

# Hälsa, besvär och livskvalitet bland barn och ungdomar i Stockholms stad

Författare: **Stig Elofsson, Magnus Åkesson, Ulf Blomdahl**

**ISBN:** 978-91-984359-4-8

**Utgivningsdatum:** 2025-06-02

**Utgivare:** Forsknings- och utvärderingsgruppen Ung livsstil i samarbete med Stockholms stad

**Kontaktpersoner:** Jenny Lindskog, Magnus Åkesson, idrottsförvaltningen Eva Stenstam, Linda Lengheden, kulturförvaltningen

**Illustration framsida:** Josefin Herolf, kommunikationsstaben, kulturförvaltningen  
Start.stockholm

# Stockholms stads förord

I Stockholm ska alla barn och unga ha de bästa förutsättningarna för att leva ett gott liv, ha en hälsosam livsstil och en innehållsrik tillvaro. Vi vet att en aktiv fritid bidrar till såväl utveckling och glädje som till en förbättrad hälsa. Vi som verkar på fritidens arena vill inspirera och möjliggöra för barn och ungdomar att ta del av och delta i det rika kultur-, idrotts- och fritidsutbud som finns i staden. Barn och unga ska också ha inflytande över verksamheterna. Därför är barnperspektivet vid sidan om jämställdhet och jämlikhet centralt i vårt arbete.

Stockholms stad har sedan tidigt 1980-tal regelbundet genomfört studier med forsknings- och utvärderingsgruppen Ung livsstil. Undersökningarna är värdefulla för stadens arbete av främst två skäl. Dels får vi reda på hur vi lyckas nå våra mål om jämställda och jämlika kultur-, idrotts- och fritidsverksamheter och dels får vi vägledning i vilka preferenser barn och unga har för verksamheterna och vilket innehåll dessa ska ha. Det är alltså ett av flera sätt för staden att följa intentionerna i Barnkonventionen. Vi vet också att Ung livsstils undersökningar håller en hög vetenskaplig kvalitet vilket gör att vi får pålitliga underlag att arbeta vidare med.

Denna rapport är en av flera som utgår ifrån resultaten i undersökningar genomförda 2021-2022 i grund- och gymnasieskola samt i anpassad grund- och gymnasieskola. Rapporterna blir värdefulla verktyg när vi ska forma kulturen, idrotten och fritiden för barn och unga i staden under de närmsta åren.

Stockholm i maj 2025

Marina Högland  
Idrottsdirektör  
Idrottsförvaltningen  
Stockholms stad

Maria Jansén  
Kulturdirektör  
Kulturförvaltningen  
Stockholms stad

## Författarnas förord

Forsknings- och utvärderingsgruppen Ung livsstil startades vid sociologiska institutionen vid Stockholms universitet 1982/1983. Första ansökan om forskningsmedel gjorde sociologiska institutionen tillsammans med kommunförbundet och kommunerna Stockholm, Göteborg, Norrköping, Västerås och Eskilstuna. Ansökan bifölls!

Många kommuner har sedan 1985 deltagit i Ung livsstils studier. Sedan 2019 har följande kommuner tillsammans med oss genomfört studier: Askersund, Täby, Lidingö, Värmdö, Valentuna, Malmö, Helsingborg, Jönköping, Burlöv, Mark, Tyresö, Knivsta, Haninge, Stockholm och Kristianstad. Sedan 1984 har över 200 000 elever i mellanstadiet, högstadiet och gymnasiet deltagit i Ung livsstils studier. Alla tidigare studier har en svarsfrekvens på minst 70%.

I Stockholm har studier genomförts 1984, 1985, 1991, 1992–1994, 1998, 2004/2005, 2008, 2011, 2013/2014 samt 2022. Sedan studien 2004/2005 i Stockholm har vi vidgat perspektivet något och strävat efter att mer utförligt kunna beskriva och analysera ungdomars livsvillkor. I första hand står dock ungdomars situation och preferenser på fritidsområdet i centrum för våra studier.

I studien 2022 i Stockholm har 5 040 elever i mellanstadiet, högstadiet och gymnasiet besvarat våra frågor. Dessutom har 227 elever i högstadiet och i gymnasiet i särskolan (nu anpassad skola) besvarat frågorna i enkäten<sup>1</sup>. Urvalsram, urval och svarsfrekvens i Stockholm finns presenterad i kapitel 3.

Ansvariga för det praktiska genomförandet av studien Ung livsstil i Stockholm 2022 har folkhälsostrategen Magnus Åkesson på idrottsförvaltningen varit. Utan hans mycket kompetenta arbete hade denna rapport inte haft ett så säkert statistiskt underlag som nu att utgå ifrån. Vi tackar honom och all övrig personal, i första hand de som varit med i skolklasserna när studien genomfördes. Dessa är David Dottemar, Djordje Glavcic, Felix Hallström, Jirair Manoukian och Maria Regnhamn. Dessutom ett tack till följande personer som har kodat de öppna frågorna: Saga Berneryd, Elin Högberg, Linda Lengheden och Jenny Lindskog. David Gäddman och Hanna Gäddman har läst in resultaten i en databas. Till dem går ett varmt tack. Ett tack går också till berörda lärare och skolledare på de deltagande skolorna i Stockholms stad.

En del av de centrala resultaten från undersökningen har i ett tidigt läge presenterats för ledningsgrupperna i kulturförvaltningen och idrottsförvaltningen, ledamöterna i kulturnämnden samt för ledamöterna i idrottsnämnden. Resultaten har också presenterats för alla enhetschefer och andra strategiska personer på kulturförvaltningen. Föreläsningarna finns dokumenterade som PP-filer.

Vi tackar Jenny Lindskog för läsning av rapporten och för goda förbättringsförslag.

Vi är själva helt ansvariga för innehållet i den här för rapporten.

---

<sup>1</sup> Resultaten från studien i särskolan (anpassad skola) finns presenterad i Elofsson, S, **Ung livsstil i anpassad grund- och gymnasieskola 2022-en studie av ungas fritid, skolsituation och hälsa.**

Stockholm i maj 2025

Stig Elofsson fil.dr. i statistik och docent i socialt arbete vid Stockholms universitet samt vetenskapligt ansvarig för Ung livsstil.

Magnus Åkesson folkhälsovetare och strateg vid idrottsförvaltningen i Stockholms stad

Ulf Blomdahl sociolog med inriktning på välfärdsforskning och forskningsledare i Ung livsstil.

Tidigare publicerade rapporter från Ung livsstil finns på:

[www.unglivsstil.org](http://www.unglivsstil.org)

[www.facebook.com/unglivsstil1](https://www.facebook.com/unglivsstil1)



## Abstrakt

Syftet med rapporten är att studera hälsosituationen bland barn och ungdomar i åldersgruppen 10-16 år. I analyserna belyses även hur situationen är i Stockholm jämfört med hur det ser ut i andra delar av Sverige. Utifrån detta syfte studeras

1. Skillnader mellan killar och tjejer och undersöka om dessa varierar beroende på social bakgrund.
2. I vilken utsträckning det finns ojämlikhet kopplad till social bakgrund: familjesituation – vilka man bor med och förtroende för föräldrar – socioekonomisk respektive svens/utländsk bakgrund samt boendeområde.
3. Vilka bakgrundsfaktorer – separat för killar och tjejer - som främst inverkar på ojämlikheten.

Materialet till rapporten har hämtats från undersökningar med slumpmässiga urval genomförda i Stockholm 2022. Antalet svarande är i mellanstadiet 1956, i högstadiet 1880. Svarsfrekvensen är 70 % i mellanstadiet och 71 % i högstadiet.

I rapporten har barnens och ungdomarnas hälsosituation studerats utifrån fem perspektiv – självskattad hälsa (totalt, fysiskt och psykiskt), livskvalitet samt förekomst av psykosomatiska besvär. Med utgångspunkt från att det är politiskt centralt att förbättra situationen bland de som har en sämre, mer bekymmersam hälsosituation har analyserna inriktats mot att studera hur många som skattar sin hälsa respektive livskvalitet lågt samt de som uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.

**Resultaten visar att tjejer genomgående har en sämre hälsa, att hälsan försämras med ökad ålder samt att könsskillnader blir större med stigande ålder.** En jämförelse mellan tjejer i mellanstadiet och i högstadiet visar på stora skillnader. Bland mellanstadietjerna skattar 6 % sin hälsa lågt och 31 % uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. I högstadiet skattar 35 % sin hälsa lågt och 47 % har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.

Det finns en klar ojämlikhet kopplad till ålder. Eleverna i högstadiet skattar i högre utsträckning den totala hälsan lågt och redovisar oftare två eller fler psykosomatiska besvär. (Övriga mått finns inte med i mellanstadiet). I bägge fallen är försämringen större bland tjejer än bland killar vilket innebär att könsskillnaden ökar med åldern.

**En analys av hur barnens och ungdomarnas sociala bakgrund påverkar deras hälsosituation visar att förtroende för föräldrar har en mycket central betydelse.** Barn och ungdomar som inte har förtroende för någon förälder har en klart sämre hälsosituation. Den sämre hälsosituationen kan endast i begränsad utsträckning förklaras av olikheter i hälsorelaterade levnadsförhållanden. Även efter kontroll för sådana kvarstår betydande hälsoskillnader.

Tar vi även in andra levnadsförhållande och levnadsomständigheter framträder tydligt en stark koppling till matvanor, fysisk aktivitet, rädsla/oro när man är ute på fredags-/helgkvällar samt mobbing/trakasserier.

En jämförelse med vad som gällde under 2013 visar att det i nuläget är betydligt fler som redovisar en sämre hälsosituation och att könsskillnaderna ökat.





# Innehållsförteckning

<b>Kapitel 1. Inledning</b> .....	1
<b>1.1 Rapportens syfte</b> .....	2
<b>Kapitel 2. Tidigare forskning och data kring barns och ungdomars hälsa</b> .....	3
<b>Kapitel 3. Material och metod</b> .....	11
<b>3.1 Undersökningsgrupp</b> .....	11
<b>3.2 Genomförande</b> .....	11
<b>3.3 Mått</b> .....	11
<b>3.3.1 Självsfattad fysisk och psykisk hälsa samt hälsa totalt</b> .....	11
<b>3.3.2 Psykosomatiska besvär</b> .....	12
<b>3.3.3 Skattad livskvalitet</b> .....	12
<b>3.3.4 Familjesituation</b> .....	12
<b>3.3.5 Socioekonomisk bakgrund</b> .....	13
<b>3.3.6 Svensk/utländsk bakgrund</b> .....	14
<b>3.3.7 Boendeområde</b> .....	15
<b>3.4 Statistisk metod</b> .....	16
<b>Kapitel 4. Kön och ålder</b> .....	18
<b>Kapitel 5. Familjesituation och relation till föräldrar</b> .....	23
<b>Kapitel 6. Socioekonomisk bakgrund</b> .....	25
<b>Kapitel 7. Svensk och utländsk bakgrund</b> .....	26
<b>Kapitel 8. Bostadsområden och boendeformer</b> .....	27
<b>Kapitel 9. Skolbetyg och ogiltig frånvaro</b> .....	30
<b>Kapitel 10. Förändringar över tid</b> .....	32
<b>10.1 Förändringar i förekomst av olika psykosomatiska besvär</b> .....	33
<b>Kapitel 11. Stockholm jämfört med andra kommuner</b> .....	37
<b>Kapitel 12. Den sociala bakgrundens inverkan på hälsa och livskvalitet</b> .....	40
<b>12.1 Sammanfattning av den sociala bakgrundens inverkan på hälsa och livskvalitet</b> .....	44
<b>Kapitel 13. Levnadsförhållandenas inverkan på hälsa och livskvalitet</b> .....	45
<b>13.1 Mellanstadiet</b> .....	46
<b>13.2 Högstadiet</b> .....	49
<b>Kapitel 14. Varför har tjejer en sämre hälsosituation?</b> .....	57
<b>Kapitel 15. Ålderskillnader i hälsa och hälsorelaterade levnadsförhållanden</b> .....	60

<b>Kapitel 16. Ojämlig hälsosituation</b> .....	72
<b>Kapitel 17. I vilken utsträckning har de som saknar förtroende för föräldrar ett kompensande nätverk?</b> .....	82
<b>Kapitel 18. Förändringar i hälsosituationen sedan 2013/14</b> .....	84
<b>18.1 Kön och ålder</b> .....	84
<b>18.2 Förändringar i hälsa utifrån familjesituation</b> .....	86
<b>18.3 Förändringar i hälsa utifrån socioekonomisk bakgrund</b> .....	89
<b>18.4 Förändringar i hälsa utifrån svensk/utländsk bakgrund</b> .....	91
<b>18.5 Förändringar i hälsa i olika stadsdelar</b> .....	93
<b>18.6 Förändringar i hälsa i relation till förtroende för föräldrar</b> .....	95
<b>18.7 Förändringar i hälsa i relation till hur man upplever sin fritidssituation</b> .....	96
<b>18.8 Förändringar i hälsa i relation till hur man tycker om att gå i skolan</b> .....	96
<b>18.9 Sammanfattning</b> .....	97
<b>Kapitel 19. Orsaker till ökningen av besvär och psykisk ohälsa</b> .....	100
<b>19.1 Sammanfattning</b> .....	104
<b>Kapitel 20. Sammanfattning</b> .....	106
<b>20.1 Jämställdhet</b> .....	107
<b>20.2 Jämlikhet</b> .....	108
<b>20.2.1 Jämlikhet och ålder</b> .....	108
<b>20.2.2 Jämlikhet och familjesituation</b> .....	109
<b>20.2.3 Jämlikhet och socioekonomisk bakgrund</b> .....	109
<b>20.2.4 Jämlikhet och svensk/utländsk bakgrund</b> .....	110
<b>20.2.5 Jämlikhet och boendeområde</b> .....	110
<b>20.3 Hälsosituationen i Stockholm jämfört med andra kommuner?</b> .....	111
<b>20.4 Hälsorelaterade levnadsvanor som påverkar hälsan</b> .....	111
<b>20.5 Försämrade hälsa över tid</b> .....	113
<b>20.6 Hur skall man arbeta för att förbättra ungas hälsa?</b> .....	113
<b>20.7 Avslutning</b> .....	115
<b>Kapitel 21. Slutdiskussion</b> .....	116
<b>21.1 Inledning</b> .....	116
<b>21.2 Varför har tjejer sämre hälsa?</b> .....	116
<b>21.3 Varför försämras hälsan med ökad ålder?</b> .....	118
<b>21.4 Varför har hälsan försämrats över tid?</b> .....	120

<b>21.5 Varför påverkar förtroende förföräldrar så starkt? .....</b>	<b>121</b>
<b>21.6 Varför påverkar vad ungdomar tycker om att gå i skolan så starkt? .....</b>	<b>122</b>
<b>21.7 Varför påverkar vad barn och ungdomar tycker om sin fritidssituation så starkt? .....</b>	<b>123</b>
<b>21.8 Varför har vissa utsatta grupper sämre hälsorelaterade levnadsförhållanden? .....</b>	<b>125</b>
<b>21.9 Avslutning .....</b>	<b>126</b>
<b>Litteraturlista .....</b>	<b>128</b>
<b>Bilaga 1. Läkemedelsstatistik Stockholms län.....</b>	<b>131</b>
<b>Bilaga 2. Sociala bestämningsfaktorer för barns hälsa och utveckling (Folkhälsomyndigheten).....</b>	<b>134</b>



# Kapitel 1. Inledning

Det rapporteras och diskuteras idag flitigt om statusen på barn och ungdomars hälsa både i media och i andra forum. Ofta sker utsagor om att yngre barns fysiska hälsa är sämre genom iakttagelser om sämre motorisk förmåga och en ökad förekomst av övervikt eller fetma bland de små barnen. När det gäller ungdomar är inte sällan utgångspunkten att den psykiska hälsan blir allt sämre, framförallt bland tjejer. Som en följd av dessa rapporteringar och utsagor kommer det allt fler praktiska initiativ från en rad olika aktörer på hälsofrämjande insatser riktade till de olika målgrupperna. Likaså har det offentliga, genom stat, region och kommun, allt mer fått upp ögonen för att rikta fokus mot barn och ungas hälsa. Det offentliga har även satt upp målformuleringar om förbättrad hälsa samt tagit beslut om diverse initiativ som förväntas påverka barn och ungas hälsa, många gånger har särskilt ungdomars psykiska hälsa varit i fokus. Vi tittar därför närmare på hur Stockholms stad formulerar målsättningar och insatser när det gäller hälsa.

Stockholms stad har satt upp mål om att förbättra barn och ungas hälsosituation i en rad olika dokument. Vid upprättandet av målformuleringarna kring hälsa utgör ofta Agenda 2030 utgångspunkten och då särskilt mål 3 God hälsa och välbefinnande. Detta mål i Agenda 2030 behandlar till exempel att man vill säkerställa ett hälsosamt liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar. Mer specifikt anges att detta ska ske genom att främja mental hälsa samt minska antalet människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel<sup>2</sup>. Utifrån detta har staden formulerat mål kring hälsa i ett antal program. Dessa program kan sägas peka ut långsiktiga mål och riktningen för stadens arbete över en längre tidsperiod inom olika ämnesområden till exempel jämställdhet, barnrätt och idrott. Vi blickar in i dessa program för att se hur staden formulerar sina mål kring hälsa.

I Program för ett jämställt Stockholm 2018-2022 anges att kvinnor och män samt flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa<sup>3</sup>. I Program för barnets rättigheter och inflytande i Stockholms stad 2018-2022 formuleras mål kring hälsa som att ”Varje verksamhet ska tillgodose barnets rätt till goda uppväxtförhållanden, hälsa och utveckling inom ramen för sitt uppdrag”<sup>4</sup> och att alla barn ska ha god psykisk hälsa<sup>5</sup>. För att uppnå en god hälsa bland befolkningen ser Stockholms stad fysisk aktivitet som en viktig del att främja. Fysisk aktivitet behandlas i Stockholms stads program för idrott, motion och friluftsliv 2024-2028 där man menar att ”Fysisk aktivitet är en av de viktigaste påverkbara faktorerna för god hälsa...”<sup>6</sup> och att de största hälsovinster får de som går från inaktivitet till att bli fysiskt aktiva<sup>7</sup>. Målen och strategierna som anges i dessa program konkretiseras sedan något i Stockholms stads budget. I budgeten för åren 2024-2026 finns det några skrivningar som framförallt berör psykisk hälsa.

I Stockholms stads budget för 2024 anges att den psykiska ohälsan ökar bland skolelever i Stockholm och att särskilt flickor är drabbade. Detta vill staden komma till rätta med genom att bland annat stärka elevhälsan och öka samverkan mellan olika berörda verksamheter. I

---

<sup>2</sup> UNDP. **Om globala målen**. [www.globalamalen.se](http://www.globalamalen.se)

<sup>3</sup> Stockholms stad, (2017). **Program för ett jämställt Stockholm 2018-2022**.

<sup>4</sup> Stockholms stad, (2017). **Program för barnets rättigheter och inflytande i Stockholms stad 2018-2022**.

<sup>5</sup> Stockholms stad, (2017). **Program för barnets rättigheter och inflytande i Stockholms stad 2018-2022**.

<sup>6</sup> Stockholms stad, (2024). **Stockholms stads program för idrott, motion och friluftsliv 2024-2028**.

<sup>7</sup> Stockholms stad, (2024). **Stockholms stads program för idrott, motion och friluftsliv 2024-2028**.

budgeten konstateras vidare att ”Psykisk ohälsa är ett av vår tids största folkhälsoproblem.”. Därför uppdras det åt socialnämnden att utveckla arbetet med förebyggande insatser och tidiga åtgärder mot psykisk ohälsa med särskilt fokus på flickor.

Vi kan alltså konstatera att det finns en oro för ett försämrat hälsoläge bland barn och ungdomar. Framförallt verkar oron kretsa kring den psykiska hälsan och särskilt hur denna är bland tjejer. Stockholms stad har därför i olika skrivningar uppmärksammat detta och satt upp mål och strategier för hur hälsoläget ska förbättras. I föreliggande rapport kommer vi därför att redogöra för vad tidigare forskning visar om hälsan bland barn och ungdomar och framförallt studera hur hälsosituationen är hos barn och ungdomar i Stockholm och vad som påverkar hälsan.

## 1.1 Rapportens syfte

Syftet med denna rapport är att studera hälsosituationen bland barn och ungdomar i åldersgruppen 10-16 år i Stockholm. Inom detta ingår:

1. Studera hur hälsosituationen skiljer sig beroende på kön och ålder
2. Studera skillnader mellan killar och tjejer och undersöka om könsskillnaderna varierar beroende på social bakgrund.
3. Att studera hur hälsosituationen förändrats över tid
4. Att studera i vilken utsträckning det finns ojämlikhet kopplad till ålder, social bakgrund: familjesituation – vilka man bor med och förtroende för föräldrar – socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund samt boendeområde.
- 5 Studera hur situationen är i Stockholm jämfört med hur det ser ut i andra delar av Sverige.
6. Att göra fördjupade av sambanden med social bakgrund för att få en bild av de enskilda bakgrundsfaktorerna separata inverkan efter kontroll för inverkan från övriga bakgrundsfaktorer.
- 7 Att analyser hur olika hälsorelaterade levnadsförhållanden - efter kontroll för social bakgrund – inverkar på hälsosituationen

För att få en utgångspunkt för en diskussion kring den bristande jämställdheten och jämlikheten studeras även vilken betydelse olika hälsorelaterade levnadsförhållanden har. Utifrån resultat från tidigare rapporter studeras här den direkta inverkan från

- skolsituationen inkluderande betyg och hur man tycker om att gå i skolan
- fritidssituationen inkluderande deltagande i de fritidsaktiviteter som får huvuddelen av det offentliga finansiella stödet samt hur barnen/ungdomarna upplever sin fritidssituation
- matvanor speciellt regelbundet intag av frukost, lunch och middag
- fysisk aktivitet
- rädsla/oro då man är ute på kvällarna

Med utgångspunkt från dessa analyser diskutera olika möjliga orsaker till den bristande jämställdheten och jämlikheten.

## Kapitel 2. Tidigare forskning och data kring barns och ungdomars hälsa

I det här kapitlet ges en översiktlig bild av den aktuella hälsosituationen bland barn och ungdomar i första hand på nationell nivå, i andra hand i Stockholm och vissa andra kommuner. I de flesta fall handlar det om svar från olika enkätundersökningar och här är det viktigt att notera att dessa i flertalet fall riktar sig till ungdomar från 16 år och uppåt. På nationell nivå bryts detta endast av Folkhälsomyndighetens undersökning om skolbarns hälsovanor där målgruppen är 11-, 13- och 15-åringar<sup>8</sup>. När det gäller uppgifter kring situationen i Stockholm refereras i vissa fall till Stockholmsenkäten som vänder sig till elever i årskurs 9 på högstadiet och årskurs 2 i gymnasiet. I viss utsträckning refereras här även till statistiska data som innefattar åldersgruppen 0-17 år.

