, 2011.
14. Socialstyrelsen, *Smita i förskolan*, 2008.
15. Hjorth, L., et al., *Hög överlevnad efter barn-cancer, ibland till högt pris*. Läkartidningen, 2010. 107(42): p. 2572-5.
16. Cancerfonden och Socialstyrelsen, *Cancer i siffror 2009*, 2009.
17. Dahlquist, G.G., L. Nyström, and C.C. Patterson, *Incidence of type 1 diabetes in Sweden among individuals aged 0-34 years, 1983-2007: an analysis of time trends*. Diabetes Care, 2011. 34(8): p. 1754-9.
18. Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes (SWEDIABKIDS), Årsrapport – 2011 års resultat
19. Statens folkhälsoinstitut, *Barn och unga 2013– utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Samordnad folkhälsorapportering*, 2013.
20. Danielsson, M. and K. Sundström, *Kapitel 6: Reproduktiv hälsa*, i *Folkhälsorapport 2005*: Stockholm.
21. Danielsson, M., et al., *Sexual and reproductive health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 9*. Scand J Public Health, 2012. 40(9 Suppl): p. 176-96.
22. Danielsson, M., et al., *Sexuell och reproduktiv hälsa*, i *Folkhälsorapport 2009*, Socialstyrelsen.
23. Herlitz, C., *Hiv och aids i Sverige. Kunskap, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2007*, 2008.

24. Smittskyddsinstitutet. *Ungdomar och sexualitet 2011. Ungdomsbarometern. Specialrapport för Smittskyddsinstitutet*. 2011;
25. Statens folkhälsoinstitut, *Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport*, 2011: Östersund.
26. Hagquist, C., *Skolmiljö, mobbing och hälsa. Resultat från Ung i Värmland 1988-2011*, 2012, Centrum för forskning om barn och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads Universitet.
27. Dalman, C., Y. Forsell, and C. Magnusson, *Psykisk ohälsa i Stockholms län 2011*, Stockholms läns landsting Karolinska Institutet.
28. Beckman, K., et al., *Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada. Läkemedel vanligaste skademetod*. Läkartidningen, 2010. 107(7): p. 428-31.
29. Salmi P, Berlin M, Björkenstam E, Weitoft Ringbäck B. *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Socialstyrelsen, 2013.