Vid sidan av detta uppmärksammas även resultat från undersökningar genomförda inom *Ung livsstil*. I de flesta fall har dessa gjorts i högstadiet men det finns här kommuner där undersökningar genomförts på alla de tre stadierna – mellan- och högstadiet samt gymnasiet. Detta gäller vid sidan av Stockholm för Helsingborg, Jönköping, Malmö och Täby.

I en rapport från Forte ger man en sammanfattande bild av hälsoläget bland barn och ungdomar i Sverige<sup>9</sup>. Sammanställningen utgår vad som framträder i rapporter och statistik från myndigheter och organisationer. Under arbetets gång har ytterligare information kring grupper som var speciellt utsatta inhämtats från dessa. Däremot har inte uppgifter från lokala eller regionala myndigheter tagits med. Sammanställningen kring forskningsresultat har gjorts från vetenskapliga publikationer som publicerats under perioden 2008 till 2018<sup>10</sup>.

I sammanfattningen anger man att ungdomar och unga vuxna allmänt uppger sig att vara vid god hälsa men att det finns stora skillnader mellan olika grupper. Tjejer och unga kvinnor skattar den psykiska hälsan lägre än killar och unga män. Ungdomar och unga vuxna från hem med låg socioekonomisk status uppvisar sämre fysisk och psykisk hälsa än de från hem med högre socioekonomisk status. Ungdomar och unga vuxna med låg socioekonomisk status har ett ohälsosammare beteende, utsätter sig för fler risker och drabbas mer av olyckor, sexuellt och fysiskt våld, och dödsfall på grund av olycka eller självförvällat våld. Vidare ökar risken att diagnostiseras med neuropsykiatrisk sjukdom, och att drabbas av depression och psykosjukdom. Flickor med utländskt ursprung uppger en hög grad av hälsoproblem, oberoende av familjens ekonomiska status. • Ungdomars och unga vuxnas sociala relationer påverkar deras psykiska hälsa. De som uppger att de har goda relationer till vänner och föräldrar uppger generellt ett högre psykiskt välbefinnande än de som saknar vänner och har dåliga relationer till sina föräldrar.

---

<sup>8</sup> Se t ex Svenska Folkhälsoinstitutet. **Svenska skolbarns hälsovanor**. 2018. Statens Folkhälsoinstitut. <http://www.fhi.se>

<sup>9</sup> Bergnéhr D, Enell S. **Ungdomars och unga vuxnas levnadsvillkor i Sverige En kunskapsöversikt med fokus på ojämlikhet**.

<sup>10</sup> Sökning kring dessa har gjorts från SwePub, PubMed, Social Science Premier Collection, Scopus, Psychinfo samt ERIK.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) Har presenterat en sammanfattande bild av ungas levnadsvillkor i Sverige som främst gäller åldersgruppen 16-24 år<sup>11</sup> Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) ger följande bild av ungas fysiska och psykiska hälsa som främst gäller åldersgruppen 16-24 år<sup>12</sup>. Materialet bygger på uppgifter hämtade från olika myndighetsrapporter och MUCF:s ena enkätundersökningar som genomförts vartannat, vart tredje år under perioden 2006 till 2021. Dessa bygger på ett slumpmässigt urval av unga mellan 16-25 år. Ett problem är dock att svarsfrekvensen endast är 50 % eller något lägre, vilket gör resultaten mer osäkra. I rapporten konstateras att En majoritet av unga bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra, men andelen har minskat. Andelen som uppger att de mår bra är lägre bland tjejer än bland killar. Nästan hälften av unga upplever psykiska symptom, som oro och ångest. En högre andel tjejer upplever psykosomatiska symptom än killar. Hälften upplever sig ha psykosomatiska symptom och andelen har varit stabil över tid. Det senaste året har det skett en kraftig ökning av antalet per 100 000 som vårdas för självdestruktiv handling och självmordsförsök bland yngre tjejer

Lisa Hellström beskriver en kunskapsöversikt förändringarna i barns och ungdomars hälsa under den senaste 10-årsperioden<sup>13</sup>. Hon konstaterar att dagens unga generation generellt har en god framtidstro men att de upplever sig ha sömnbesvär, huvudvärk, nedstämdhet och andra psykiska besvär i större utsträckning än tidigare och de konsumerar mer sjukvård och psyko-farmaka för dessa symptom jämfört med tidigare generationer. Därutöver rör de sig mindre och andelen barn och unga med fetma och övervikt ökar. I linje med denna problematik har antalet nya fall av depression, ångestsyndrom, självskador och ätstörningar bland barn och unga vuxna ökat under en lång tid.

Frågan om hur skärmtid påverkar främst barns och ungdomars psykiska hälsa har uppmärksamats i fler rapporter. Mendoza och Österlund från högskolan i Borås studera i ett examensarbete sambandet mellan skärmtid och såväl fysisk som psykisk hälsa<sup>14</sup>. Resultaten bygger på en litteraturstudie av vetenskapliga artiklar med kriteriet att det skall handla om vetenskapliga empiriska studier under de senaste 10 åren<sup>15</sup>. Man har uteslutit artiklar som handlar om barn och ungdomar med olika diagnoser eller sjukdomar som kan påverka barnens hälsa utan koppling till skärmanvändning. De finner att den negativa påverkan på barns fysiska hälsa handlar om sämre sömn och en ökad vikt. På barns psykiska hälsa handlar den negativa påverkan om att skärmanvändningen medför känslomässiga problem, kognitiva problem och risk för spelberoende.

I ett självständigt arbete på magisternivå presenterar Axenström Massleberg och Boström en litteraturöversikt kring hur skärmanvändning påverkar sömn<sup>16</sup>. Materialet innefattar en systematisk litteraturöversikt av främst kvantitativ forskning<sup>17</sup>. Författarna finner att skärmtiden

---

<sup>11</sup> Myndigheten för ungdoms- och samhällsfrågor (MUCF). **En sammanfattad bild av ungas levnadsvillkor i Sverige. Ung i dag 2023**. 2023. [www.mucf.se](http://www.mucf.se)

<sup>12</sup> Myndigheten för ungdoms- och samhällsfrågor (MUCF). **En sammanfattad bild av ungas levnadsvillkor i Sverige. Ung i dag 2023**. 2023. [www.mucf.se](http://www.mucf.se)

<sup>13</sup> Hellström L. **Hur mår våra barn och unga?**

<sup>14</sup> Mendoza, Österlund. **Barns skärmanvändning: En litteraturstudie om hur skärmanvändning påverkar barns hälsa negativt.**

<sup>15</sup> Sökningen har gjorts i databaserna Cinahl, Primo, PsycINFO och PubMed.

<sup>16</sup> Axenström Massleberg, Boström. **Hur ungdomar påverkas av skärmanvändning: En systematisk litteraturöversikt**

<sup>17</sup> Sökningarna har gjorts via databaserna PubMed, Cinahl, och PsycINFO.



påverkade sömnmönster och det dagliga livet. Detta handlar om svårigheter att somna, sömnbrist samt trötthet på dagarna och psykisk ohälsa.

I en annan litteraturstudie studerar Paz Rossebø, och Hansson sambandet mellan skärmtid och psykisk hälsa.<sup>18</sup> De drar slutsatsen att det finns både positiva och negativa effekter kring hur sociala medier påverkar psykisk hälsa. Sociala medier kan förstärka sociala kontakter men en överdriven användning kan påverka sömnen.

En rapport från en arbetsgrupp inom Svenska läkaresällskapet ger förslag till interventioner för att förbättra ungas psykiska hälsa<sup>19</sup>. I rapporten refererar man till att utvecklingen från mitten av 1960-talet och framåt har kännetecknats av ökad materiell levnadsstandard, stärkt rättsskydd för barn, minskande somatisk ohälsa, och en kraftigt sjunkande barnadödlighet. Denna positiva utveckling i Sverige och andra höginkomstländer har inte lett till en minskning av psykiska symptom hos unga. Att barn rapporterar mer stress och psykiska symptom trots bättre levnadsförhållanden, ”välfärdsparadoxen”, har varit tydligt i Sverige. Utgångspunkten för denna översikt har varit att lyfta fram vilka livsstils- och omgivningsfaktorer som har visat sig kunna bromsa eller vända denna utveckling. De ger fem konkreta interventioner för att förbättrad psykisk hälsa bland barn och ungdomar. Man ger fem konkreta förslag till interventioner där skolan ses som en viktig arena då man där når alla unga i skolåldern.

1. *Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet – gärna i anslutning till skoltid.*
2. *Hjälpa unga att nå en balans mellan tid ägnad åt digitala medier och hälsofrämjande aktiviteter.*
3. *“Livskunskapsprogram” som hjälp till ungdomar att stärka självkänslan, hantera stress och skapa positiva förändringar.*
4. *Främja psykisk hälsa i skolmiljön genom att anpassa kunskaps- och betygskrav till ungas utveckling och förutsättningar.*
5. *Satsa på program för tidig upptäckt och stöd till unga med ökad risk för sämre psykisk hälsa.*

Stockholm stad har deltagit i Stockholmsenkäten som genomförts inom årskurs 9 i högstadiet och årskurs 2 i gymnasiet i olika former sedan 1970-talet och tillgång finns till tidsserier från 1998<sup>20</sup>. I undersökningarna har de kommunala skolorna ålagts att delta vilket gör att svarsfrekvensen i dessa fall är ganska hög. Däremot har fristående skolor deltagit frivilligt vilket sedan länge gett en låg svarsfrekvens för elever från friskolorna. Under den senaste undersökningen deltog dock 60 % vilket är en stor ökning sedan förra mätningen (32 % år 2020, 41 % år 2018, 63 % år 2016). De stora variationerna i svarsfrekvens bland friskoleeleverna leder givetvis till ökad osäkerhet då man följer resultaten över tid.

Vid presentationen av de senaste resultat framhävs att den psykiska ohälsan har ökat. Bland tjejer från 30 % år 2004 till 40 % år 2022, bland killar från 10 % år 2004 till 20 % år 2022.

Även inom sjukvården har man noterat en klar försämring av hälsan. Läkemedelsstatistik rörande antalet patienter i åldersgruppen 10-19 år som i Stockholms län använt sömnmedel och

---

<sup>18</sup> Paz Rossebø Josefine, Hansson Robert. **De unga bakom skärmen: En litteraturbaserad studie om kopplingen mellan ungas användande av sociala medier och deras psykiska hälsa.**

<sup>19</sup> Milerad J, Runeson B, Fernell E, Widegran H: **Kraftsamling för ungas psykiska hälsa.**

<sup>20</sup> Undersökning om ungdomars levnadsvanor – Stockholmsenkäten. **Undersökning om ungdomars levnadsvanor – Stockholmsenkäten – Stockholms stad (start.stockholm).**

lugnande, antidepressiva respektive lugnande och ångestdämpande läkemedel pekar på en kraftig ökning från 2006 och framåt. Som underlag för en jämförelse med resultaten i den här rapporten redovisas uppgifter för 2013 och 2023 i tabell 1, separat för killar och tjejer i åldersgruppen 10-19 år

**Tabell 1. Stockholms län. Läkemedelsanvändning. Antal patienter i åldersgruppen 10-19 år efter kön och år.**

Läkemedel	2013		2023		2023/2013	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Sömnmedel och lugnande	2252	2036	11641	11615	4,95	5,72
Antidepressiva	1720	2879	3388	8102	1,97	2,81
Lugnande, ångestdämpande	1167	1987	1504	3190	1,29	1,61

För det första kan vi konstatera att användningen av antidepressiva och lugnande/ångestdämpande läkemedel bägge åren är högre bland tjejer än bland killar. Däremot är könsskillnaden när det gäller sömnmedel/lugnande medel ganska liten. Ser vi till ökningen från 2013 till 2023 är denna i samtliga fall högre bland tjejer än bland killar.

Ökningen är klar störst när det gäller sömnmedel och lugnande medel, en femdubbling eller mer. Närmast efter detta kommer antidepressiva med som nästan fördubblats bland killar och nästan tredubblats bland tjejer. Det finns även en ökning när det gäller hur många som använt lugnande, ångestdämpande medel men här är ökningen inte lika stor. Genomgående gäller att ökningen är större bland tjejer än bland killar. Störst könsskillnader i förändringarna har vi för antidepressiva medel, minst när det gäller sömnmedel och lugnande.

Resultaten från de senaste presenterade rapporterna från *Ung livsstil* visar att det redan från mellanstadiet finns en könsskillnad – tjejer redovisar sämre hälsa, högre förekomst av psykosomatiska besvär och lägre livskvalitet än killar<sup>21</sup>.

Dessa könsskillnader som gällt sedan länge innebär självklart att det är av speciellt intresse att se närmare på forskning som söker ge en förklaring till könsskillnaderna. En litteratursökning visar att det inte publicerats någon avhandling kring könsskillnader och ojämlikhet när det gäller barns och ungdomars hälsa under de senaste 10 åren. Däremot finns det ett antal uppsatser som berör dessa frågor. Uppgifter från dem bör dock läsas med en viss försiktighet – materialet är ofta begränsat, men en fördel är att författarna måste presentera och knyta an till teori och tidigare forskning. I uppsatsen *Män är från Mars och kvinnor är från Venus. Könroller, kroppsuppfattning och självkänsla hos ungdomar* studeras sambandet mellan kroppsuppfattning och självkänsla hos gymnasieelever (n=79)<sup>22</sup>. Könroller mättes enligt formuläret Bem Sex-Role Inventory (BSR-SE), kroppsuppfattning i enligt med skalan Body\_Esteem Scale for Adults and Adolescents (BESAA) och självkänsla enligt Rosenberg Self\_Esteem Scale (RSE). Resultaten visade att maskulinitet korrelerade positivt med kroppsuppfattning

<sup>21</sup> Blomdahl, Elofsson, Bergmark. *Ung livsstil Malmö, 2021*; Blomdahl, Elofsson *Ung livsstil i Eskilstuna*; Blomdahl, Elofsson. *Ung livsstil i Jönköping 1994-2022*; Elofsson, Blomdahl *Ung livsstil i Mark*; Blomdahl, Elofsson *Ung livsstil i Kristianstad*.

<sup>22</sup> Karlsson, Camilla. *Män är från Mars och kvinnor är från Venus”: Könroller, kroppsuppfattning och självkänsla hos ungdomar*

och självkänsla. Vidare fanns ett negativt samband mellan femininitet och kroppsuppfattning och självkänsla. Det fanns ett signifikant samband mellan kroppsuppfattning och självkänsla och männen rapporterade både bättre kroppsuppfattning och självkänsla än kvinnorna.

I uppsatsen *"Jag vill liksom inte vara besvär för andra": En kvalitativ studie om gymnasieelevers upplevelser och syn av psykisk ohälsa och könsnormer* förknippade intervjupersonerna psykisk ohälsa med dålig mentalitet, försämrat mående och skolstress<sup>23</sup>. Resultaten visade även att intervjupersonerna upplevde att könsroller och normer påverkar deras sätt att tala om och hantera psykisk ohälsa.

Uppsatsen *Kroppsideal och ätstörningar ur ett genusperspektiv* En kvalitativ studie om synen på kroppsideal och stort ätbeteende i förhållande till genus och könsroller drar slutsatsen att könsroller har en betydande del i utformningen av kroppsidealen och att media är en stark källa för påverkan, både gällande könsroller, kroppsideal, internalisering av ideal, och gällande kostkunskap och matvanor<sup>24</sup>.

Folkhälsomyndighetens rapport visar att både positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa är ojämnt fördelade redan i tidig ålder utifrån socioekonomi<sup>25</sup>. Ojämlighet i psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid relaterat till inkomstnivå är betydande och har ökat över tid bland vuxna. Även ojämlikheter utifrån sexuell läggning, kön och utbildning identifierades. Ojämlighet utifrån födelseland visade inte lika tydliga mönster i denna kunskapssammanställning. Ojämlighet i psykisk hälsa är konsekvensen av sammanvävda och interagerande fenomen. De viktigaste bestämningsfaktorerna för både de komplexa ojämlikheterna och den inkomstrelaterade ojämlikheten i alla studerade utfall var kopplade till sysselsättning och inkomst. Förutom de med låg inkomst, så har vissa grupper genomgående högre förekomst av psykiska besvär såsom icke-heterosexuella, mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna samt ensamstående föräldrar. För unga med funktionsnedsättning tyder resultaten på att det skett en försämring över tid i positiv psykisk hälsa. De med psykiska besvär har oftare ogynnsamma sociala och ekonomiska förhållanden.

Rapporten *"Skolan har stor betydelse för barnens hälsa"* studerar olika socioekonomiska faktorer betydelse för likvärdig utbildning och jämlik hälsa och bygger på en kvalitativ studie med 12 grundskolelärare från Blekinge och Västmanland<sup>26</sup>. Resultatet visar att socioekonomiska faktorer påverkar elevers förutsättningar att utveckla likvärdig kunskap, kompetens och utbildning. Elevernas olika socioekonomiska förhållanden har också betydelse för deras fysiska och psykiska hälsa samtidigt som kravet på kompenserande insatser ökar i de elevgrupper där de socioekonomiska förutsättningarna är sämre. Informanterna i studien upplever kompensation som ett svårtolkat begrepp. Betydelsen av de socioekonomiska faktorernas inverkan på likvärdig utbildning och jämlik hälsa behöver också lyftas och bli en mer central del i de kollegiala samtalen och skolornas kvalitets- och utvecklingsarbete.

Rapporten *Uppkomsten av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna* är en litteraturöversikt utifrån ett socialpsykologiskt perspektiv<sup>27</sup>. Rapporten finner två huvudkategorier, nämligen

---

<sup>23</sup> Almhana Rand, Gebreslase Diana, Kirnaui Rooa. **Jag vill liksom inte vara besvär för andra.**

<sup>24</sup> Andersson, Emilie. **Kroppsideal och ätstörningar ur ett genusperspektiv.**

<sup>25</sup> Folkhälsomyndigheten. **Ojämlighet i psykisk hälsa – kunskapssammanställning.**

<sup>26</sup> Berglund LW, Melander A. **Skolan har stor betydelse för barns hälsa.**

<sup>27</sup> Alrobaei D, Turalic M. **Uppkomsten av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna.**

strukturella faktorer och faktorer inom individen. Litteraturöversikten visade att uppkomsten av psykisk ohälsa var starkt förknippat med social tillhörighet, skolmiljö, normer, självkänsla och personlighetsdrag. Resultatet pekar också på betydelsen av barn och ungas sociala relationer, hög självkänsla och självförtroende för att de skall känna trygghet i sig själva. Det är viktigt att barn och unga i tidig ålder får tillgång till de resurser de behöver för att bli motståndskraftiga i framtiden och kunna hantera personliga motgångar. Resurserna kan de få tillgång till genom familj, skola och vänner, men det handlar också om att individen skall se livet ur ett optimistiskt och positivt perspektiv för att hantera psykisk ohälsa

I de rapporter som vi presenterat inom *Ung livsstil* kring barns och ungdomars levnadsförhållanden har uppgifter kring hälsa och livskvalitet genomgående redovisats och analyserats<sup>28</sup>. Resultaten visar att tjejer i högstadiet och gymnasiet har en sämre hälsosituation än killar. I mellanstadiet är könsskillnaderna inte lika framträdande men även här finns indikationer mot att tjejer har en sämre hälsa. Speciellt gäller detta för förekomst av psykosomatiska besvär. Allmänt gäller att hälsosituationen försämras med ökad ålder, speciellt mycket från mellanstadiet till högstadiet. Försämringen är större bland tjejer vilket innebär att könsskillnaderna ökar med ökad ålder.

Ser vi till barnens/ungdomarnas sociala bakgrund har förtroende för föräldrar (relationen till dem) en tydlig inverkan. Barn/ungdomar som inte har förtroende för bägge sina föräldrar har en klart sämre hälsa. Fördjupade analyser av material från Jönköping visar att huvuddelen av de skillnader som framträder inte kan förklaras av olikheter i levnadsförhållanden utan att dessa kvarstår även om man kontrollerar för sådana olikheter<sup>29</sup>.

Analyserna visar också att en rad hälsorelaterade levnadsförhållanden har en direkt inverkan på hur barnen/ungdomarna bedömer sin hälsosituation. Fysisk aktivitet inverkar på skattning av hälsa och livskvalitet men däremot inte på förekomst av psykosomatiska besvär. Matvanor har en stark inverkan, speciellt gäller detta för regelbundet intag av lunch och frukost men i vissa fall har även regelbundet intag av middag liksom i vilken utsträckning man äter nyttig respektive onyttig mat en speciell inverkan. Analyserna visar också att förekomst av rädsla när man är ute på kvällar liksom utsatthet för mobbing och trakasserier har en egen specifik inverkan. Tydligast framträder detta i analyser av materialet från Malmö<sup>30</sup> men även i övriga fall framträder mer eller mindre tydliga samband. Vid sidan av detta framträder starka samband med hur ungdomar tycker att de ha det på fritiden<sup>31</sup>. Barn och ungdomar som inte tycker att de har det bra på fritiden har en sämre hälsosituation.

Fördjupade analyser av könsskillnaderna visar att dessa i viss utsträckning kan återföras till skillnader i levnadsomständigheter. Tjejer saknar oftare förtroende för bägge föräldrar, är fysiskt aktiva i mindre utsträckning, har sämre matvanor, är oftare rädda och eller känner sig mobbade/trakasserade och tycker i högre utsträckning att de inte ha det bra på fritiden. Dessa skillnader förklarar en del av könsskillnaderna men långt ifrån fullständigt. I rapporten från Jönköping har framförts tanken att det även kan handla om könsroller. Vid studier av vuxna har framförts hypotesen att kvinnor är mer uppmärksamma på sin hälsosituation och därmed

---

<sup>28</sup> Blomdahl U, Elofsson S. **Jämställd och Jämlik!** Blomdahl, Elofsson, Bergmark. **Ung livsstil Malmö 2021**, Blomdahl, Elofsson **Ung livsstil i Eskilstuna**, Blomdahl, Elofsson. **Ung livsstil i Jönköping 1994-2022**.

<sup>29</sup> Blomdahl, Elofsson. **Ung livsstil i Jönköping 1994-2022**.

<sup>30</sup> Blomdahl U, Elofsson S, Bergmark K. **Ung livsstil Malmö 2021**.

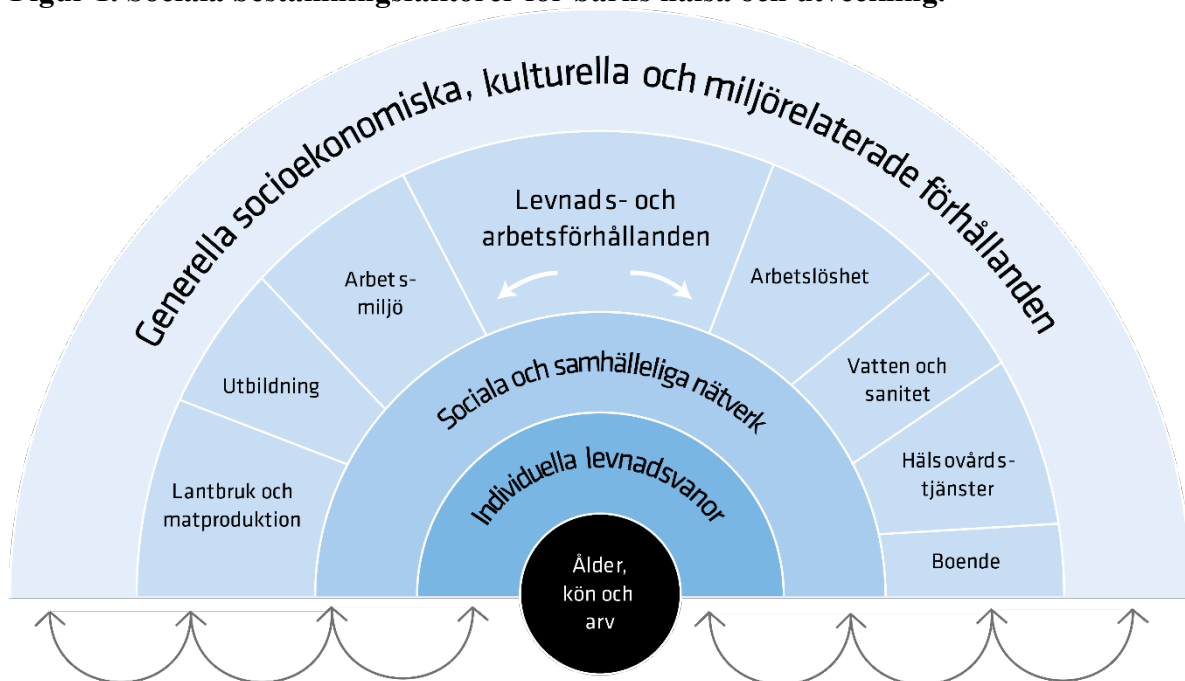
<sup>31</sup> Blomdahl U, Elofsson S. **Ung livsstil i Jönköping 1994-2022**.

söker vård tidigare medan män förskjuter eventuella symptom och därför kommer senare (eller försent) till vård<sup>32</sup>. Detta skulle kunna vara en förklaring till att kvinnor har längre livslängd trots att de skattar sin hälsa lägre.

I Jönköping har barnens/ungdomarnas hälsosituation kunnat studeras under en längre tidsperiod – i vissa fall sedan 1994<sup>33</sup>. Resultaten visar att det skett en klar försämring sedan slutet på 1990-talet och börja av 2000-talet. Till stor del har denna försämring skett fram till 2015, efter detta är förändringarna mindre. Ett undantag är dock tjejer i högstadiet där det även skett en försämring efter 2015. Detta innebär att könsskillnaderna blivit allt större i högstadiet.

I rapporten *Utveckling av barns och ungas hälsa* betonar Folkhälsomyndigheten att barn och ungdomar är en prioriterad grupp. Förhållanden under barn- och ungdomsåren har stor betydelse för både den psykiska och fysiska hälsan under hela livet. Myndigheten ansvarar för uppföljning av folkhälsopolitikens målområden. Två målområden handlar särskilt om barns och ungas livsvillkor: 1 Det tidiga livets villkor och 2 Kunskaper, kompetenser och utbildning. De har också presenterat en modell av bestämningfaktorer för barn, som utgår från en modell som presenterats av Pearce m fl<sup>34</sup>

**Figur 1. Sociala bestämningfaktorer för barns hälsa och utveckling.**



Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Längst in i modellen finns bestämningfaktorer som vi inte kan påverka, såsom ålder och arv. Övriga lager handlar däremot om påverkbara bestämningfaktorer. Det handlar exempelvis om barnets levnadsvanor, karakteristika hos föräldrar, hushållsresurser samt närområdets karaktär. Lagren längre ut handlar om levnads- och arbetsförhållanden, exempelvis tillgång till

<sup>32</sup> Undén A-L, Elofsson S. *Självskattad hälsa*.

<sup>33</sup> Blomdahl U, Elofsson S. *Ung livsstil i Jönköping 1994-2022*.

<sup>34</sup> Pearce A, Dundas R, Whitehead M, et al. *Pathways to inequalities in child health*.

barnhälsovård. Allra längst ut finns övergripande bestämningsfaktorer som rör generella förhållanden i samhället. Enligt Pearces modell finns komplexa ömsesidiga relationer mellan faktorerna inom lagren, men också mellan de olika lagren i modellen.

I sammanställningen påpekas att såväl hemmiljö som skolmiljön har stark inverkan på barns och ungdomars hälsa.

## Kapitel 3. Material och metod

I detta kapitel beskrivs urval et av undersökningsgrupp och hur undersökningen genomfördes. Vid sidan av detta presenteras mått på de centrala bakgrundsvariablerna och måtten på hälsa/livskvalitet.

### 3.1 Undersökningsgrupp

Urvalet av elever i mellan- och högstadiet är ett tvåstegsurval. I ett första steg har ett strukturerat urval av åtta stadsdelar med olikartad socioekonomisk- och sociodemografisk struktur gjorts. Dessa är Bromma, Enskede/Årsta/Vantör, Farsta, Norrmalm, Rinkeby/kista, Skärholmen, Spånga/Tensta samt Östermalm. Detta innebär att de redovisade resultaten ger en ”representativ” bild av hur det ser ut. I gymnasiet har ett slumpmässigt urval gjorts av elever som går i samtliga gymnasier inom Stockholms stad.

I nästa steg har ett obundet slumpmässigt urval gjorts av de elever som går i skolor inom dessa områden. Detta innebär att även elever som bor i andra bostadsområde kommer med eftersom de går i skolor inom de utvalda områdena. Vid analysen av skillnader mellan olika stadsdelar tas dess elever inte med då de inte ger en representativ bild av eleverna från sådana områden. Dessa elever ingår däremot vid övriga analyser.

Antalet svarande är i mellanstadiet 1956, varav 957 killar och 955 tjejer. I högstadiet har 1880 ungdomar besvarat enkäten. Av dessa är 924 killar, 916 tjejer och 40 har angett annan köns-tillhörighet. I gymnasiet har enkäterna besvarats av 1182 elever, 457 killar, 692 tjejer, 9 som angett annan könsidentitet och 24 har inte uppgett kön. Svarsfrekvensen är 70 % i mellanstadiet, 71 i högstadiet och 59 % i gymnasiet. Bortfallet består nästan helt av elever som inte var närvarande vid den aktuella lektionen.

### 3.2 Genomförande

Barnen och ungdomarna har fått besvara en enkät under lektionstid där en person från idrottsförvaltningen varit närvarande för att besvara eventuella frågor från eleverna. Efter detta har enkäterna samlats in och förts över till idrottsförvaltningen där öppna frågor kodats. I enkäten anges att de svarande inte skall uppge sitt namn så att ingen skall veta hur den enskilde eleven har svarat. För att ytterligare garantera anonymiteten var vi vid presentation undvikit att redovisa resultat (t ex uppgifter kring enskilda skolor eller små grupper) som skulle göra det möjligt att identifiera enskilda individer.

### 3.3 Mått

Nedan ges en beskrivning av de olika måtten på hälsa/livskvalitet och av de olika bakgrundsvariabler som kommer att användas i analyserna.

#### 3.3.1 Självsfattad fysisk och psykisk hälsa samt hälsa totalt

I Ung livsstils undersökning har barnen/ungdomarna fått bedöma sin hälsa i frågan *Hur tycker du din hälsa är?* med alternativen totalt, fysiskt, psykiskt. Frågan har fem svarsalternativ: ”bra”, ”ganska bra”, ”varken bra eller dålig”, ”ganska dålig”, ”dålig”. I högstadiet och gymnasiet har ungdomarna även fått göra en bedömning av sin fysiska respektive psykiska hälsa utifrån samma svarsalternativ. Vid analyserna studeras dels andelen som skattar hälsan som bra, dels andelen som inte skattar den som bra (varken bra eller dålig, ganska dålig eller dålig).

Måttet hur ungdomar skattar sin hälsa totalt har använts i SCB:s levnadsnivåstudier för barn och i Folkhälsoinstitutets kontinuerliga undersökningar kring skolbarns levnadsvillkor<sup>35</sup>. Det finns alltså en mycket utbredd föreställning om att självskattad hälsa kan ge en viktig bild av hälsosituationen även bland barn och ungdomar.

### 3.3.2 Psykosomatiska besvär

I enkäterna har eleverna fått besvara frågan *Har du under läsåret upplevt följande besvär?* Svartalternativet är: I stort sett varje dag, Ungefär en gång i veckan, Ungefär en gång i månaden, Sällan eller aldrig. Som indikationer på psykosomatiska besvär ingår i mellanstadiet ”deppighet”, ”huvudvärk”, ”magont”, ”oro/ångest”, ”svårt att somna/sova”, ”jättetrött på dagarna” samt ”känt mig stressad”. I högstadiet har följande formuleringar använts: ”ont i huvudet”, ”ont i magen (inte mensvärk)”, ”deppighet”, ”haft svårt att somna/sova”, ”oro/ångest”, ”stress” samt ”trötthet (ihållande)”. I högstadiet studeras även förekomst av ”idrottsskada” samt ”ont i axlar, nacke eller rygg”. För att en bild av eventuellt mer allvarliga psykosomatiska problem studeras i rapporten hur många som angett att de har två eller fler psykosomatiska besvär dagligen eller nästan dagligen.

Förekomsten av psykosomatiska besvär har också fått en central plats i den omfattande debatten kring förekomst av stress och andra psykiska besvär bland dagens ungdom. Det har dock framförts viss kritik mot att barnens och ungdomarnas egna beskrivningar av sådana besvär inte ger en rättvisande bild av deras psykiska hälsa. Att barn och ungdomar – i varje fall då och då – känner oro, nervositet eller stress är kanske ganska normalt under uppväxten.

### 3.3.3 Skattad livskvalitet

Högstadieläverna har fått skatta sin livskvalitet i frågan *Hur tycker du att livet är som helhet?* på en skala från 1 till 10 (1=mycket dålig, 10=mycket bra). I dessa fall används andelen som skattar sin livskvalitet lågt (fem eller lägre) som en indikation på låg livskvalitet. I rapporten studeras speciellt hur många som skattar livskvaliteten fem eller lägre.

### 3.3.4 Familjesituation

Barnen/ungdomarna har i frågan *Vilka vuxna bor du med?* fått beskriva sin familjesituation. Svartalternativen är: Båda mina föräldrar, endast mamma, endast pappa, mamma och annan vuxen, pappa och annan vuxen, ibland den ena föräldern och ibland den andra samt annan/andra vuxna. I högstadiet ingår även frågan *Vilka personer har du förtroende för?* där ett alternativ som ungdomarna kan kryssa för är egen förälder/föräldrar. I tabell 2 redovisas uppgifter kring hur många av mellan- och högstadieläverna som bor i olika familjekonstellationer liksom hur många som har förtroende för någon förälder. I tabellen studeras hur många som bor med båda föräldrar, har växelvis boende samt bor med en ensam mamma. Antalet svarande i övriga grupper är för få för att ge tillräckligt säkra resultat.

---

<sup>35</sup> Statistiska Centralbyrån, **Barns villkor. Tabeller baserade på undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)**. <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallande/Undersokningar-av-barns-levnadsforhallande/produktrelaterad-standard/Barns-villkor/> alternativt Statistiska Centralbyrån, **Barns hälsa. Levnadsförhållanden rapport 115** <http://www.scb.se>. 121 Se t. ex. Marklund U, **Skolbarns hälsovanor under ett decennium**. Health Behavior in School-Aged Children. A WHO Collaborative Study samt Statens Folkhälsoinstitut. **Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10 grundrapport**.



**Tabell 2. Stockholm, 2022. Familjesammansättning (vilka vuxna man or med) samt förtroende för föräldrar efter kön och stadium. Andel (%).**

Stadium	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Familjesammansättning (vilka man bor med)</b>				
Båda föräldrar	74	77	71	73
Växelvis	16	15	16	13
Endast mamma	6	6	7	9
Sign. nivå #				
<b>Förtroende för föräldrar</b>				
Minst en förälder			87	79
Sign. nivå#				*

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001. Om rutan är tom har vi ingen signifikant skillnad.

Ser vi till familjesammansättning är könsskillnaden liten, däremot är det i högstadiet mindre vanligt att tjejer har förtroende för någon förälder.

### 3.3.5 Socioekonomisk bakgrund

Socioekonomisk bakgrund kan mätas på flera sätt, t.ex. socialgrupp, socioekonomisk grupp, utbildning, inkomst och tillgång till kontantmarginal<sup>36</sup>. När barn och ungdomar själva ska svara på vilket yrke (grunden för socialgrupp och SCB:s socioekonomiska grupper) eller den utbildning föräldrarna har blir de interna bortfallen, enligt våra tidigare studier, stora eller mycket stora. Barn och ungdomar kan generellt inte heller svara på vilken inkomst föräldrarna har eller om familjen har tillgång till en kontantmarginal.

Ung livsstil har sedan 1984 valt att mäta socioekonomisk bakgrund med hjälp av ett antal frågor om boendeform och tillgång till fritidskapitalvaror. Utifrån tillgången till dessa materiella resurser har vi bildat fem grupper. Det interna bortfallet blir i detta fall mycket litet<sup>37</sup>. De fem grupperna är:

**Grupp 1:** Bor i villa/radhus och har tillgång till bil+ båt+ sommarstuga/hus utomlands

**Grupp 2:** Bor i villa/radhus/insatslägenhet/bostadsrättslägenhet och har tillgång till två av: bil, båt, sommarstuga/hus utomlands

**Grupp 3:** Övriga t.ex. bor i hyreslägenhet och har tillgång till två av: bil, båt, sommarstuga/hus utomlands

**Grupp 4:** Bor i hyreslägenhet och har tillgång till antingen bil, båt eller sommarstuga/hus utomlands

**Grupp 5:** Bor i hyreslägenhet. Har **inte** tillgång till bil. båt eller sommarstuga/hus utomlands

De fem grupperna benämns i rapporten **socioekonomiska grupper**. Vi väljer också av läsbarhetsskäl att i fallande ordning kalla de fem grupperna: **stora resurser** (socioekonomisk grupp 1), **ganska stora resurser** (socioekonomisk grupp 2), **medelstora resurser** (socioekonomisk grupp 3), **ganska små resurser** (socioekonomisk grupp 4) och **små resurser** (socioekonomisk grupp 5).

<sup>36</sup> Socialgrupp har använts av låginkomstutredningen. Se t.ex. Agneta Lundahl. **Socioekonomiska grupper, utbildning och tillgång till kontantmarginal** används av SCB. Se t.ex. SCB, **Fritid 1976-2002**.

<sup>37</sup> I mellanstadiet är det interna bortfallet 1,9%, i högstadiet 0,6% och i gymnasiet 0,9%. Det är alltså få ungdomar som inte svarat på frågorna om boendeform och tillgång till de materiella fritidsresurserna.

Detta mått har använts i flera andra studier (Nilsson, 1998; Larsson, 2008; Blomdahl & Elofsson, 2007). Måttet kan också ses som en parallell till *Family affluence scale*<sup>38</sup>, som använts i internationella studier för att mäta socioekonomisk bakgrund och visat sig ha hög validitet<sup>39</sup>. En fördel med att använda detta mått i jämförelse med t ex mått som utgår från föräldrars utbildning och sysselsättning är att det interna bortfallet blir mycket begränsat. I de fall man jämfört samband med de olika måtten blir resultaten något olika starka men går dock i samma riktning.

I tabell 3 beskrivs hur de svarande fördelar sig efter socioekonomisk bakgrund samt genomsnitt uppdelat efter stadium. Observera att ett högre medelvärde innebär lägre socioekonomisk bakgrund

**Tabell 3. Stockholm, 2022. Socioekonomisk bakgrund efter kön och stadium. Andel (%).**

	Mellanstadiet	Högstadiet
<b>Socioekonomisk bakgrund</b>		
Hög	5	5
Ganska hög	40	40
Medel	27	23
Ganska låg	23	26
Låg	6	6
Sign. nivå		
<i>Medelvärde (m)</i>	2,84	2,86

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Andelen som har hög eller låg bakgrund är ganska begränsad men eftersom antalet svarande är högt kan även resultat för dessa grupper redovisas. Sammantaget är det ungefär 30 % som har låg eller ganska låg socioekonomisk bakgrund.

Ser vi till genomsnittet ligger detta på ungefär samma nivå som i Haninge, Helsingborg, Jönköping och Eskilstuna. Däremot har ungdomarna i Stockholm i genomsnitt mycket lägre socioekonomisk bakgrund än ungdomar i Täby, Lidingö, Värmdö och Vallentuna. I motsats är den klart högre än i Malmö.

### 3.3.6 Svensk/utländsk bakgrund

Som grund för beskrivningen av svensk/utländsk bakgrund används uppgifter om huruvida ungdomarna själva och deras föräldrar är födda i Sverige eller ej.<sup>40</sup> Frågorna har följande formulering:

*Är du (din pappa, mamma) född i Sverige? (Nej/Ja)*

Med utgångspunkt från svaren på dessa tre frågor grupperas ungdomarna i fyra grupper i hierarkisk ordning från ungdomar med svensk bakgrund till ungdomar med tydlig utländsk bakgrund på följande sätt: Ungdomar med svenskt ursprung (barnet och båda föräldrar födda i Sverige), ganska stark svensk bakgrund (t ex adoptivbarn eller de som har en förälder född utomlands), andra generations invandrare (bägge föräldrar födda utomlands, själv född i Sverige) samt första generations invandrare (själv och bägge föräldrar födda utomlands).

<sup>38</sup> Skalan utgår från fyra frågor: om familjen har bil, om man haft semester de senaste 12 månaderna, hur många datorer man har i familjen samt om den svarande har eget sovrum eller ej.

<sup>39</sup> Currie m fl, 2008

<sup>40</sup> En utförligare beskrivning finns i Blomdahl/Elofsson, 2007.

**Tabell 4. Stockholm, 2022. Svensk/utländsk bakgrund efter kön och stadium. Andel (%).**

	Mellanstadiet	Högstadiet
<b>Svensk/utländsk bakgrund</b>		
Själv och båda föräldrar födda i Sverige	52	49
En förälder född i Sverige eller adoptivbarn	19	19
Andra gen. invandrare	21	20
Första gen. invandrare	9	12

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Sammantaget har 30 % av eleverna i mellanstadiet och 32 % av eleverna en tydlig utländsk bakgrund. Jämför vi med hur det är i andra kommuner är denna lägre än i Burlöv och Malmö och något lägre än i Eskilstuna och Haninge däremot högre eller mycket högre än i andra kommuner vi studerat.

### 3.3.7 Boendeområde

I frågan *Var bor du?* har barnen/ungdomarna fått markera i vilken stadsdel de bor. Vid analyserna studeras Bromma, Enskede/Årsta/Vantör, Farsta, Norrmalm, Rinkeby/Kista, Skärholmen, Spånga/Tensta och Östermalm – de stadsdelar där ett slumpmässigt urval gjordes. Vid sidan av detta finns det ett flertal barn/ungdomar som går i skolor från dessa områden men som bor i andra stadsdelar. Vid analyserna av skillnaderna mellan stadsdelar tas dessa inte med eftersom dessa knappast kan ses som ett slumpmässigt urval av alla boende i området då de endast innefattar elever som studerar i någon annan stadsdel än den de bor i.

I tabell 5 redovisas den genomsnittliga socioekonomiska bakgrunden i de olika områdena. Observera att med utgångspunkt från kodningen innebär ett lägre värde att barnen/ungdomarna har en högre socioekonomisk bakgrund.

**Tabell 5. Stockholm, 2022. Socioekonomisk bakgrund – medelvärde - efter stadsdel och stadium. Andel (%).**

Stadsdel	Mellanstadiet	Högstadiet	Medianinkomst
Bromma	2,35	2,35	504 137
Spånga/Tensta	2,63	2,51	354 831
Östermalm	2,74	2,73	533 239
Norrmalm	2,72	2,78	526 556
Enskede/Årsta/Vantör	2,88	3,06	413 088
Farsta	3,16	3,38	400 070
Skärholmen	3,32	3,53	314 709
Rinkeby/Kista	3,72	3,54	290 539
Totalt	2,87	2,86	448 025

Det finns stora skillnader mellan boendeområdena. Högst socioekonomisk bakgrund har vi i Bromma och Spånga/Tensta, lägst i Skärholmen och Rinkeby/Kista. Ser vi till medianinkomsten är denna högst i Östermalm, Norrmalm och Bromma och klart lägst i Rinkeby/Kista och Skärholmen.

En fråga är hur andelen med utländsk bakgrund varierar mellan områdena. Uppgifter kring svensk/utländsk bakgrund redovisas i tabell 6.

**Tabell 6. Stockholm, 2022. Svensk/utländsk bakgrund efter stadsdel och stadium. Andel (%).**

	Mellanstadiet				Högstadiet			
	Själv och båda föräldrar födda i Sverige	En förälder född i Sverige eller adoptivbarn	Andra gen. invandrare	Första gen. invandrare	Själv och båda föräldrar födda i Sverige	En förälder född i Sverige eller adoptivbarn	Andra gen. invandrare	Första gen. invandrare
Bromma	73	18	6	2	71	21	5	3
Spånga/Tensta	55	16	18	11	53	13	20	14
Östermalm	72	23	4	1	66	25	5	5
Norrmalm	68	25	6	1	61	28	8	4
Enskede/Årsta/Vantör	60	19	14	7	45	18	27	10
Farsta	46	18	27	9	45	20	23	13
Skärholmen	14	16	50	20	11	13	52	24
Rinkeby/Kista	11	9	59	21	8	10	54	28
Totalt	53	18	21	8	50	19	21	11

Det finns även här mycket stora skillnader mellan områdena. I Bromma, Östermalm och Norrmalm har endast 10 % eller färre tydlig utländsk bakgrund – färre i mellanstadiet än i högstadiet. Mot det kan ställas Skärholmen och Rinkeby/Tensta där mer än 70 % har det.

### 3.4 Statistisk metod

Grund av den låga svarsfrekvensen i gymnasiet har analyserna begränsats till en undersökning av hur det ser ut i mellan- och högstadiet. Vissa resultat redovisas dock även vid analyserna an köns- och ålderskillnader.

Redovisningarna av resultaten inleds med en presentation av allmänna övergripande könsskillnader. I dessa fall testas skillnaderna mellan killar och tjejer med  $\chi^2$  (chi-två) eller Fishers exakta test (då det enbart handlar om deltagande eller inte) respektive t test – i de fall medelvärden används.

Alla analyser med övriga bakgrundsvariabler redovisas separat för killar och tjejer, vilket gör det möjligt att studera intersektionella skillnader<sup>41</sup>. Test av ursprungliga skillnader görs i dessa fall separat för kön med  $\chi^2$  (chi-två) eller envägs variansanalys (i de fall medelvärden används som mått). Vid redovisning av förekomst av signifikanta lämnas rutan tom i de fall då p är större än eller lika med 0,10.

För att få en tydligare bild av vilka faktorer som främst påverkar hur hög andel som till exempel skattar sin hälsa lågt är det nödvändigt att studera sambanden med de olika faktorerna efter kontroll för inverkan från övriga faktorer. Som exempel kan man ställa socioekonomisk bakgrund mot boendeområde. Är det främst barn och ungdomar med låg socioekonomisk bakgrund oberoende var de bor som skattar sin hälsa lågt eller är det främst boendeområde som påverkar hälsan? Detta har givetvis betydelse för hur insatser ska inriktas. För att få en klarare bild av hur bakgrunds-faktorer inverkar på de olika utfallsvariablerna görs analyser med linjär regressionsanalys. En sådan analys innebär att vi studerar samband med de enskilda variablerna

<sup>41</sup> Lykke, N, **Intersektionalitet ett användbart begrepp för genusforskningen.**

efter kontroll för inverkan från övriga variabler, vilket innebär att vi får en bild av olika variablers direkta, separata påverkan. Som förklaringsvariabler ingår årskurs, familjesituation – familjesammansättning och förtroende för föräldrar – socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund, skolbetyg, samt boendeområde. När det gäller boendeområden har dessa delats in i tre grupper utifrån deras socioekonomiska bakgrund: hög, medel, låg. I vissa fall tas även andra variabler med i analyserna. I samtliga fall görs analyserna separat för kön. Resultat från dessa analyser – förekomst av signifikanta samband - adjusted  $R^2$  och standardized coefficient  $\beta$  redovisas i tabellerna. Den första (adjusted  $R^2$ ) ger en bild av den samlade inverkan från de ingående förklaringsvariablerna, den andra (standardized coefficient  $\beta$ ) en bild av den enskilda inverkan från de olika förklaringsvariablerna efter kontroll för inverkan från de övriga. Signifikansnivån anger om den aktuella variabeln har en direkt påverkan eller inte.

Alla statistiska bearbetningar har gjorts i SPSS, version 27.

## Kapitel 4. Kön och ålder

I detta kapitel studeras skillnader mellan könen när det gäller hälsa, förekomst av psykosomatiska besvär och livskvalitet med en detaljerad redovisning av svaren. I en senare del av kapitlet studeras också hur hälsosituationen förändras med ålder – från årskurs 4 i mellanstadiet till årskurs 9 i högstadiet. I mellanstadiet finns endast uppgifter kring självskattad hälsa totalt och förekomst av psykosomatiska besvär.

I tabell 7 redovisas hur barnen och ungdomarna i detalj besvarat frågor kring självskattad hälsa totalt. I tabellen redovisas också andelen med låg hälsa (varken bra eller dålig, ganska dålig, dålig), som uppgett två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. I tabellen redovisas för högstadiet även uppgifter kring upplevd livskvalitet. I detta fall presenteras uppgifter om genomsnittlig livskvalitet samt andelen som skattar denna högt (9-10) respektive lågt (1-5).

I detta inledande kapitel presenteras även uppgifter för gymnasiet, men med tanke på den låga svarsfrekvensen studeras dessa inte mer fördjupat.

**Tabell 7. Stockholm, 2022. Hälsa, psykosomatiska besvär samt livskvalitet efter kön och stadium. Andel (%) respektive medelvärden**

Stadium Hälsa/livskvalitet	Mellanstadiet		Högstadiet		Gymnasiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Självskattad hälsa</b>						
Bra	76,8	66,7	44,3	26,5	37,2	18,1
Ganska bra	18,9	27,1	38,9	38,3	42,5	45,4
Varken bra eller dålig	3,5	5,6	13,5	27,3	16,2	28,8
Ganska dålig	0,6	0,3	1,8	5,9	3,1	6,4
Dålig	0,1	0,2	1,4	2,0	1,1	1,3
Sign. nivå		**		**		**
<b>Självskattad hälsa – ej bra</b>	<b>4,2</b>	<b>6,2</b>	<b>16,7</b>	<b>35,1</b>	<b>21,4</b>	<b>36,6</b>
<b>Psykosomatiska besvär</b>						
<b>Fler än två dagliga besvär</b>	<b>21</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>47</b>	<b>25</b>	<b>48</b>
Sign. nivå		**		**		**
<b>Livskvalitet</b>						
Medelvärde			7,92	6,86	7,59	6,80
Sign. nivå				**		
Hög livskvalitet (9-10)			39	21	30	14
<b>Låg livskvalitet (1-5)</b>			<b>9,2</b>	<b>23,2</b>	<b>13</b>	<b>22</b>
Sign. nivå				*		**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

**Ett mycket tydligt mönster är att tjejer genomgående har en sämre hälsosituation.** Färre bland dem än bland killarna skattar sin hälsa bra. I högstadiet är det också betydligt fler – ungefär dubbelt så många – som skattar hälsan lågt. Hälsosituationen försämras tydligt från mellan- till högstadiet. Könsskillnaderna ökar också.

Ser vi till förekomst av psykosomatiska besvär är denna klart högre bland tjejer i bägge stadierna men med klart större könsskillnader i högstadiet. Detta är ingen nyhet. Liknande resultat framträder t ex i Malmö och Eskilstuna<sup>42</sup>.

<sup>42</sup> Blomdahl, Elofsson, Bergmark. **Ung livsstil Malmö 2021** samt Blomdahl, Elofsson. **Ung livsstil i Eskilstuna.**

Frågan kring livskvalitet finns endast med i högstadiet. Tjejerna redovisar i genomsnitt lägre livskvalitet och många fler än bland killarna skattar livskvaliteten lågt.

I högstadiet har ungdomarna även fått göra separata bedömningar av sin fysiska respektive psykiska hälsa. Resultaten redovisas i tabell 8.

**Tabell 8.a. Stockholm, högstadium 2022. Självs kattad fysisk, psykisk och total hälsa. Andel (%) efter kön.**

Hälsa/livskvalitet	Fysisk hälsa		Psykisk hälsa	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Bra	44,6	27,7	39,2	20,4
Ganska bra	35,3	39,8	34,6	26,1
Varken bra eller dålig	15,3	22,4	16,4	28,1
Ganska dålig	4,1	6,9	6,2	15,6
Dålig	0,7	3,1	3,6	9,7
Sign. nivå		**		**
<b>Ej bra</b>	<b>20,0</b>	<b>32,5</b>	<b>26,2</b>	<b>53,4</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Liksom när det gäller hälsa totalt finns tydliga könsskillnader. **Tjejer skattar både sin fysiska och psykiska hälsa lägre än killar.** Ser vi till andelen som skattar dessa lågt framträder relativt sett minst skillnader när det gäller fysisk hälsa, störst för psykisk hälsa. Detta pekar på att den psykiska hälsan i högre grad inverkar på tjejernas bedömning av den totala hälsan än vad den gör bland killarna. **En viktig sak att notera är att vi – både bland killar och tjejer - finner högst andel som skattar den psykiska hälsa lågt.**

Hur ser det ut i gymnasiet?

**Tabell 8.b. Stockholm, gymnasium 2022. Självs kattad fysisk, psykisk och total hälsa. Andel (%) efter kön.**

Hälsa/livskvalitet	Fysisk hälsa		Psykisk hälsa	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Bra	40,3	18,3	33,6	12,0
Ganska bra	36,5	40,8	33,8	32,5
Varken bra eller dålig	16,8	27,4	18,9	29,2
Ganska dålig	5,1	10,6	10,4	9,1
Dålig	1,3	2,3	3,3	7,1
Sign. nivå		**		**
<b>Ej bra</b>	<b>23</b>	<b>40</b>	<b>33</b>	<b>56</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Även om vi i de fortsatta analyserna koncentrerar oss till att studera hur många som har två eller flera dagliga psykosomatiska besvär kan det vara av intresse att närmare se på hur det ser ut när det gäller förekomst av olika former av besvär.

I tabell 9 presentas uppgifter kring förekomst av olika former av besvär. För att få resultaten mer överblickbara har alternativen sorterats efter hur många bland högstadietjejerna som angett att de dagligen har olika former av besvär – från lägst till högst.

**Tabell 9. Stockholm, 2022/22. Förekomst av olika besvär. Andelar (%) efter kön och stadium.**

Besvär Stadium	Sign nivå	Killar				Tjejer			
		I stort sett varje dag	Unge- fär en gång i veckan	Unge- fär en gång per månad	Sällan eller aldrig	I stort sett varje dag	Unge- fär en gång i veckan	Unge- fär en gång per månad	Sällan eller aldrig
<b>Idrottsskada</b>									
Högstadiet	**	5,8	12,4	32,0	49,8	5,0	8,0	21,2	65,9
<b>Ont i huvudet</b>									
Mellanstadiet	**	5,6	22,2	35,2	36,3	9,6	26,8	33,7	30,0
Högstadiet	**	5,1	23,2	38,3	33,4	16,2	34,9	29,1	19,8
<b>Ont i magen (inte mensvärk)</b>									
Mellanstadiet	**	4,6	16,2	27,6	51,6	7,8	22,2	31,0	39,0
Högstadiet	**	5,8	17,6	21,6	55,0	17,4	30,3	24,0	28,2
<b>Haft ont i axlar, nacke eller rygg</b>									
Högstadiet	**	9,8	18,9	35,3	36,0	18,5	28,8	28,1	24,7
<b>Deppighet</b>									
Mellanstadiet	**	7,6	21,5	19,1	51,9	11,6	30,0	23,0	35,5
Högstadiet	**	7,7	17,0	24,8	50,5	24,5	29,0	23,0	23,5
<b>Svårt att somna eller sova</b>									
Mellanstadiet	**	21,7	27,1	21,0	30,2	29,2	27,8	21,0	22,0
Högstadiet	**	17,0	31,1	24,2	27,8	26,2	29,4	22,7	21,6
<b>Känt oro/ångest</b>									
Mellanstadiet	**	7,1	19,1	25,6	48,2	17,6	25,8	24,9	31,8
Högstadiet	**	10,0	21,6	22,0	46,4	36,2	26,1	19,8	17,9
<b>Varit jättetrött</b>									
Mellanstadiet	*	24,1	29,5	19,8	26,6	27,8	29,0	23,0	20,2
Högstadiet	**	21,6	30,0	22,0	26,4	41,2	29,5	16,1	12,6
<b>Stressad</b>									
Mellanstadiet	**	13,7	30,9	24,4	31,0	24,6	33,3	21,5	20,5
Högstadiet	**	19,5	30,8	23,6	26,1	45,1	33,3	14,1	7,5

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Om vi ser till hur många som uppger att de dagligen har olika besvär är det vanligast att man är jättetrött, har svårt att sova eller är stressad.

**Resultaten pekar på omfattande könsskillnader – genomgående finns det signifikanta skillnader. I samtliga fall utom ett handlar det om högre förekomst av besvär bland tjejer.** Endast idrottsskada skiljer ut sig, i högstadiet redovisar killar något högre förekomst av sådana besvär. Däremot är det ungefär lika vanligt att killar och tjejer dagligen har besvär av idrottsskada – endast 5-6 % uppger detta.

Frågan är då var könsskillnaderna är störst. **För det första kan vi notera att könsskillnaderna är mindre i mellanstadiet än i högstadiet.** Detta gäller för ont i huvudet, ont i magen, deppighet, varit jättetrött liksom stress. Däremot är könsskillnaderna ungefär lika stora när det gäller problem med sömnen. Ser vi till högstadiet är könsskillnaderna störst när det gäller förekomst av oro, stress samt upplevelse av att vara jättetrött.

Som vi redan konstaterat redovisar högstadielever sämre självskattad hälsa och högre förekomst av psykosomatiska besvär. Frågan är när dessa förändringar sker. I tabell 10.a – killar -



och 10.b – tjejer - studeras hur det ser ut i årskurserna 4-9 när det gäller självskattad hälsa och två eller fler psykosomatiska besvär.

**Tabell 10.a. Stockholm, 2022 - killar. Hälsa samt förekomst av psykosomatiska besvär efter årskurs. Andel (%).**

Mått	Mellanstadiet				Högstadiet			
	4	5	6	Sign. nivå	7	8	9	Sign. nivå
Hälsa – bra	59	54	49	**	46	44	44	
- Ej bra	8	11	19	**	15	17	18	
Två eller fler psykosomatiska besvär	19	19	25	+	21	19	24	

+ p<0.10; \* p<0.05;\*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Ser vi till självskattad hälsa tycks det främst ske en nedgång under mellanstadiet medan förändringarna under högstadiet är ganska begränsade. Andelen som uppger att de har mer allvarliga psykosomatiska besvär tycks öka i årskurs 6 och förändras därefter sedan obetydligt. **Sammantaget tycks det bland killar främst handla om att hälsosituationen försämras i årskurs 6 i mellanstadiet men inte efter detta.**

Hur ser det då ut bland tjejerna?

**Tabell 10.b. Stockholm, 2022 - tjejer. Hälsa samt förekomst av psykosomatiska besvär efter årskurs. Andel (%).**

Mått	Mellanstadiet				Högstadiet			
	4	5	6	Sign. nivå	7	8	9	Sign. nivå
Hälsa – bra	61	45	39	**	33	27	20	**
- Ej bra	7	12	20	**	29	35	40	**
Två eller fler psykosomatiska besvär	21	28	42	**	40	46	57	**

+ p<0.10; \* p<0.05;\*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Det första vi kan notera är att bland tjejer sker det förändringar både under mellan- och högstadiet. **Ser vi till självskattad hälsa tycks denna försämras kontinuerligt från årskurs 4 till årskurs 9.** Allt färre skattar den som bra, allt fler den som dålig. Också andelen som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär ökar.

Sammantaget leder detta till att könsskillnaderna ökar med ökad ålder. Ser vi till låg hälsa och förekomst av psykosomatiska besvär är skillnaden mellan killar och tjejer liten i årskurs fyra – ganska få har sådant. Efter detta ökar könsskillnaderna, i årskurs nio är det mer än dubbelt så vanligt att tjejer redovisar låg hälsa eller mer än två dagliga psykosomatiska besvär.

Uppgifter kring fysisk och psykisk hälsa samt livskvalitet finns endast för högstadiet. Frågan är om det sker förändringar när det gäller detta under högstadiet.

**Tabell 11. Stockholm, högstadiet 2022. Hälsa samt livskvalitet efter kön och årskurs. Andel (%) respektive medelvärden.**

Mått	Killar				Tjejer			
	7	8	9	Sign. nivå	7	8	9	Sign. nivå
Fysisk hälsa – bra	47	42	46		31	29	23	+
- Ej bra	22	20	18		27	36	33	+
Psykisk hälsa – bra	44	38	37		29	22	11	**
- Ej bra	25	28	26		44	51	66	**
Livskvalitet (m)	8,04	8,05	7,68	*	7,20	6,97	6,52	**
Livskvalitet - låg	8	8	11		19	23	28	*

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Band killarna tycks förändringarna under högstadiet vara ganska begränsade. Det som dock bör noteras är att skattningen av den genomsnittliga livskvaliteten sjunker i årskurs 9. Bland tjejerna tycks däremot situationen förändras ganska kontinuerligt under hela högstadiet i alla de tre avseenden. **Detta innebär att könsskillnaderna ökar under högstadiet även när det gäller fysisk och psykisk hälsa samt livskvalitet.**

## Kapitel 5. Familjesituation och relation till föräldrar

Flera tidigare studier visar att familjesituationen och då speciellt förtroende för föräldrar har en mycket tydlig direkt inverkan på barns och ungdomars hälsosituation. Vi börjar med att se om hälsosituationen skiljer sig beroende på familjesammansättning (vilka man bor med). I tabell 12 studeras endast de som bor med båda föräldrar, har växelvis boende eller bor med en ensamstående mamma. Antalet svarande i övriga grupper är alltför litet för att ge tillförlitliga resultat.

**Tabell 12. Stockholm, 2022.** Andel som skattar sin hälsa som inte bra, har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär respektive skattar sin livskvalitet lågt efter kön, familjeform och stadium.

Stadium Hälsa/livskvalitet	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Självskattad hälsa – låg (#)</b>	**		**	*
Båda föräldrar	10	13	14	33
Växelvis	19	12	25	41
Ensamstående mamma	31	16	22	37
<b>Fysisk hälsa – låg (#)</b>			*	+
Båda föräldrar			18	31
Växelvis			26	33
Ensamstående mamma			22	37
<b>Psykisk hälsa – låg (#)</b>			+	*
Båda föräldrar			26	52
Växelvis			35	66
Ensamstående mamma			16	50
<b>Psykosomatiska besvär – två eller fler dagligen</b>		*	*	*
Båda föräldrar	20	29	19	44
Växelvis	25	32	28	57
Ensamstående mamma	22	46	19	44
<b>Livskvalitet – låg (#)</b>			+	**
Båda föräldrar			8	20
Växelvis			11	33
Ensamstående mamma			14	26

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001. # Varken bra eller dålig, ganska dålig eller dålig.

**Resultaten visar att hälsosituationen – oberoende av ålder och kön – är bäst bland de som bor med bägge föräldrar.** Dessa redovisar nästan genomgående i minst utsträckning låg självskattad hälsa totalt liksom låg fysisk och psykisk hälsa, förekomst av psykosomatiska besvär och låg livskvalitet. Detta är dock något mindre framträdande bland killar i mellanstadiet.

När det gäller de båda andra familjetyperna redovisar killar i mellanstadiet som bor med en ensamstående mamma i speciellt hög utsträckning låg hälsa. Bland mellanstadietjejerna uppger ovanligt många av de som bor med en ensamstående mamma att de har psykosomatiska besvär. Högstadietungdomar med växelvis boende har ovanligt ofta psykosomatiska besvär.

Uppgifter kring förtroende för föräldrar finns endast med i högstadiet, där eleverna kunnat kryssa för alternativet egen förälder/föräldrar. I tabell 13 studeras hur förtroende för föräldrar kopplas samman med ungdomarnas hälsosituation.

**Tabell 13. Stockholm, högstadium 2022.** Andel som skattar sin hälsa som inte bra, har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär respektive skattar sin livskvalitet lågt efter kön och förtroende för föräldrar.

Förtroende föräldrar	Högstadiet	
	Killar	Tjejer
<b>Självskattad hälsa – låg</b>	**	**
Ingen	36	60
Minst en förälder	15	30
<b>Fysisk hälsa – låg</b>	*	**
Ingen	31	55
Minst en förälder	19	28
<b>Psykisk hälsa – låg</b>	**	**
Ingen	47	82
Minst en förälder	24	47
<b>Psykosomatiska besvär – två eller fler dagligen</b>	**	**
Ingen	42	75
Minst en förälder	19	41
<b>Livskvalitet – låg</b>	**	**
Ingen	30	52
Minst en förälder	7	17

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Resultaten visar att det finns en mycket stark koppling mellan hälsosituationen och förtroende för föräldrar. **Hälsa och livskvalitet är klart sämre bland de som inte har förtroende för någon förälder.** Skillnaderna är stora i samtliga fall men mest framträdande när det gäller förekomst av psykosomatiska besvär, låg psykisk hälsa samt låg livskvalitet.

## Kapitel 6. Socioekonomisk bakgrund

Frågan är hur hälsosituationen skiljer sig mellan barn och ungdomar med olika socioekonomisk bakgrund. Uppgifter presenteras i tabell 14.

**Tabell 14. Stockholm, 2022.** Andel som skattar hälsan som inte bra, har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär respektive skattar sin livskvalitet lågt efter kön, socioekonomisk bakgrund och stadium.

	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Självskattad hälsa – låg</b>	*		+	**
Hög	9	7	8	26
Ganska hög	12	13	15	28
Medel	14	12	22	36
Ganska låg	15	16	17	45
Låg	20	11	20	42
<b>Fysisk hälsa – låg</b>			*	**
Hög			12	13
Ganska hög			17	30
Medel			24	31
Ganska låg			23	38
Låg			20	47
<b>Psykisk – låg</b>				**
Hög			27	44
Ganska hög			25	50
Medel			31	52
Ganska låg			25	60
Låg			19	57
<b>Psykosomatiska besvär – två eller fler dagliga</b>	*		+	+
Hög	21	34	25	46
Ganska hög	17	34	18	46
Medel	27	25	28	42
Ganska låg	19	32	19	51
Låg	29	35	17	62
<b>Livskvalitet - låg</b>			*	
Hög			4	20
Ganska hög			6	16
Medel			14	24
Ganska låg			9	32
Låg			14	29

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Det finns ett flertal signifikanta samband mest framträdande bland killar. Ser vi närmare på dessa tyder de på att **barn och ungdomar med hög socioekonomisk bakgrund i lägre utsträckning skattar sin hälsa lågt**. I högstadiet skattar ungdomar också i lägre utsträckning den fysiska hälsan liksom livskvaliteten lågt. **Bland högstadietjejer är det speciellt många bland de som har låg socioekonomisk bakgrund som skattar den psykiska hälsan lågt och som redovisar förekomst av psykosomatiska besvär**. Samtidigt är det viktigt att inte överdriva betydelsen av socioekonomisk bakgrund – i de flesta fall är de knappast kontinuerliga och många gånger är det en begränsad grupp – de som har högst eller lägst socioekonomisk bakgrund - som skiljer ut sig.

## Kapitel 7. Svensk och utländsk bakgrund

Barn och ungdomar med utländsk bakgrund skiljer sig i flera avseenden från de som har svensk bakgrund. I genomsnitt har många fler av dem låg socioekonomisk bakgrund och många fler bor i områden där medelinkomsten är låg. I tabell 15 studerar vi närmare skillnaderna när det gäller hälsa och livskvalitet.

**Tabell 15. Stockholm, 2022. Andel som skattar hälsan som inte bra, har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär respektive skattar sin livskvalitet lågt efter kön, svensk/utländsk bakgrund och stadium.**

Stadium Svensk/utländsk bakgrund	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Självskattad hälsa – låg</b>	*	+		**
Barnet och föräldrarna födda i Sverige	11	12	15	30
En förälder född utomlands eller adoptivbarn	14	11	18	40
Andra gen. invandrare	18	16	19	43
Första gen. invandrare	15	18	16	37
<b>Fysisk hälsa – låg</b>				**
Barnet och föräldrarna födda i Sverige			18	28
En förälder född utomlands eller adoptivbarn			23	34
Andra gen. invandrare			20	39
Första gen. invandrare			22	38
<b>Psykisk hälsa – låg</b>				
Barnet och föräldrarna födda i Sverige			27	55
En förälder född utomlands eller adoptivbarn			31	53
Andra gen. invandrare			21	52
Första gen. invandrare			23	51
<b>Psykosomatiska besvär – två eller fler dagliga</b>			+	+
Barnet och föräldrarna födda i Sverige	20	29	19	44
En förälder född utomlands eller adoptivbarn	25	35	26	52
Andra gen. invandrare	19	34	17	54
Första gen. invandrare	21	32	27	42
<b>Livskvalitet – låg</b>			+	
Barnet och föräldrarna födda i Sverige			8	22
En förälder född utomlands eller adoptivbarn			9	23
Andra gen. invandrare			11	25
Första gen. invandrare			12	27

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Ser vi till förekomsten av signifikanta samband framstår inte skillnaden mellan barn och ungdomar med utländsk bakgrund och de som har svensk bakgrund som speciellt framträdande. **Det som tycks gälla är att ungdomar med svensk bakgrund – utom bland högstadiekillar – i lägre utsträckning skattar sin hälsa lågt än de som har utländsk bakgrund. Bland högstadietjejerna gäller detta även för fysisk hälsa.** I övrigt är skillnaderna inte lika framträdande. Det som kan noteras är dock att första generationens invandrarkillar och andra generationens invandartjejer i högstadiet har speciellt hög förekomst av psykosomatiska besvär.

## Kapitel 8. Bostadsområden och boendeformer

I det här kapitlet studeras i vilken utsträckning hälsosituationen skiljer sig mellan olika stadsdelar, olika typer av boende samt mellan områden med olika socioekonomisk och sociodemografisk struktur.

Frågan är då hur stora skillnaderna är mellan olika bostadsområden. Studier kring tandhälsa har visat att förekomsten av tandkaries skiljer sig dramatiskt<sup>43</sup>. I tabell 16.a-b studeras hur det ser ut i de olika bostadsområdena. I tabellerna studeras endast elever från de bostadsområden som utgjorde utgångspunkten för det slumpmässiga urvalet.

**Tabell 16.a. Stockholm, 2022. Andel som skattar sin hälsa som inte bra, har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär efter kön, stadsdelar och stadium.**

	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b><i>Självskattad hälsa – låg</i></b>		+		
Bromma	12	8	14	31
Östermalm	8	6	25	40
Norrmalm	10	21	13	33
Spånga/Tensta	17	16	23	32
Enskede/Årsta/Vantör	13	14	17	26
Farsta	18	9	9	34
Rinkeby/Kista	17	18	19	35
Skärholmen	15	18	20	40
<b><i>Psykosomatiska besvär- två eller fler dagliga</i></b>	*	+		
Bromma	16	27	21	40
Östermalm	26	30	15	55
Norrmalm	17	35	23	49
Spånga/Tensta	28	42	22	51
Enskede/Årsta/Vantör	17	35	19	55
Farsta	32	26	14	43
Rinkeby/Kista	13	26	17	40
Skärholmen	22	32	13	48

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

<sup>43</sup> Region Stockholm. **Tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län 2022.** \_Socialstyrelsen. **Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder Samspelet mellan barns munhälsa och deras sociala och demografiska bakgrund.**

**Tabell 16.b. Stockholm, 2022. Högstadiet.** Andel som skattar den fysiska, den psykiska hälsan lågt respektive sin livskvalitet lågt efter kön och stadsdel.

	Högstadiet	
	Killar	Tjejer
<b>Fysisk hälsa – låg</b>		
Bromma	21	33
Östermalm	18	38
Norrmalm	21	30
Spånga/Tensta	22	29
Enskede/Årsta/Vantör	19	24
Farsta	14	35
Rinkeby/Kista	24	36
Skärholmen	26	32
<b>Psykisk hälsa – låg</b>		
Bromma	22	49
Östermalm	31	65
Norrmalm	28	52
Spånga/Tensta	21	48
Enskede/Årsta/Vantör	32	54
Farsta	14	55
Rinkeby/Kista	26	43
Skärholmen	23	46
<b>Livskvalitet - låg</b>	*	
Bromma	4	19
Spånga/Tensta	12	24
Östermalm	11	30
Norrmalm	6	21
Enskede/Årsta/Vantör	14	24
Farsta	7	24
Skärholmen	12	26
Rinkeby/Kista	10	19

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Skillnaderna mellan de olika bostadsområdena är begränsade. Det är endast bland killar i mellanstadiet som det framträder en signifikant skillnad – för förekomst av psykosomatiska besvär. Bland tjejerna finns även tendens till signifikanta skillnader i mellanstadiet både när det gäller låg skattad hälsa och förekomst av psykosomatiska besvär. Om vi ser till psykosomatiska besvär är andelen barn som redovisar sådana lägre i mellanstadierna i Bromma och Rinkeby/Kista, däremot högre i Spånga/Tensta.

Ser man mer övergripande till resultaten är det ovanligt många bland mellanstadietjejer från Östermalm som skattar hälsan lågt och bland högstadiet tjejerna som skatta den psykiska hälsan och livskvaliteten som låg.

Allmänt gäller att skillnaderna mellan olika bostadsområden framstår som begränsade, speciellt om vi ser till högstadiet. **Resultaten stöder knappast heller en föreställning kring att hälsosituationen skulle vara bättre i höginkomstområden eller sämre i låginkomstområden.**

Hur ser det då ut om vi ser till olika boendeformer?



**Tabell 17. Stockholm, 2022. Hälsosituationen efter kön, boendeform och stadium.**

	Killar				Tjejer			
	Hysesrätt	Bostadsrätt	Radhus/villa	Sign. nivå	Hysesrätt	Bostadsrätt	Radhus/villa	Sign. nivå
<b>Mellanstadiet</b>								
Hälsa låg	16	12	12		16	16	10	*
Psyksom besvär	22	23	19		33	29	22	
<b>Högstadiet</b>								
Hälsa låg	18	19	14		45	32	29	**
Fysisk hälsa låg	23	22	16	*	40	31	27	**
Psyk hälsa låg	24	32	25	+	60	50	51	*
Psyksom besvär	19	24	20		53	44	46	+
Livskvalitet låg	10	9	7		32	17	20	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Resultaten visar mycket tydligt att sambanden med boendeform är mycket starkare bland tjejer än bland killar. Tjejer som bor i hyresrätt skattar sin hälsa/livskvalitet som sämre. Bland killarna är kopplingen till boendeform mycket svagare. Det är dock färre bland högstadiekillarna som bor i radhus/villa som skattar den fysiska hälsan lågt, medan det är fler bland de som bor i bostadsrätt som skattar den psykiska hälsan lågt.

## Kapitel 9. Skolbetyg och ogiltig frånvaro

Det finns en föreställning, som ofta framförs, nämligen att tjejer som presterar högt i skolan har sämre hälsa. En del menar att detta kan vara en central orsak till att vi finner så stora skillnader mellan killar och tjejer när det gäller hälsa. I det här avsnittet skall vi studera hur medelbetyg i högstadiet kopplas till hälsa/livskvalitet. I tabell 18 ser vi närmare på sambandet med medelbetyg i bild, engelska, idrott/hälsa, matematik, samhällsvetenskap samt svenska, (de ämnen som tas upp i enkäten). Utifrån detta medelvärde har eleverna grupperats i fem ungefär lika stora grupper, från de som har högst till de som har lägst medelbetyg i dessa ämnen.

**Tabell 18.a. Stockholm, 2022. Högstadiet. Andel som skattar sin hälsa totalt, den fysiska respektive den psykiska hälsan som inte bra efter kön, skolbetyg.**

Medelbetyg	Låg hälsa totalt		Låg fysisk hälsa		Låg psykisk hälsa	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<i>Sign. nivå</i>	**	**	**	**	+	
Högt	10	29	12	26	23	55
Ganska högt	11	30	16	25	17	50
Medel	16	31	21	32	30	55
Ganska låg	17	44	22	37	24	56
Lågt	24	44	28	44	31	52

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

**Tabell 18.b. Stockholm, 2022. Högstadiet. Andel som har mer än två dagliga psykosomatiska besvär respektive skattar sin livskvalitet lågt efter kön, skolbetyg.**

Medelbetyg	Två eller fler psykosomatiska besvär		Låg livskvalitet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<i>Sign. nivå</i>	*		+	**
Högt	24	47	11	16
Ganska högt	15	47	5	23
Medel	23	48	5	24
Ganska låg	16	49	8	26
Lågt	27	48	16	27

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Även om det framträder en rad signifikanta samband är mönstret inte entydigt. **Ungdomar med högre betyg skattar i mindre utsträckning sin fysiska hälsa lågt och bland killarna gäller detta även för hälsa totalt.** Bland tjejerna tycks det däremot främst gälla att de som har lägre betyg oftare skattar den totala hälsan lågt, men här gäller däremot att de som har högst medelbetyg i mindre utsträckning skattar livskvaliteten lågt.

Ser vi till psykisk hälsa och förekomst av psykosomatiska besvär är skillnaden mellan de olika grupperna ganska liten bland tjejer. Det finns något större skillnader bland killar men här är det svårt att se något entydigt mönster som skulle peka mot en bättre situation för de som har högre betyg eller en sämre bland de som har lägre betyg.

I stort sett framstår skillnaderna som likartade bland tjejer och killar.

I högstadieenkäten har ungdomarna även fått besvara frågan *brukar du vara borta från skolan utan att vara sjuk eller ha annan giltig orsak?* Svartalternativen är Aldrig, Enstaka tim-

mar; En dag i månaden, 2-3 dagar i månaden, 4-8 dagar i månaden samt mer än 8 dagar i månaden. I tabell 19 nedan jämförs de som uppger att de haft sådan frånvaro 4 gånger i månaden eller mer med övriga. Endast en begränsad andel av högstadieeleverna uppger att de har en så omfattande ogiltig frånvaro – endast 2,3 % bland killarna och 6,0 % bland tjejerna.

**Tabell 19. Stockholm, 2022. Högstadiet. Andel som skattar sin hälsa som inte bra, har mer än två dagliga psykosomatiska besvär respektive skattar sin livskvalitet lågt efter kön och ogiltig frånvaro.**

Ogiltig frånvaro mer än 4 ggr per månad	Killar			Tjejer		
	Nej	Ja	Sign nivå	Nej	Ja	Sign nivå
<i>Självskattad hälsa – låg</i>	16	58	**	33	67	**
<i>Fysisk hälsa – låg</i>	20	42	+	61	51	**
<i>Psykisk hälsa – låg</i>	26	40	Ns	52	81	**
<i>Psykosomatiska besvär – mer än två dagliga</i>	20	50	**	45	82	**
<i>Livskvalitet - låg</i>	9	26	*	21	57	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Det framträder tydliga skillnader för alla de fem måtten. **Ungdomar som har en mer omfattade ogiltig frånvaro skattar i högre utsträckning sin hälsa och livskvalitet lågt och redovisar oftare två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.** En jämförelse tyder på att skillnaderna relativt sett är störst för livskvalitet och hälsa totalt.

## Kapitel 10. Förändringar över tid

Alla frågorna kring hälsa fanns med i undersökning som gjordes i Stockholm år 2013/14. När det gäller tidigare undersökningar är däremot materialet mer begränsat. I studien från högstadiet år 2004 ingår frågor kring livskvalitet och förekomst av besvär. I det senare fallet ingår dock färre former av besvär vilket gör att jämförelse med resultat från 2013 och 2022 inte kan göras. Detta innebär att jämförelser över tid i stor utsträckning begränsas till en analys av vad som hänt under de senaste tio åren.

I tabell 20 redovisas andelen som skattat sin hälsa lågt något som det finns uppgifter om både från mellan- och högstadiet. I undersökningarna sedan 2013/14 uppdelat efter kön och stadium.

**Tabell 20. Stockholm. Andel (%) med låg självskattad hälsa efter kön, stadium och undersökningsår.**

År	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
2013/14	7	12	9	19
2022	13	13	17	35

**Andelen som skattar hälsan lågt har ökat utom bland tjejer i mellanstadiet.** I samtliga övriga fall har andelen nästan fördubblats. Ser vi till mellanstadiet har könsskillnader minskat eftersom andelen som skattar sin hälsa lågt ökat bland killar (skillnaderna är borta år 2022) medan de fortfarande kvarstår i högstadiet,

Frågan är då vad som hänt när det gäller förekomsten av psykosomatiska besvär. Detta redovisas i tabell 21. Vad som bör observeras är att det är färre besvär som tas upp i mellanstadiet år 2013/14 än 2022<sup>44</sup>.

**Tabell 21. Stockholm. Andel (%) med två eller fler dagliga psykosomatiska besvär efter kön, stadium och undersökningsår.**

Stadium	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Senaste veckan		Senaste 4 veckor	
År	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
2013/14	13	20	14	35
2022	21	31	21	47

**I samtliga fall har andelen som redovisar två eller fler dagliga psykosomatiska besvär ökat med ungefär 50 %.** Detta betyder att könsskillnaderna förändrats obetydligt. Oberoende av stadium och undersökningsår redovisar tjejer i högre utsträckning sådana besvär. Könsskillnaden är störst i högstadiet där det är mer än dubbelt så många bland tjejerna som redovisar psykosomatiska besvär av denna omfattning. I mellanstadiet är det ungefär 50 % vanligare.

Vad har då hänt när det gäller skattningen av den fysiska och psykiska hälsan? Om detta finns endast uppgifter i högstadiet.

---

<sup>44</sup> År 2013 ingår inte deppighet och stress.

**Tabell 22.a Stockholm högstadium.** *Andel (%) som skattat sin fysiska respektive sin psykiska hälsa låg efter kön och undersökningsår.*

År	Låg fysisk hälsa		Låg psykisk hälsa	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
2013/14	18	22	16	24
2022	20	33	26	53

Det har skett en ökning utom i ett fall. Andelen högstadiekillar som skattar den fysiska hälsan lågt har förändrats obetydligt från 2013/14 till 2022. Däremot har det blivit ungefär 40 % fler som skattar den psykiska hälsan lågt bland dem. I bägge fallen har ökningen varit större bland tjejerna. Ser vi till fysisk hälsa är det ungefär 50 % fler som skattar denna lågt år 2022 och när det gäller psykisk hälsa har det skett en fördubbling. Detta innebär att könsskillnaderna – en sämre situation för tjejer – har ökat över tid inte minst när det gäller skattningen av den psykiska hälsan.

Uppgifter kring livskvalitet finns i högstadiet vid sidan av undersökningarna från 2013 och 2022 även med i undersökningen från 2004. I tabell 22.b presenteras dels medelvärdet – den genomsnittliga skattning – dels andelen som skattar livskvaliteten lågt (fem eller lägre på den tiogradiga skalan).

**Tabell 22.b Stockholm högstadium.** *Andel (%) som skattat sin livskvalitet lågt respektive högt samt genomsnittlig (m) livskvalitet efter kön och undersökningsår.*

År	Låg livskvalitet (1-5)		Hög livskvalitet (9-10)		Livskvalitet (m)	
	Killar	Tjejer			Killar	Tjejer
2004	7	15	54	42	8,34	7,76
2013/14	8	15	47	29	8,13	7,39
2022	9	13	39	21	7,82	6,86

Ungdomarnas genomsnittliga skattning av sin livskvalitet har minskat ganska kontinuerligt från 2004 och framåt. Detta kan jämföras med resultat från Jönköping under perioden 2003-2018. Bland killar är förändringarna ganska små (år 2003=8,19: år 2018=8,15) Bland tjejer har det skett en svag nedgång från 7,45 år 2003 till 7,33 år 2018. Nedgången är alltså klart mycket större i Stockholm. Ser vi till andelen som skattar denna lågt är förändringen liten, däremot har det blivit allt färre som skattar den högt.

## 10.1 Förändringar i förekomst av olika psykosomatiska besvär

Ovan kunde vi notera att det från 2013 hade blivit fler som redovisar två eller fler dagliga besvär. Både i mellan- och högstadiet har denna andel ökat med ungefär 50 % hos både killar och tjejer. Ser vi till högstadiet har andelen som uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär ökat från 14 % år 2013 till 21 % bland killar. Bland tjejer har andelen som uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär ökat från ungefär en tredjedel till nästan hälften. Frågan är vilka förändringar som skett när det gäller olika former av psykosomatiska besvär.

I tabell 23 presenteras uppgifter kring hur många som uppger att de dagligen (eller nästan dagligen) har ont i magen.

**Tabell 23. Stockholm.** Andel (%) som uppger att de dagligen eller nästan dagligen har ont i magen efter kön, stadium och undersökningsår.

År	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
2013/14	5,0	7,4	4,4	10,0
2022	4,6	7,8	5,8	17,4

I mellanstadiet är förändringen liten medan det skett en ökning i högstadiet. Andelen som upplever att de dagligen har ont i magen har bland tjejerna ökat med ungefär 75 %. Bland killarna är den relativa ökningen lägre – endast något över en fjärdedel.

I tabell 24 studeras hur många som uppger att de har ont i huvudet nästan varje dag.

**Tabell 24. Stockholm.** Andel (%) som uppger att de dagligen eller nästan dagligen har ont i huvudet efter kön, stadium och undersökningsår.

År	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
2013/14	6,4	9,2	5,2	13,0
2022	5,6	9,6	5,1	16,2

Förändringarna är mycket små i mellanstadiet och bland killarna i högstadiet. Bland högstadietjerna har det däremot skett en viss ökning. Relativt sett har det blivit ungefär en fjärdedel fler som uppger att de har ont i huvudet nästan varje dag.

I tabell 25 studeras hur många som uppger att de nästan varje dag har svårt att somna eller sova.

**Tabell 25. Stockholm.** Andel (%) som uppger att de dagligen eller nästan dagligen har svårt att somna eller sova efter kön, stadium och undersökningsår.

År	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
2013/14	15,7	20,0	11,2	19,8
2022	21,7	29,2	17,0	26,2

Här har vi en tydlig ökning i samtliga fall.

I tabell 26 studeras hur många som uppger att de nästan varje dag känner oro/ångest.

**Tabell 26. Stockholm.** Andel (%) som uppger att de dagligen eller nästan dagligen känner oro/ångest efter kön, stadium och undersökningsår.

År	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
2013/14	6,3	9,6	3,3	17,4
2022	7,1	17,6	10,0	36,2

Även här har det skett en ökning utom bland killar i mellanstadiet. I högstadiet handlar det om en uppgång med omkring 50 % – något större bland tjejer än bland killar. Relativt sett är ökningen ännu större bland mellanstadietjerna. Här har det blivit mer än 80 % fler som uppger

att de dagligen eller nästan dagligen känner oro/ångest ökat med över 80 %. Detta innebär givetvis att könsskillnaderna ökat starkt i mellanstadiet.

I tabell 27 studeras hur många som uppger att de nästan varje dag känner sig trötta.

**Tabell 27. Stockholm. Andel (%) som uppger att de dagligen eller nästan dagligen känner sig trötta efter kön, stadium och undersökningsår.**

År	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
2013/14	23,2	26,1	16,7	32,1
2022	24,1	27,8	21,6	41,2

I mellanstadiet har andelen som dagligen känner sig trötta förändrats obetydligt däremot har andelen ökat med ungefär en fjärdedel i högstadiet.

I undersökningen från 2013 ingick inte frågan om man kände sig deppig respektive stressad i enkäten på mellanstadiet. Detta innebär att uppgifter kring dessa besvär endast kan följas upp för högstadiet.

**Tabell 28. Stockholm. Högstadiet. Andel (%) som uppger att de dagligen eller nästan dagligen känner sig deppiga respektive stressade efter kön, stadium och undersökningsår.**

År	Känner sig deppig		Stress	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
2013/14	5,6	13,4	12,5	30,1
2022	7,7	24,5	19,5	45,1

Både andelen som dagligen känner sig deppiga eller känner stress har ökat. När det gäller stress har denna andel ökat med ungefär 50 % både bland killar och tjejer. Ser vi däremot till deppighet finns en klar könsskillnad. Bland killar har andelen som känner sig deppiga ökat med ungefär 40 %, bland tjejer är ökningen mycket större – 83 %. Detta innebär givetvis att könsskillnaden har ökat i detta fall.

Sammanfattningsvis kunde vi notera att det från 2013 hade blivit fler som redovisar två eller fler dagliga besvär. Både i mellan- och högstadiet har denna andel ökat med ungefär 50 % hos både killar och tjejer. Ser vi till mellanstadiet har det främst skett en ökning när det gäller hur många det är som tycker av de har svårt att somna eller att sova samt bland tjejerna när det gäller oro/ångest. När det gäller sömnproblem är det – både bland killar och tjejer – ungefär 40 % fler som uppger att de dagligen har problem. Ökningen bland tjejer när det gäller oro/ångest är relativt sett ungefär dubbelt så stor.

Ser vi till högstadiet har andelen som uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär också ökat med cirka 50 % – från 14 % år till 21 % - bland killar. Bland tjejer har andelen som uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär ökat från ungefär en tredjedel till nästan hälften. Bland killar är det små förändringar när det gäller ont i huvudet och ont i magen, däremot framträder det vissa öknningar i övriga fall. Relativt sett är ökningen störst när det gäller oro/ångest följt av besvär med sömn och stress. Däremot är ökningen av andelen som upplever deppighet eller känner trötthet relativt sett något lägre.

Bland tjejer har andelen ökat för samtliga besvär men det finns betydande skillnader. Relativt sett har denna ökning varit störst när det gäller deppighet och ont i magen. Minst är denna när det gäller ont i huvudet, trötthet och för sömnproblem.



## Kapitel 11. Stockholm jämfört med andra kommuner

Hur är då hälsosituationen i Stockholm jämfört med hur det ser ut i andra delar av Sverige? För att få en bild av detta presenteras uppgifter från de senaste undersökningar som genomförts i olika kommuner. För att göra resultaten lättare att överblicka har de olika kommunerna i tabellen rangordnats efter hur stor andel bland tjejerna som skattat den totala hälsan lågt. Först kommer kommuner där hälsosituationen framstår som bäst, sist kommuner där den framstår som sämst. I högstadiet presenteras även median, minimi- samt maximivärde.

**Tabell 29. Jämförelser mellan olika kommuner.** Andel som skattar sin hälsa som inte bra, har mer än två dagliga psykosomatiska besvär respektive skattar sin livskvalitet lågt efter kön, stadium och undersökningsår.

	Självskattad hälsa låg			Mer än 2 dagliga besvär			Låg livskvalitet		
	Kille	Tjej	Sign. nivå	Kille	Tjej	Sign. nivå	Kille	Tjej	Sign. nivå
<b>Mellanstadiet</b>									
Stockholm, 2022	4	6		21	31		##	##	
Malmö, 2019	8	8		4	7	**	8	12	**
Jönköping, 2021	7	10		17	27	**	#	#	
Täby, 2019	8	10		9	16	**	6	10	
Helsingborg, 2021	11	18	***	##	##		#	#	
<b>Högstadiet</b>									
Täby, 2019	14	18		17	37	***	10	18	**
Lidingö, 2019	10	19	***	15	31	***	10	13	
Eskilstuna, 2019	14	19	**	13	34	***	12	22	***
Askersund, 2019	13	22	+	7	31	**	14	33	***
Knivsta, 2019	17	23	+	14	38	***	16	23	*
Värmdö, 2019	14	25	**	10	20	**	19	42	***
Malmö, 2019	16	26	***	5	16	***	14	25	***
Vallentuna, 2019	16	26	***	10	36	***	12	25	***
Kristianstad, 2021	17	28	**	21	49	**	13	25	**
Burlöv, 2021	16	30	***	10	25	***	16	27	**
Jönköping, 2021/22	14	31	***	20	45	***	#	#	
Mark, 2022	15	31	**	19	46	**	13	30	**
Tyresö, 2022	17	32	**	24	55	**	10	24	**
Helsingborg, 2021	15	34	***	#	#		25	43	***
Heby, 2019	20	34	**	12	39	***	20	37	**
Stockholm, 2022	17	35	**	21	47	**	9	23	**
Haninge, 2021	21	37	**	19	51	**	17	39	**
<i>Median</i>	16	28		15	38		15	25	
<i>Minimum</i>	10	18		5	16		9	13	
<i>Maximum</i>	21	37		24	55		25	43	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001. # Frågan har här formulerats på annat sätt varför inga uppgifter kan redovisas. ## Frågan finns inte med i enkäten

I mellanstadiet är andelen som skattar den totala hälsan som inte bra ovanligt låg i Stockholm, däremot är det speciellt många liksom i Jönköping som uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Bilden är alltså något motsägelsefull.

Ser vi till högstadiet är bilden mer entydig. Stockholm ligger klart över medianen bland tjejerna när det gäller andelen som skattar den totala hälsan låg (dock ej bland killar). När det gäller förekomst av psykosomatiska besvär ligger Stockholm över medianen både bland killar

och tjejer. Ser vi till låg livskvalitet är bilden mer positiv för killar – det är ovanligt få som skattar denna lågt i Stockholm. Bland tjejerna ligger värdet nära medianen.

Frågan är hur det ser ut när det gäller fysisk och psykisk hälsa. Uppgifter kring detta finns endast för högstadiet i ett mindre antal kommuner.

**Tabell 30. Jämförelser mellan olika kommuner.** Andel (%) som skattar sin hälsa som inte bra, har mer än två dagliga psykosomatiska besvär respektive skattar sin livskvalitet lågt efter kön, stadium och undersökningsår.

	Fysisk hälsa låg			Psykisk hälsa låg		
	Kille	Tjej	Sign. nivå	Kille	Tjej	Sign. nivå
<b>Högstadiet</b>						
Eskilstuna, 2019	15	22	**	21	44	***
Jönköping, 2021/22	13	19	**	19	43	**
Mark, 2022	18	31	**	22	43	**
Haninge, 2021	26	37	**	31	56	**
Kristianstad, 2021	20	29	**	25	47	**
Tyresö, 2022	23	33	**	26	53	**
Burlöv, 2021	12	23	**	20	39	**
Helsingborg, 2021	18	23	**	22	43	**
Stockholm, 2022	20	33	**	26	53	**
<i>Median</i>	18	29		22	44	
<i>Minimum</i>	12	19		19	39	
<i>Maximum</i>	26	37		31	56	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Bilden stämmer ganska väl med den som framträdde när det gäller hälsa totalt och förekomst av psykosomatiska besvär. Andelen som skattar den fysiska liksom den psykiska hälsan lågt ligger i Stockholm över medianen för de studerade kommunerna.

I föregående kapitel kunde vi konstatera att ungdomarna i högstadiet i genomsnitt skattat sin livskvalitet allt lägre över tid. Andelen som skattar denna högt (9-10) har också minskat medan däremot andelen som skattar den lågt (1-5) förändrats obetydligt. Det är därför av intresse att se lite närmare på skattad livskvalitet och se om Stockholm skiljer ut sig jämfört med hur det ser ut i andra kommuner.

**Tabell 31. Jämförelser mellan olika kommuner. Högstadiet.** Andel (%) som skattar sin livskvalitet högt respektive lågt samt genomsnittlig livskvalitet (m) efter kön och kommun/undersökningsår.

	Genomsnittlig livskvalitet (m)		Hög livskvalitet (9-10)		Låg livskvalitet (1-5)	
	Kille	Tjej	Kille	Tjej	Kille	Tjej
<b>Högstadiet</b>						
Haninge, 2021	7,48	6,25	34	18	17	39
Heby, 2019	7,61	6,25	40	18	20	37
Askersund, 2019	7,88	6,37	43	13	14	33
Mark, 2022	7,87	6,59	44	18	13	30
Helsingborg, 2021	7,84	6,63	49	25	25	43
Tyresö, 2022	7,85	6,71	36	15	10	24
Burlöv, 2021	7,69	6,82	45	24	16	27
Stockholm, 2022	7,92	6,86	39	21	9	23
Vallentuna, 2019	7,69	6,86	35	19	12	25
Knivsta, 2019	7,55	6,88	34	22	16	23
Malmö, 2019	7,88	6,96	45	25	14	25
Kristianstad, 2021	7,88	6,96	43	24	13	25
Värmdö, 2019	7,82	7,19	68	25	19	42
Eskilstuna, 2019	7,96	7,22	44	31	12	22
Täby, 2019	7,97	7,31	47	31	10	18
Lidingö, 2019	8,08	7,54	49	31	10	13
<i>Median</i>	7,86	6,86	44	23	14	25
<i>Minimum</i>	7,48	6,25	34	13	9	13
<i>Maximum</i>	8,08	7,54	68	31	25	43

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001. # Frågan har här formulerats på annat sätt varför inga uppgifter kan redovisas.

Stockholm skiljer knappast ut sig speciellt utan ligger nära genomsnittet bland kommunerna både när det gäller genomsnittligt skattad livskvalitet och andelen som skattar denna högt. Som redan konstaterats skiljer inte heller andelen som skattar denna låg ut sig speciellt bland tjejerna. Däremot är det ovanligt få bland killar som skattar den lågt.

## Kapitel 12. Den sociala bakgrundens inverkan på hälsa och livskvalitet

De tidigare avsnitten i rapporten visar att det finns mer eller mindre starka kopplingar mellan hälsa/livskvalitet och barnens och ungdomarnas sociala bakgrund. Dessa olika bakgrundsvariabler är dock korrelerade med varandra. Bakom skillnader mellan grupper med olika socioekonomisk bakgrund döljer sig också att andelen med svensk respektive utländsk bakgrund skiljer sig markant. Låt oss som exempel se till förekomst av låg fysisk hälsa bland högstadietjejerna. Högstadietjejer med lägre socioekonomisk bakgrund liksom de som har utländsk bakgrund skattar i högre utsträckning den fysiska hälsan lågt. Frågan är vilken betydelse socioekonomisk och utländsk bakgrund har var för sig. Är låg socioekonomisk bakgrund mest avgörande eller är det utländsk bakgrund? Alternativet kan också vara att bägge har var för sig en egen, separat inverkan. Högstadietjejer med lägre socioekonomisk bakgrund har oftare låg fysisk hälsa – oberoende av om de har svensk eller utländsk bakgrund. Samtidigt gäller att de som har utländsk bakgrund – oberoende av deras socioekonomiska bakgrund – har sämre fysisk hälsa än de som har svensk bakgrund och motsvarande socioekonomisk bakgrund. Regressionsanalyserna försöker ge svaret på dessa frågor.

För att få en klarare bild av hur de olika bakgrundsvariablerna enskilt påverkar hälsosituationen har materialet därför analyserats med linjär regressionsanalys, vilket innebär att vi får en direkt bild av hur de olika förklaringsvariablerna enskilt inverkar. **Denna analys innebär nämligen att vi studerar sambanden med de enskilda variablerna efter kontroll för påverkan från de övriga.**

I analyserna används följande utfallsvariabler: hälsa ej bra, fysisk hälsa ej bra, psykisk hälsa ej bra, mer än två dagliga psykosomatiska besvär samt låg livskvalitet. Som förklaringsvariabler ingår familjesituation – familjesammansättning och förtroende för föräldrar – socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund samt boendeområde<sup>45</sup>. Vid analysen av bostadsområde används Bromma som bas, vilket innebär att situationen i de övriga sju områdena jämförs med hur det ser ut i Bromma. Ett skäl till detta val är att antalet svarande är relativt högt i Bromma vilket gör att resultaten blir mer tillförlitliga. Det som kan noteras är att den sociodemografiska och den socioekonomiska strukturen är högst i Bromma. Vid redovisningen har övriga stadsdelar rangordnats utifrån denna struktur för att få en bild av i vilken utsträckning skillnader kan kopplas till stadsdelarnas sociala struktur. Först kommer här Östermalm och Norrmalm längst ned Farsta, Skärholmen och Rinkeby/Kista.

Resultat från dessa analyser som ger en bild av de olika bakgrundsvariablernas separata, direkta inverkan presenteras nedan. I tabellerna redovisas adjusted  $R^2$  och standardized coefficient  $\beta$ . Den första ger en bild av den samlade inverkan från de ingående förklaringsvariablerna, den andra en bild av den enskilda inverkan från de olika förklaringsvariablerna efter kontroll för inverkan från de övriga.

Kodningen av de olika värdena innebär följande att värden på standardized coefficient  $\beta$  skall tolkas på följande sätt:

---

<sup>45</sup> Här studeras endast de åtta stadsdelar som är grund för urvalet. Elever som kommer från andra stadsdelar kan inte ses som ett slumpmässigt urval eftersom de går i skolan i en annan stadsdel

- Familjesammansättning – positivt värde innebär att det är färre som har låg hälsa bland de som bor med bägge föräldrar, ett negativt att det är fler.
- Förtroende för föräldrar – positivt värde innebär att det är färre bland de som inte har förtroende för någon förälder som har lågt värde, negativt att det är fler.
- Socioekonomisk bakgrund – positivt värde innebär att det är fler bland de som har lägre socioekonomisk bakgrund som skattar hälsan lågt, negativt att det är färre
- Svensk/utländsk bakgrund – positivt värde innebär att det är fler bland de som har utländsk bakgrund som skattar hälsan låg, negativt att det är färre
- Stadsdel – positivt värde innebär att det är fler i denna stadsdel än i Bromma som skattar hälsan lågt (efter hänsyn tagits till olikheter i stadelens sociala struktur), negativt att det är färre

Vi börjar med att redovisa resultaten för lågt skattad hälsa totalt. Resultaten presenteras i tabell 32<sup>46</sup>.

**Tabell 32. Stockholm, 2022. Den sociala bakgrundens direkta inverkan på låg självskattad hälsa. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted-R<sup>2</sup>) - efter kön och stadium.**

	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,163**	0,020	0,053	0,018
Förtroende föräldrar	#	#	-0,206**	-0,194**
Socioekonomisk bakgrund	0,010	0,003	0,103*	0,094*
Svensk/utländsk bakgrund	0,036	-0,020	0,001	0,043
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm	-0,044	-0,025	-0,021	0,023
Norrmalm	-0,024	0,111**	-0,018	0,003
Spånga/Tensta	0,014	0,080+	0,069	-0,032
Enskede/Årsta/Vantör	-0,012	0,070	0,008	-0,062
Farsta	0,024	0,014	-0,046	-0,040
Rinkeby/Kista	0,008	0,105*	-0,005	-0,024
Skärholmen	-0,007	0,098*	0,010	-0,033
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	<b>2,5</b>	<b>1,2</b>	<b>5,1</b>	<b>4,1</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001. # frågan finns ej med i enkäten.

**Sammantaget tycks barnens och ungdomarnas sociala bakgrund ha en relativt begränsad inverkan när det gäller förekomst av låg självskattad hälsa.** I mellanstadiet har familjesammansättningen (vilka man bor med) en direkt påverkan bland killar. Bland tjejerna är andelen som har låg hälsa högre i Norrmalm, Rinkeby/Kista, Skärholmen och till viss del i Spånga/Tensta vilket är vad som kan förväntas med utgångspunkt utifrån stadsdelarnas sociala struktur.

Ser vi till högstadiet slår en faktor starkt igenom, nämligen förtroende för föräldrar. Här framträder signifikanta samband både bland tjejer och bland killar. **Dessa samband visar att de som har förtroende för minst en föräldrar i minst utsträckning har låg hälsa.**

<sup>46</sup> Den som tycker att det är svårt att läsa dessa tabeller rekommenderas att studera den sammanfattning av resultaten som redovisas efter tabellerna.

Övriga bakgrundsfaktorer har en mer begränsad inverkan. I högstadiet finns dock en tendens till att socioekonomisk bakgrund har en egen direkt inverkan. De som har lägre socioekonomisk bakgrund redovisar högre förekomst av låg hälsa. Några framträdande skillnader mellan olika bostadsområden framträder inte.

Hur inverkar då social bakgrund när det gäller förekomst av två eller fler psykosomatiska besvär? Resultaten från analyserna presenteras i tabell 33.

**Tabell 33. Stockholm, 2022. Den sociala bakgrundens direkta inverkan på förekomst av två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted- $R^2$ ) - efter kön och stadium.**

	Mellanstadiet		Högstadiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,017	0,075*	0,030	0,065
Förtroende föräldrar	#	#	-0,144**	-0,213**
Socioekonomisk bakgrund	0,081	-0,036	-0,041	0,002
Svensk/utländsk bakgrund	-0,034	0,067	0,082+	0,057
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm	0,060	0,024	-0,035	0,082+
Normalm	-0,007	0,056	0,028	0,060
Spånga/Tensta	0,083*	0,102*	0,005	0,075+
Enskede/Årsta/Vantör	-0,001	0,053	-0,027	0,083+
Farsta	0,107*	-0,018	-0,050	-0,008
Rinkeby/Kista	-0,049	-0,032	-0,060	-0,028
Skärholmen	0,023	0,006	-0,051	0,003
<b>Pseudo <math>R^2</math></b>	<b>1,6</b>	<b>0,9</b>	<b>2,7</b>	<b>6,3</b>

+  $p < 0.10$ ; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ . # frågan finns ej med i enkäten.

Även i detta fall gäller att social bakgrund har en ganska begränsad påverkan, speciellt i mellanstadiet. Ser vi till familjesammansättning framträder ett direkt samband bland mellanstadietjejeerna. De som bor med bägge föräldrar har i mindre utsträckning låg hälsa. I högstadiet finns ett starkt direkt samband med förtroende för föräldrar. **Ungdomar som inte har förtroende för någon förälder har oftare psykosomatiska besvär. Speciellt stor är skillnaden bland tjejer.**

Socioekonomisk och svensk/utländsk bakgrund har genomgående en svag påverkan. Bland högstadiekillar finns dock en tendens till påverkan när det gäller svensk/utländsk bakgrund som pekar mot att de som har svensk bakgrund oftare uppger att de har psykosomatiska besvär.

I de flesta fall framträder små skillnader om vi ser till boendeområde men vissa skillnader framträder. Bland mellanstadiekillar är förekomsten av psykosomatiska besvär högre i Farsta och Spånga/Tensta än vad som kan förväntas utifrån dessa områdens sociala struktur. För Spånga/Tensta gäller detta även bland tjejerna. Bland högstadietjejeerna finns tecken på en förhöjd förekomst av psykosomatiska besvär i Enskede/Årsta/Vantör, Spånga/Tensta och på Östermalm.

Frågan är hur det ser ut när det gäller fysisk och psykisk hälsa, något som endast studerats i högstadiet.

**Tabell 34. Stockholm, högstadium 2022.** Den sociala bakgrundens *direkta* inverkan på låg fysisk respektive psykisk hälsa. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted- $R^2$ ) - efter kön.

	Fysisk hälsa låg		Psykisk hälsa låg	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,057	0,002	-0,014	-0,011
Förtroende föräldrar	-0,097*	-0,195**	-0,141**	-0,267**
Socioekonomisk. bakgrund	0,057	0,068	0,033	0,069
Svensk/utländsk bakgrund	0,023	0,068	-0,045	-0,045
<b>Boendeområde</b>				
Östermalm	-0,032	0,018	0,045	0,078+
Norrmalm	-0,014	-0,034	0,051	0,018
Spånga/Tensta	-0,014	-0,060	-0,014	-0,010
Enskede/Årsta/Vantör	-0,081	-0,098*	0,073	0,032
Farsta	-0,069	-0,026	-0,057	-0,003
Rinkeby/Kista	-0,031	-0,048	0,008	-0,040
Skärholmen	-0,007	-0,060	-0,001	-0,054
<b>Pseudo <math>R^2</math></b>	<b>0,4</b>	<b>4,4</b>	<b>1,9</b>	<b>7,3</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Förtroende för föräldrar har en stark direkt påverkan på både den fysiska och den psykiska hälsan. **Högstadiungdomarna som inte har förtroende för någon förälder skattar oftare både den fysiska och den psykiska hälsa lågt.** Påverkan framstår som större när det gäller psykisk hälsa. I bägge fallen är påverkan starkare bland tjejer än bland killar.

Socioekonomisk liksom svensk bakgrund har en begränsad påverkan liksom även boendeområde. I det senare fall tycks dock andelen som skattar den fysiska hälsan lågt vara speciellt lågt för högstadietjejer från Enskede/Årsta/Vantör. I motsats till detta ligger andelen som skattar den psykiska hälsa lågt högre än vad som kan förväntas i Östermalm.

Hur social bakgrund inverkar på förekomsten av lågt skattad livskvalitet redovisas i tabell 35.

**Tabell 35. Stockholm, högstadium 2022.** Den sociala bakgrundens *direkta* inverkan på låg livskvalitet. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted- $R^2$ ) - efter kön.

	Högstadiet	
	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,030	0,065
Förtroende föräldrar	-0,171**	-0,231**
Socioekonomisk. bakgrund	-0,026	-0,026
Svensk/utländsk bakgrund	-0,079	0,054
<b>Boendeområde</b>		
Östermalm	-0,036	0,080+
Norrmalm	0,041	0,073
Spånga/Tensta	-0,005	0,058
Enskede/Årsta/Vantör	-0,026	0,080+
Farsta	-0,050	-0,010
Rinkeby/Kista	-0,092+	-0,032
Skärholmen	-0,070	-0,007
<b>Pseudo <math>R^2</math></b>	<b>2,5</b>	<b>5,1</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Liksom i andra undersökningar har förtroende för föräldrar en stark direkt påverkan. **Ungdomar som inte har förtroende för någon förälder skattar i högre utsträckning sin livskvalitet lågt.** Speciellt stor är skillnaden bland tjejer.

Övriga bakgrundsvariabler har en begränsad inverkan men när det gäller boendeområde finns en tendens till att andelen som skattar sin livskvalitet är lägre än vad som kan förväntas utifrån stadsdelens sociala struktur i Rinkeby/Kista bland killar. Däremot tycks denna ligga över vad som kan förväntas bland tjejer från Enskede/Årsta/Vantör och Östermalm.

## **12.1 Sammanfattning av den sociala bakgrundens inverkan på hälsa och livskvalitet**

**Om vi skall sammanfatta resultaten är det mycket uppenbart att förtroende för föräldrar är den bakgrundsvariabel som starkast påverkar ungdomarnas hälsosituation.** I högstadiet har detta en klar inverkan på alla de fem måtten – låg hälsa totalt, fysiskt, psykiskt, låg livskvalitet och förekomst av två eller fler dagliga besvär. Utom när det gäller lågt skattad hälsa totalt är denna påverkan starkare bland tjejer än bland killar. Kombinerat detta med faktumet att tjejer i högre utsträckning inte har förtroende för föräldrar kan vi se att just brist på förtroende för föräldrar till viss del kan förklara skillnaden i hälsa mellan killar och tjejer. I mellanstadiet finns denna fråga inte med, men här finns en koppling till familjesammansättning bland killar när det gäller lågt skattad hälsa (totalt) och bland tjejer när det gäller psykosomatiska besvär vilket pekar mot att familjen kan ha betydelse även i mellanstadiet. **I bägge fallen handlar det här om att de som bor med bäge föräldrar har en bättre situation.**

Den direkta påverkan från socioekonomisk och svensk/utländsk bakgrund är svag vilket tyder på att hälsosituationen – så som barn och ungdomar själva beskriver den - utifrån dessa perspektiv är ganska jämlik. Detta är något som även framkommer i studier från andra kommuner.

Även skillnaderna mellan de olika stadsdelarna är – när hänsyn tagits till skillnader i den sociala strukturen - ganska begränsade. Främst är det Spånga/Tensta som skiljer ut sig. Efter hänsyn tagits till olikheter i den sociala strukturen har vi här i mellanstadiet ovanligt många med två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Bland högstadietjeferna finns det även indikationer på att det är ovanligt många från denna stadsdel som har sådana besvär samt bland mellanstadietjeferna att det är fler än förväntat som skattar sin hälsa lågt.

Ett observandum är att vi finner störst skillnad mellan stadsdelarna bland mellanstadietjejer när det gäller låg självskattad hälsa. Andelen som skattar hälsan totalt låg är högre än vad man kan förvänta sig – utifrån olikheter i social struktur – i Norrmalm, Rinkeby/Kista, Skärholmen och till viss del även i Spånga/Tensta. Ser vi till svensk/utländsk bakgrund har vi här två motsatta grupper. Skärholmen och Rinkeby/Kista har en mycket stor andel med utländsk bakgrund – 70-80% - medan det finns få med utländsk bakgrund i Norrmalm – endast cirka 7 %. I Spånga Tensta har cirka 30 % utländsk bakgrund.



## Kapitel 13. Levnadsförhållandenas inverkan på hälsa och livskvalitet

I ett flertal av *Ung livsstils* undersökningar har frågan kring vilken separat direkt inverkan olika sociala bakgrundsfaktorer och levnadsförhållanden i övrigt har på hälsosituationen studerats<sup>47</sup>. Med separat direkt inverkan avses här det samband som framträder efter kontroll för olika mått på barnens/ungdomarnas sociala bakgrund – familjesituation (vilka man bor med samt förtroende för föräldrar), socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund samt typ av boendeområde.

Ser vi till ungdomarnas sociala bakgrund visar resultaten genomgående att relationen till föräldrarna (förtroende för föräldrar) har en mycket stark inverkan. Barn och ungdomar som har förtroende för bägge föräldrar har klart bättre hälsa. Ett centralt faktum är att dessa direkta samband kvarstår även efter kontroll för olikheter i levnadsvanor, vilket förstärker denna faktors centrala betydelse. I vissa fall har även familjesammansättning (vilka man bor med) en egen direkt inverkan men denna är inte alls lika framträdande. I de fall den framträder gäller att de som bor med bägge föräldrar har bättre hälsa än de som har växelvis boende eller bor med en ensamstående mamma.

Övriga bakgrundsvariabler – socioekonomisk och svensk/utländsk bakgrund liksom boendeområde har en mer begränsad direkt inverkan. Resultat från Malmö (frågan finns inte med i andra undersökningar) visar dock att ungdomars oro över familjens ekonomi kan ha negativa effekter. Ungdomar som uppger att de oroas över familjens ekonomi har en sämre hälsosituation än vad som kan förklaras av skillnader när det gäller social bakgrund i övrigt.

Hur inverkar då skillnader i levnadsförhållande på hälsosituationen? Resultaten från dessa undersökningar visar att fysisk aktivitet och matvanor har en direkt inverkan (även efter kontroll för social bakgrund). Det finns också direkt inverkan från upplevd oro/rädsla och förekomst av mobbing/trakasserier, speciellt bland tjejer.

När det gäller skolsituationen har betyg en begränsad inverkan på hälsosituationen. De skillnader som framträder kan alltså i stor utsträckning förklaras av olikheter i social bakgrund och/eller andra olikheter när det gäller skolsituationen. Däremot visar flera av undersökningarna att hur man tycker om att gå i skolan och hur man upplever skolklimatet har betydelse. Ibland tycks påverkan av skolklimatet skilja sig mellan killar och tjejer. I undersökningen från Marks kommun framträder t ex att avsaknad av positiva element i skolklimatet – att det inte är lugnt i klassen, att man inte får det stöd man tycker man behöver – som påverkar hälsosituationen. Bland tjejerna tycks det däremot mer handla om negativa faktorer – att det förekommer mobbing, nedsättande tal om andra och stress – som har en negativ inverkan på hälsa.

---

<sup>47</sup> Blomdahl, Elofsson, Bergmark. *Ung livsstil. Malmö*, Blomdahl, Elofsson *Ung livsstil i Eskilstuna*, Blomdahl, Elofsson. *Ung livsstil i Jönköping 1994-2022*, Elofsson, Blomdahl *Ung livsstil i Mark*, Blomdahl, Elofsson *Ung livsstil i Kristianstad*.

Ser vi till fritiden framträder i flera av undersökningarna att ungdomarnas upplevelse av sin fritidssituation (bra eller dålig) har en stark direkt inverkan på hälsosituationen. Fysisk aktivitet en inverkar på förekomst av hälsa totalt och fysisk hälsa, däremot svagt när det gäller psykisk hälsa och förekomst av psykosomatiska besvär.

I fortsättningen av detta kapitel kommer vi att närmare studera hur olika levnadsförhållanden direkt inverkar på hälsosituationen, d v s efter kontroll för inverkan från social bakgrund och andra levnadsförhållanden. Resultaten studeras separat för mellanstadiet och högstadiet med tanke på att det finns skillnader mellan dessa stadier när det gäller vilka frågor som ingår i enkäterna. Grundläggande uppgifter kring svaren på de olika frågorna – uppdelat efter kön – redovisas i anknnytning till presentationen av de olika frågorna.

### 13.1 Mellanstadiet

I mellanstadiet finns uppgifter kring fysisk aktivitet, hur man har det på fritiden samt matvanor.

Sedan en längre tid har vi inom Ung livsstil sökt fånga upp den fysiska aktiviteten utifrån uppgifter kring deltagande i idrottsförening samt uppgifter kring hur ofta man ägnar sig åt dansskola (balett/showdans/stret/hiphop) respektive gruppträning (aerobics/spinning/cross fit/yoga/gruppträning) samt hur ofta man gått på gym/styrketräningslokal. Med utgångspunkt från dessa uppgifter samt hur ofta man tränar på egen hand bildas följande fyra grupper, som även ger en bild av hur olika former bidrar till fysisk aktivitet<sup>48</sup>.

1. Medlem i idrottsförening (IF).
2. Ej med i idrottsförening men deltar i organiserade fysiska aktiviteter minst två gånger i veckan. De organiserade verksamheter som inkluderas är gym/styrketräningslokal, aerobics/spinning/cross fit/yoga/gruppträning och dansskola (balett/showdans/street/hiphop).
3. Ägnar sig endast åt fysisk aktivitet i oorganiserad form. Utgångspunkten är här en fråga där barn/ungdomar fått ange hur ofta de ägnar sig åt egen motion. Som krav ställs på högstadiet att de ska ha motionerat/tränat minst tre gånger per vecka (för att kompensera för eventuella överskattningar och för spontanidrotten som kan handla om korta pass).
4. Ej fysiskt aktiva, det vill säga den grupp som inte är fysiskt aktiv utifrån de ovan givna definitionerna.

Utifrån denna definition är 77 % av killarna och 75 % av tjejerna i mellanstadiet fysiskt aktiva.

Hur barnen har det på fritiden studeras genom frågan *Hur har du det på fritiden?* I tabell 36 presenteras mellanstadieelevernas svar uppdelat efter kön.

---

<sup>48</sup> För en närmare diskussion se Blomdahl U, Elofsson S. **Hur många motionerar/idrottare för lite och vilka är dom?**

**Tabell 36. Stockholm, mellanstadium, 2022. Hur man har det på fritiden efter kön. Andel (%).**

	Killar	Tjejer
<b>Sign. nivå</b>	**	
Bra	76,8	66,7
Ganska bra	18,9	27,1
Varken bra eller dåligt	3,5	5,6
Ganska dåligt	0,6	0,3
Dåligt	0,1	0,2
<b>Ej bra på fritiden</b>	<b>4,2</b>	<b>6,2</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Som synes finns en skillnad mellan könen. **Tjejer tycker i lägre utsträckning att de har det bra på fritiden och något fler tycker att de inte har det bra.**

Uppgifterna kring matvanor har hämtats från frågan *Hur ofta händer följande?* I frågan ingår följande alternativ: Att du hoppar över frukosten, Att du hoppar över lunchen, Att du hoppar över middagen, Att du äter snabbmat (t.ex. hamburgare, kebab, pizza), Att du dricker läsk/energidryck, Att du äter godis, chips, glass, ostbågar, kakor, bullar, Att du äter grönsaker eller rotfrukter (potatis, morötter), Att du äter frukt eller bär, Att du äter frön (t.ex. solrosfrön) eller nötter, Att du äter fisk. Svartalternativen är I stort sett varje dag, Flera gånger i veckan, En gång i veckan, Sällan eller aldrig. Vid analyserna av hur matvanor påverkar hälsosituationen studeras om man äter frukost, lunch respektive middag regelbundet (hoppar sällan eller aldrig över) samt två sammanfattande mått på intag av nyttig respektive onyttig mat. Intag av nyttig mat beräknas som medelvärdet för grönsaker, frukt, nötter och fisk och intyg av onyttig mat beräknas som medelvärdet för snabbmat, läsk och godis. Ett lägre värde på dessa medelvärden innebär att man äter sådan mat oftare, ett högre att man gör det mindre ofta. I tabell 37 redovisas hur matvanorna ser ut bland mellanstadieeleverna uppdelat efter kön.

**Tabell 37. Stockholm, mellanstadium, 2022. Matvanor efter kön. Andel (%) respektive medelvärde.**

	Killar	Tjejer	Sign. nivå
Frukost – alltid (%)	73	59	**
Lunch – alltid (%)	69	60	**
Middag – alltid (%)	90	82	**
Nyttig mat (m)	2,42	2,40	Ns
Onyttig mat (m)	2,97	3,02	+

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

**Resultaten visar att tjejer i lägre utsträckning äter frukost, lunch och middag regelbundet.** Ser vi till intag av nyttig och onyttig mat finns en svag tendens till att tjejer äter onyttig mat i något lägre utsträckning.

Frågan är då vilken enskild direkt inverkan på hälsa dessa olika levnadsförhållanden har (efter kontroll för social bakgrund och levnadsförhållanden i övrigt). Analyserna har gjorts med linjär regressionsanalys med hälsa ej bra och mer än två dagliga psykosomatiska besvär som utfallsvariabler. Som förklaringsvariabler ingår familjesituation – familjesammansättning och förtroende för föräldrar – socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund, fysisk aktivitet, hur nöjd man är med sin fritidssituation samt uppgifter om matvanor.

Resultat från dessa analyser ger en bild av de olika variablernas separat, direkta inverkan. I tabellerna redovisas adjusted R<sup>2</sup> och standardized coefficient  $\beta$ . Den första ger en bild av den samlade inverkan från de ingående förklaringsvariablerna, den andra en bild av den enskilda inverkan från de olika förklaringsvariablerna efter kontroll för inverkan från de övriga<sup>49</sup>.

**Tabell 38. Stockholm, mellanstadium, 2022. Den sociala bakgrundens direkta inverkan på låg självskattad hälsa respektive förekomst av två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted-R<sup>2</sup>) - efter kön och stadium.**

	Låg hälsa		Psykosomatiska besvär	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjekonstellation	0,135**	-0,016	0,009	0,020
Socioekonomisk. bakgrund	-0,007	-0,003	0,067	-0,039
Svensk/utländsk bakgrund	0,022	-0,061	-0,051	0,038
<b>Boendeområde</b>				
Enskede/Årsta/Vantör	0,002	0,047	0,033	0,043
Farsta	-0,008	-0,031	0,081+	-0,036
Norrmalm	0,013	0,095*	0,003	0,048
Rinkeby/Kista	-0,002	0,064	-0,051	-0,051
Skärholmen	-0,062	0,029	-0,009	-0,018
Spånga/Tensta	0,016	0,047	0,078+	0,092*
Östermalm	0,001	0,002	0,045	0,051
Fysisk aktivitet	-0,044	-0,127**	-0,039	0,003
Hur nöjd med fritiden	0,302**	0,292**	0,193**	0,230**
Frukost – alltid	-0,102**	-0,031	-0,076*	-0,108**
Lunch – alltid	-0,062+	0,105**	-0,117**	-0,160**
Middag – alltid	0,007	-0,089*	0,001	-0,083*
Nyttig mat	0,083*	0,048	-0,022	-0,023
Onyttig mat	0,003	-0,015	-0,102**	-0,135**
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	<b>14,1</b>	<b>15,8</b>	<b>7,9</b>	<b>17,3</b>

Ns p>0.10; + p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Ser vi till förklaringsgrad - adjusted R<sup>2</sup> - ökar denna jämfört med det som gäller om vi endast har med social bakgrund, då den var mycket låg. Införandet av olika mått på levnadsförhållanden ger alltså en viss förklaring till skillnader i förekomst av låg hälsa och psykosomatiska besvär. Samtidigt är det viktigt att notera att förklaringsgraden fortfarande är låg, vi är långt från en fullständig ”förklaring”.

**Ett viktigt resultat är att förklaringsgraden är högre för tjejer än för killar. Olikheter i levnadsförhållanden förklarar mer av olikheter när det gäller förekomst av låg hälsa och psykosomatiska besvär bland tjejer än bland killar.**

Vad är det då för levnadsförhållanden som förklarar? Det första vi kan konstatera är att barnens sociala bakgrund ger en begränsad förklaring. Bland killarna finns dock koppling till familj (vilka man bor med) när det gäller låg skattad hälsa. Killar som bor med båda föräldrar har i mindre utsträckning låg hälsa medan sådan är speciellt vanlig bland de som bor med en ensamstående mamma. Här skall dock observeras att vi i mellanstadiet inte har uppgifter

<sup>49</sup> Den som tycker att det är svårt att läsa dessa tabeller rekommenderas att studera den sammanfattning av resultaten som redovisas efter tabellerna.

kring förtroende för föräldrar. Detta innebär troligen att familjens betydelse underskattas och därmed även den sociala bakgrundens betydelse.

Matvanor har tveklöst ett viktigt förklaringsvärde. **Regelbundet intag av frukost, lunch och bland tjejer även middag innebär att färre skattar hälsan lågt och att färre redovisar psykosomatiska besvär.** Högre förekomst av psykosomatiska besvär kopplas även samman med högre intag av onyttig mat – snabbmat, godis, läsk. Bland killarna gäller också att högre intag av nyttig mat kopplas till att färre skattar hälsan lågt.

Ser vi till fritidssituationen spelar frågan kring hur barnen upplever sin fritidssituation en viktig roll. **De som inte tycker att de har det bra på fritiden skattar oftare hälsan lågt och har fler psykosomatiska besvär.** Fysisk aktivitet – som ju ofta framhävs som mycket viktig – har bland tjejer en positiv effekt när det gäller självskattad hälsa men i övrigt är dess inverkan svag. Det är viktigt att ta upp att andra faktorer – inte minst matvanor – kan ha större betydelse.

## 13.2 Högstadiet

Även i högstadiet finns uppgifter kring fysisk aktivitet, hur man har det på fritiden samt matvanor. Vid sidan av detta finns det också uppgifter kring betyg, hur man tycker om att gå i skolan, förekomst av rädsla/oro, nyttjande av alkohol, tobak och narkotika samt hur man upplever sina chanser i livet jämfört med andra i samma ålder.

Andelen fysiskt aktiva (som beräknas på samma sätt som i mellanstadiet) är i högstadiet 66 % bland killar och 51 % bland tjejer.

I tabell 39 presenteras högstadieteelevernas svar på frågan kring hur man har det på fritiden uppdelat efter kön. Även denna fråga har samma formulering som i mellanstadiet.

**Tabell 39. Stockholm, högstadium, 2022. Hur man har det på fritiden efter kön. Andel (%).**

	Killar	Tjejer
<b>Sign. nivå</b>	<b>**</b>	
Bra	65,6	47,8
Ganska bra	28,6	36,0
Varken bra eller dåligt	4,2	13,5
Ganska dåligt	0,8	2,0
Dåligt	0,9	0,7
<b>Ej bra på fritiden</b>	<b>5,9</b>	<b>16,2</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Liksom i mellanstadiet finns en tydlig könsskillnad. **Det är klart färre bland tjejerna som tycker att de har det bra på fritiden och många fler som tycker att de inte har det bra.** Allmänt är högstadietungdomarna mindre nöjda än mellanstadieteeleverna men skillnaden är klart större bland tjejer än bland killar.

I högstadietenkäten ingår också en fråga kring vad ungdomarna tycker om att gå i skolan som lyder *Vad tycker du om att gå i skolan?* I tabell 40 presenteras killars och tjejers svar.

**Tabell 40. Stockholm, högstadium, 2022. Vad man tycker du om att gå i skolan efter kön. Andel (%).**

	Killar	Tjejer
<b>Sign. nivå</b>	**	
Bra	20,6	15,2
Ganska bra	38,3	35,1
Varken bra eller dåligt	31,7	37,3
Ganska dåligt	4,7	7,9
Dåligt	4,7	4,6
<b>Ej bra att gå i skolan</b>	<b>9,4</b>	<b>12,5</b>

Ns p>0.10; + p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

För det första kan vi notera att ungdomarna är klart mindre positiva till skolan än till sin fritidssituation. Det finns en klar könsskillnad. **Färre bland tjejerna tycker bra om att gå i skolan, fler tycker att det inte är bra.** Könsskillnaderna tycks dock vara mindre än när det gäller fritiden.

Uppgifterna kring matvanor har hämtats från en fråga med samma formulering som i mellanstadiet. I tabell 41 redovisas hur matvanorna ser ut bland högstadieeleverna uppdelat efter kön.

**Tabell 41. Stockholm, högstadium, 2022. Matvanor efter kön. Andel (%) respektive medelvärdet.**

	Killar	Tjejer	Sign. nivå
Frukost – alltid (%)	55	41	**
Lunch – alltid (%)	59	44	**
Middag – alltid (%)	89	76	**
Nyttig mat (m)	2,45	2,43	
Onyttig mat (m)	2,79	2,80	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Det vanligaste är att ungdomarna äter middag regelbundet – cirka 80 % gör detta. Avsevärt färre – endast kring hälften gör detta när det gäller frukost och lunch. **Det finns en klar skillnad mellan killar och tjejer – tjejer äter dessa måltider regelbundet i klart mindre utsträckning.** Relativt sett är könsskillnader minst när det gäller middag medan de är ungefär lika stora för frukost och lunch. När det gäller intag av nyttig och onyttig mat är könsskillnaderna små. Allmänt gäller att ungdomarna äter nyttig mat i högre utsträckning än onyttig mat.

Uppgifter om betyg har hämtats från frågan *Vilket betyg/omdöme fick du senast i följande ämnen?* De ämnen som tas upp är bild, engelska, idrott och hälsa, matematik, SO-ämnena samt svenska. Svartalternativ är A-F samt Har ej haft ämnet. Med utgångspunkt från svaren har ett medelbetyg beräknas där A=1, B=2, C=3, D=4, E=5 samt F=6<sup>50</sup>. Detta innebär att ett lägre medelvärde motsvarar högre medelbetyg. Killar har lägre betyg - 2,85 - än tjejer - 2,67. Detta kan jämföras med meritvärdet i årskurs 9 för 2022/23. Detta är 243 för killar och 251 för tjejer.

<sup>50</sup> Ej haft ämnet liksom streck/Ej fått betyg behandlas som bortfall vilket innebär att medelbetyget kan överskattas något.

Ungdomarnas upplevelse av rädsla och oro studeras genom frågan *Är du rädd när du är ute på fredags-, lördags- och söndagskvällar (efter kl. 19.00)?* med svarsalternativen Ja, alltid, Ja, ganska ofta, Ja någon enstaka gång, Aldrig samt Jag är aldrig ute efter kl 19,00. De alternativ som tas upp i frågan är: I ditt bostadsområde, I Stockholms city, I ditt lokala centrum, På tunnelbanan/bussar/tåg samt När du går till eller hem från dina fritidsaktiviteter. I tabell 42 redovisas hur många som svarat att de alltid eller ganska ofta är rädda i olika sammanhang uppdelat efter kön.

**Tabell 42. Stockholm, högstadium, 2022. Andel (%) som känner rädsla (alltid eller ganska ofta) i olika sammanhang efter kön.**

	Killar	Tjejer	Sign. nivå
Bostadsområde	6,5	12,2	**
Stockholm city	7,5	36,4	**
Lokalt centrum	8,9	27,6	**
Tunnelbana/buss/tåg	12,3	43,7	**
Väg till fritidsaktiviteter	6,8	27,1	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

**Genomgående gäller att tjejer i mycket högre utsträckning uppger att de känner rädsla i olika sammanhang.** Både bland killarna och tjejerna är det flest som uppger att de är rädda på tunnelbana/tåg/buss men fortfarande med en mycket stor könsskillnad – det är tre och en halv gånger så många bland tjejerna som ofta är rädda. Ser vi till de relativa könsskillnaderna är dessa ännu större när det gäller Stockholms city – nästan fem gånger så många bland tjejerna – och på väg till och från fritidsaktiviteter – fyra gånger så många. Minst är skillnaden när det gäller rädsla i boendeområdet. Analyserna från Malmöundersökningen visade att de direkta sambanden mellan hälsa/livskvalitet och rädsla i de enskilda fallen var svag medan det däremot framträdde mycket tydligare samband om vi studerade i hur många sammanhang som ungdomarna ofta kände sig rädda.

I tabell 43 beskrivs antal sammanhang (0-5) som ungdomarna känner sig rädda i uppdelat efter kön.

**Tabell 43. Stockholm, högstadium, 2022. Antal sammanhang som ungdomar uppger sig rädda i efter kön. Andel (%).**

Rädd ofta. Antal sammanhang	Killar	Tjejer
Sign. nivå	**	
0	81	46
1	9	14
2	4	11
3	2	10
4	2	8
5	3	12

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Könsskillnaderna framhävs tydligt. Mer än hälften av tjejerna är ofta rädda i något sammanhang att jämföra med 20 % bland killarna. Nästan en tredjedel av tjejerna är rädda i tre eller fler sammanhang jämfört med endast 7 % bland killarna. **Många tjejer upplever alltså en mycket utbredd rädsla/oro när de rör sig ute.**

Uppgifter kring ungdomars bruk av alkohol har inhämtats från frågan *Hur många gånger under de senaste 4 veckorna har du druckit (mer än bara smakat) alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, alkoholisk, starkcider etc)?* Svartalternativen är: Ingen gång, en gång, 2-5 gånger, 6-10 gånger samt fler än 10 gånger. Sammantaget har 88 % bland killarna och 82 % bland tjejerna svarat att de inte druckit alkohol någon gång. Det är alltså vanligare att tjejer använt alkohol.

Uppgifter kring bruk av tobak och narkotika har hämtats från frågan *Hur många gånger under de senaste 4 veckorna har du använt något av följande?* Svartalternativen är Ingen gång, 1-2 gånger, 3-5 gånger, 6-10 gånger och 11 gånger eller mer. Alternativen cigaretter och snus ger en bild av tobaksbruk och hasch/marijuana/cannabis/spice samt annan narkotika av narkotika-bruket. I tabell 44 redovisas andelen som brukat dessa medel under de senaste fyra veckorna uppdelat efter kön.

**Tabell 44. Stockholm, högstadium, 2022. Andel (%) som brukat tobak respektive narkotika efter kön.**

	Killar	Tjejer	Sign. nivå
Rökt	4,3	8,9	**
Snusat	6,6	10,3	**
Rökt eller snusat	7,8	13,2	*
Använt narkotika	3,8	2,5	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Det första vi kan notera är att det är få av ungdomarna som nyttjat tobak – endast 8 % av killarna och 13 % av tjejerna. **Tjejer nyttjar tobak mera – detta gäller både för rökning och snusande.**

Det är ganska vanligt att man i debatt och även i media hävdar att en positiv syn på framtiden leder till bättre hälsa. I enkäterna på högstadiet har ungdomarna fått besvara frågan *Upplever du att du har samma chanser som andra i samma ålder?* I frågan ingår alternativen Livet som helhet, Skola/utbildning samt Fritiden. Svartalternativen är: Ja, jag har bättre chans, Ja, jag har något bättre chans, Samma chanser, Nej, jag har något sämre chans, Nej jag har sämre chans.

I tabell 45 presenteras andel som tycker att de har bättre (bättre eller något bättre) samt andelen som tycker att de har sämre chanser (något sämre, sämre) i livet än andra i samma ålder för killar och tjejer.

**Tabell 45. Stockholm, 2022. Högstadiet. Andel (%) som tycker de har bättre respektive sämre chanser i livet än andra i samma ålder efter kön.**

	Bättre chanser			Sämre chanser		
	Kille	Tjej	Sign. nivå	Kille	Tjej	Sign. nivå
Andel (%)	45	36	**	11	14	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

**Killar har en mer positiv syn på sina möjligheter i livet än tjejer.** Detta är något som framträder även i andra undersökningar och på intet sätt unikt för Stockholm. Främst handlar detta om att det är fler bland killarna som tycker att de har bättre möjligheter i livet än andra i samma ålder.



Frågan är då vilken direkt inverkan på hälsa och livskvalitet dessa olika levnadsförhållanden har (efter kontroll för social bakgrund och levnadsförhållanden i övrigt). Analyserna har gjorts med linjär regressionsanalys med hälsa ej bra, låg fysisk hälsa, låg psykisk hälsa, mer än två dagliga psykosomatiska besvär och låg livskvalitet som utfallsvariabler. Som förklaringsvariabler ingår familjesituation – familjesammansättning och förtroende för föräldrar – socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund och de ovan redovisade måtten på levnadsförhållanden.

Resultat från dessa analyser ger en bild av de olika variabelernas separat, direkta inverkan. I tabellerna redovisas adjusted R<sup>2</sup> och standardized coefficient  $\beta$ . Den första ger en bild av den samlade inverkan från de ingående förklaringsvariablerna, den andra en bild av den enskilda inverkan från de olika förklaringsvariablerna efter kontroll för inverkan från de övriga<sup>51</sup>.

Vi börjar med att se till resultaten när det gäller lågt skattad hälsa totalt och lågt skattad livskvalitet.

**Tabell 46. Stockholm, högstadium, 2022. Den sociala bakgrundens direkta inverkan på låg självskattad hälsa och låg livskvalitet. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted-R<sup>2</sup>) - efter kön.**

	Låg hälsa		Låg livskvalitet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjekonstellation	0,104*	-0,023	-0,002	0,038
Förtroende för föräldrar	-0,090*	-0,094**	-0,262**	-0,169**
Socioekonomisk bakgrund	-0,023	0,015	0,003	0,053
Svensk/utländsk bakgrund	-0,013	-0,009	0,029	-0,059+
Betyg	0,078*	0,001	-0,010	0,012
Fysisk aktivitet	-0,208**	-0,113**	0,000	-0,016
Hur nöjd med fritiden	0,203**	0,256**	0,287**	0,330**
Hur tycker om att gå i skolan	0,134**	0,132**	0,164**	0,240**
Rädd – antal situationer	-0,001	-0,036	-0,001	0,009
Frukost – alltid	-0,009	-0,053	-0,003	-0,043
Lunch – alltid	-0,040	-0,122**	-0,046	-0,100**
Middag – alltid	0,025	-0,083*	-0,063	-0,038
Nyttig mat	-0,003	0,045	-0,019	-0,035
Onyttig mat	0,035	-0,058+	0,023	0,000
Brukat alkohol	-0,016	0,006	0,064	-0,061
Brukat tobak	0,039	0,079+	0,060	0,008
Använt narkotika	0,035	-0,028	-0,028	-0,036
Bättre möjligheter i livet	-0,045	0,016	-0,057	0,051
Sämre möjligheter i livet	0,045	0,080*	0,030	0,077*
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	<b>20,6</b>	<b>27,8</b>	<b>26,2</b>	<b>37,2</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

I nästa tabell redovisas resultat för lågt skattad fysisk och psykisk hälsa.

<sup>51</sup> Den som tycker att det är svårt att läsa dessa tabeller rekommenderas att studera den sammanfattning av resultaten som redovisas efter tabellerna.

**Tabell 47. Stockholm, högstadium, 2022.** Den sociala bakgrundens direkta inverkan på låg självskattad hälsa. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted- $R^2$ ) - efter kön och stadium.

	Låg fysisk hälsa		Låg psykisk hälsa	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjekonstellation	0,083*	-0,045	0,035	0,001
Förtroende för föräldrar	-0,083*	-0,105**	-0,094**	-0,117**
Socioekonomisk. bakgrund	-0,016	-0,008	-0,065+	0,041
Svensk/utländsk bakgrund	-0,080	0,012	-0,065+	-0,059
Betyg	0,076+	0,012	0,021	-0,083*
Fysisk aktivitet	-0,231**	-0,219**	-0,092*	0,046
Hur nöjd med fritiden	0,140**	0,231**	0,252**	0,264**
Hur tycker om att gå i skolan	0,029	0,020	0,196**	0,155**
Rädd – antal situationer	0,003	-0,026	-0,003	0,067*
Frukost – alltid	-0,027	-0,026	0,061	-0,093**
Lunch – alltid	-0,054	-0,055	-0,089**	-0,094**
Middag – alltid	0,035	0,031	-0,021	-0,046
Nyttig mat	0,057	0,032	-0,016	-0,034
Onyttig mat	0,063+	-0,075*	0,041	-0,035
Brukat alkohol	-0,016	0,025	-0,128**	-0,023
Brukat tobak	-0,057	0,116**	-0,008	0,050
Använt narkotika	-0,010	-0,034	0,000	0,021
Bättre möjligheter i livet	-0,039	-0,012	-0,060+	-0,065+
Sämre möjligheter i livet	0,023	0,073	0,104**	0,016
<b>Pseudo <math>R^2</math></b>	<b>13,7</b>	<b>19,4</b>	<b>26,0</b>	<b>26,4</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Slutligen presenteras resultat för förekomst av två eller fler psykosomatiska besvär.

**Tabell 48. Stockholm, högstadium, 2022.** Den sociala bakgrundens *direkta* inverkan på förekomst av två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted-R<sup>2</sup>) - efter kön och stadium.

	Två eller fler psykosomatiska besvär	
	Killar	Tjejer
Familjekonstellation	0,068+	0,040
Förtroende för föräldrar	-0,118**	-0,112**
Socioekonomisk. bakgrund	-0,065	0,001
Svensk/utländsk bakgrund	0,012	0,016
Betyg	-0,028	-0,054
Fysisk aktivitet	-0,038	-0,035
Hur nöjd med fritiden	0,102**	0,193**
Hur tycker om att gå i skolan	0,214**	0,141**
Rädd – antal situationer	0,039	0,173**
Frukost – alltid	-0,093*	-0,057
Lunch – alltid	-0,065*	-0,107**
Middag – alltid	-0,039	-0,070+
Nyttig mat	-0,099**	-0,093**
Onyttig mat	-0,061+	-0,075*
Brukat alkohol	-0,028	-0,054
Brukat tobak	-0,083+	-0,005
Använt narkotika	-0,002	0,042
Bättre möjligheter i livet	0,010	-0,004
Sämre möjligheter i livet	0,121**	0,065+
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	<b>18,0</b>	<b>24,8</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Om vi börjar med att se till förklaringsgraden är denna högre för tjejer än för killar utom när det gäller låg psykisk hälsa där skillnaden är liten. Relativt sett är skillnaderna störst när det gäller låg fysisk hälsa. En förklaring till detta är faktumet att tjejerna i genomsnitt har sämre levnadsvillkor i en rad avseenden. Fler bland dem har inte förtroende för någon förälder, tycker att fritidssituationen liksom skolsituationen *inte* är bra, har mindre bra matvanor, är rädda när de är ute om kvällarna och tycker att de har sämre möjligheter i livet.

Ser vi till ungdomarnas sociala bakgrund har förtroende för föräldrar en stark inverkan. Tydliga signifikanta samband framträder i samtliga fall. **Ungdomar som inte har förtroende för någon förälder har sämre hälsa/livskvalitet, något som inte kan förklaras av skillnader i de hälsorelaterade levnadsförhållanden som vi studerar.** Detta stämmer väl in med vad vi funnit även i andra undersökningar<sup>52</sup>. Social bakgrund i övrigt har mycket liten betydelse – de skillnader som eventuellt finns kan återföras till olikartade levnadsförhållanden.

Matvanor har en klar inverkan med starkast inverkan för lunch bland tjejer. **Tjejer som inte äter lunch regelbundet har oftare låg hälsa totalt, låg psykisk hälsa, psykosomatiska besvär och låg livskvalitet.** Bland killar har dessa också högre förekomst av låg psykisk hälsa och besvär. Fristående från detta har oregelbundet intag av frukost en negativ inverkan när det gäller psykisk hälsa bland tjejer och förekomst av besvär bland killar. Oregelbundet intag av

<sup>52</sup> Elofsson S. Låg hälsa och livskvalitet hos barn och ungdomar som saknar förtroende för föräldrar. En studie av barn och ungdomar i åldersgruppen 10-19 år. Kommande rapport. Ung livsstil.

middag leder till att fler bland tjejerna skattar den totala hälsan lågt. Ett lägre intag av nyttig mat sammankopplas med högre förekomst av psykosomatiska besvär. Oberoende av detta kopplas ett högre intag av onyttig mat samman med högre förekomst av låg fysisk hälsa och högre förekomst av psykosomatiska besvär. **Tveklöst har matvanorna och då speciellt regelbundet lunchätande en stark direkt inverkan på ungdomarnas hälsosituation.**

Bland tjejer leder mer omfattande rädsla/oro till försämrad psykisk hälsa och högre förekomst av psykosomatiska besvär. **Tjejer som känner en mer omfattande rädsla – är ofta rädd i flera sammanhang – har högre förekomst av låg psykisk hälsa och av psykosomatiska besvär.** Däremot tycks rädsla ha en begränsad inverkan i övrigt.

Ser vi till skolsituationen finns ett starkt samband mellan hälsa och vad ungdomarna tycker om att gå i skolan. **Ungdomar som tycker mindre bra om att gå i skolan skattar i högre utsträckning den totala och den psykiska hälsan liksom livskvaliteten lågt och redovisar högre förekomst av psykosomatiska besvär.** Däremot tycks detta ha en begränsad inverkan på fysisk hälsa. Vid sidan av detta framträder även några samband med medelbetyg men detta gäller inte allmänt. Killar med lägre medelbetyg skattar oftare den totala hälsan lågt och det finns även en tendens till att de skattar den fysiska hälsan lågt. Bland tjejer tycks det däremot vara så att de som har högre betyg oftare skattar sin psykiska hälsa lågt.

När det gäller fritidssituationen framträder en mycket stark koppling till hur ungdomarna tycker att de har det på fritiden. **Ungdomar som inte det har det bra skattar genomgående sin hälsa sämre. Fler skattar den totala, den fysiska och den psykiska hälsan liksom livskvaliteten lågt. De redovisar också högre förekomst av psykosomatiska besvär.** Vid sidan av detta har fysisk aktivitet en viss påverkan främst bland killar. Ungdomar som inte är fysiskt aktiva skattar ofta den totala hälsan liksom den fysiska hälsan lågt. Bland killar gäller även att dessa oftare skattar den psykiska hälsan lågt.

## Kapitel 14. Varför har tjejer en sämre hälsosituation?

Att hälsosituationen inte är jämställd framgår tydligt i de redovisade resultaten. Det är klart vanligare att tjejer har en mer bekymmersam hälsosituation. Ser vi till utvecklingen de senaste åren (från 2013/14 och framåt) finns tecken på att könsskillnaderna när det gäller hur många som skattar sin hälsa lågt har ökat i högstadiet. Däremot är förändringarna ganska begränsade när det gäller mer allvarliga psykosomatiska besvär – könsskillnaderna är i dagsläget relativt sett lika stora. Däremot är det fler – både bland killar och tjejer som uppger att de har sådana besvär. I högstadiet tycks könsskillnaderna ha minskat något om vi ser till hur många som skattar sin livskvalitet lågt.

Könsskillnaderna är i stor utsträckning generella och likartade oberoende av ungdomarnas sociala bakgrund. Detta stämmer väl med vad Folkhälsoinstitutet funnit i den senaste studien av skolbarns hälsa<sup>53</sup>. Resultaten är inte heller unika för Stockholm – liknande resultat framkommer i en lång rad andra studier. Detta är inte heller något som framträtt under de senaste åren, tvärtom är det något som gällt under lång tid.

I debatten har det ofta hävdats att könsskillnaderna kan förklaras av att tjejer satsar mer på att prestera i skolan, t ex lägger de ner mer tid på att läsa läxor. Detta och (inte minst de egna) kraven på att lyckas leder till att de blir stressade, vilket i sin tur leder till att de får sämre hälsa. Resultaten som presenterats tidigare i rapporten ger inget stöd för denna förklaring. En annan förklaring som också ofta framförs är att tjejer pressas av dubbla krav/förväntningar. De skall vara ”kvinnliga” men också kunna konkurrera med killarna. Analyserna av resultat från Malmö och Eskilstuna ger inget stöd för dessa hypoteser<sup>54</sup>.

En förklaring till könsskillnaderna i hälsa skulle kunna vara skillnader i levnadsförhållanden och livsstil. Social bakgrund och livsstil kan ”förklara” könsskillnaderna på två olika sätt. Det första handlar om att tjejer har en från hälsoperspektivet mer utsatt position. Tjejer är oftare rädda när de är ute på kvällarna, de upplever oftare att de blivit mobbade/trakasserade, äter mindre ofta regelbundet frukost och middag och är i lägre utsträckning fysiskt aktiva. Det är också vanligare att de inte har förtroende för bägge föräldrar och fler tycker att de inte har en bra fritid. Allt detta är förhållanden som har en negativ inverkan på hälsan och medför därmed att tjejer får sämre hälsa. En annan förklaring skulle kunna vara att en negativ situation får större inverkan på hälsan bland tjejer än bland killar. Samtidigt kan självklart motsatsen gälla – avvikelser från det ”normala” kan få en mer negativ inverkan bland killar eftersom denna grupp – som är mindre bland killarna – framstår som mer avvikande. Detta senare tycks t ex gälla i högstadiet om vi ser till förtroende för föräldrar där de relativa könsskillnaderna när det gäller hälsa är mindre bland de som saknar förtroende för föräldrar än bland den majoritet som har förtroende för någon förälder.

För att få en bild av i vilken utsträckning olikheter i levnadsförhållanden inverkar på könsskillnaderna när det gäller hälsosituationen har vi - med linjär regressionsanalys - jämfört de ursprungliga könsskillnaderna med hur de ser ut efter kontroll för social bakgrund och olik-

---

<sup>53</sup> Folkhälsomyndigheten. **Pojkar mår bättre än flickor i tonåren.**

<sup>54</sup> Blomdahl, Elofsson, Bergmark. **Ung livsstil. Malmö** och Blomdahl, Elofsson **Ung livsstil i Eskilstuna.**

heter i levnadsförhållanden. Dessa könsskillnader tillsammans med hur stor del av de ursprungliga könsskillnaderna som kvarstår efter kontroll redovisas i tabellerna. I tabellerna studeras även hur stora könsskillnaderna är enbart efter kontroll för social bakgrund<sup>55</sup>.

Vi börjar med att se hur det ser ut när det gäller förekomst av låg hälsa och psykosomatiska besvär i mellanstadiet.

**Tabell 49. Stockholm, mellanstadium. Könsskillnader – ursprungliga, efter kontroll för social bakgrund samt efter kontroll för social bakgrund samt levnadsförhållande (skola, fritid, rädsla, matvanor). Totala och relativa (%).**

	Hälsa låg	Psykosomatiska besvär
Ursprungliga	0,003	0,115**
Kontroll social bakgrund	0,007	0,116**
+ levnadsförhållanden	-0,004	0,089**
Relativa skillnader (%)		
Ursprungliga		100 %
Kontroll social bakgrund		101 %
+ levnadsförhållanden		74 %

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Som vi redan tidigare konstaterat är könsskillnaden mycket liten när det gäller låg självskattad hälsa. Detta förändras inte efter kontroll för social bakgrund och olikheter i levnadsförhållanden vilket pekar mot att könsskillnaderna – eller i detta fall avsaknaden av könsskillnader – är likartad inom olika grupper.

Däremot finns en tydlig könsskillnad när det gäller förekomst av psykosomatiska besvär – 31 % bland tjejerna mot 21 % bland killarna. Detta förändras obetydligt efter kontroll för social bakgrund vilket pekar mot att könsskillnaderna är generella och att de inte är speciellt stora inom någon speciell social grupp. Här är det tänkbart att inverkan av levnadsförhållanden till viss del underskattas eftersom frågan kring förtroende för föräldrar inte finns med. En viss, begränsad del av könsskillnaderna kan förklaras av olikheter i levnadsförhållanden men även efter detta kvarstår tydliga könsskillnader.

Hur ser det då ut i högstadiet?

---

<sup>55</sup> Den som tycker att det är svårt att läsa dessa tabeller rekommenderas att studera den sammanfattning av resultaten som redovisas efter tabellerna.

**Tabell 50. Stockholm, högstadium. Könsskillnad – ursprungliga, efter kontroll för social bakgrund samt efter kontroll för social bakgrund samt levnadsomständigheter (skola, fritid, rädsla, matvanor). Totalt och relativa (%).**

	Hälsa Totalt, låg	Fysisk hälsa, låg	Psykisk hälsa, låg	Psykosom besvär	Livskvalitet låg
Ursprungliga	0,236**	0,153**	0,288**	0,298**	0,223**
Kontroll social bakgrund	0,214**	0,135**	0,257**	0,273**	0,191**
+ levnadsförhållanden	0,097**	0,001	0,109**	0,126**	0,053*
Relativa skillnader (%)					
Ursprungliga	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Kontroll social bakgrund	91 %	88 %	89 %	92 %	86 %
+ levnadsförhållanden	41 %	0 %	38 %	42 %	24 %

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Könsskillnaden minskar svagt efter kontroll för social bakgrund. Den begränsade minskningen kan främst förklaras av att det är fler bland tjejerna som saknar förtroende för föräldrar samt att avsaknad av förtroende för föräldrar ger större utslag bland tjejer. Den mycket begränsade nedgången pekar mot att könsskillnaderna är ganska generella.

Däremot minskar könsskillnaderna avsevärt om hänsyn även tas till olikheter i levnadsförhållanden mellan tjejer och killar. En ganska stor del – dock ej hela – av könsskillnaden kan förklaras av att tjejer i högre utsträckning har levnadsförhållanden som har en negativ inverkan på hälsan. Som störst är denna minskning när det gäller låg fysisk hälsa, efter kontroll för olikheter i levnadsförhållanden försvinner skillnaden helt. Könsskillnaden reduceras också ganska mycket när det gäller lågt skattad livskvalitet. I övriga fall handlar det om att ungefär 60 % av könsskillnaderna kan återföras till olikheter i levnadsförhållanden men fortfarande finns det en del skillnader kvar. För att få en fullständig förklaring krävs ytterligare kunskap.

## **Kapitel 15. Åldersskillnader i hälsa och hälsorelaterade levnadsförhållanden**

De ovan redovisade resultaten visar att hälsosituationen försämras med ökad ålder. Andel som skattar den totala hälsan lågt liksom andelen som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär ökar från mellanstadiet till gymnasiet. Andelen som skattar den fysiska hälsan, den psykiska hälsa och livskvaliteten lågt ökar från högstadiet till gymnasiet (uppgifter om detta finns inte i mellanstadiet).

Allt detta motiverar en mer fördjupad analys av när förändringarna sker och vilka förändringar som sker när det gäller levnadsförhållande som inverkar på hälsosituationen. Dessa levnadsförhållanden är

- Hur man tycker att man har det på fritiden
- Om man är fysiskt aktiv eller ej
- Matvanor
- Hur man (i högstadiet och gymnasiet) upplever sina möjligheter i livet jämfört med andra i samma ålder

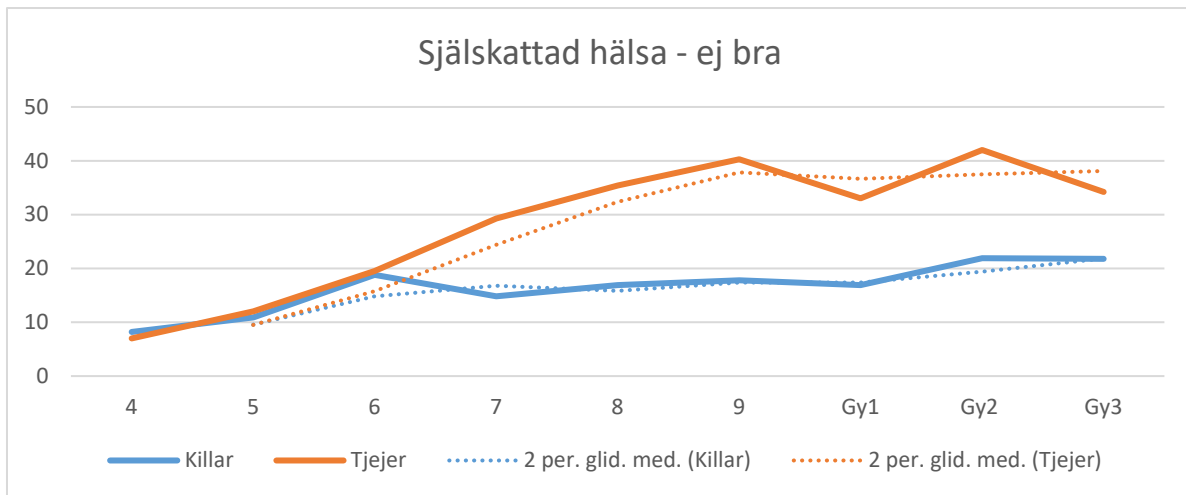
I tabell 51 redovisas uppgifter kring hälsosituationen efter kön och årskurs.



**Tabell 51. Hälsa efter kön och årskurs. Andelar (%).**

Kön	Mellanstadiet			Högstadiet			Gymnasiet		
	Årskurs								
	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Självskattad hälsa bra</b>									
Killar	59	54	49	46	44	44	41	37	34
Tjejer	61	45	39	33	27	32	19	17	18
Tj/K	1,03	0,83	0,80	0,72	0,61	0,73	0,46	0,46	0,53
<b>Självskattad hälsa ej bra</b>									
Killar	8,2	10,9	18,8	14,8	16,9	17,8	16,9	21,9	21,8
Tjejer	7,0	12,0	19,5	29,3	35,4	40,3	33,0	42,0	34,2
Tj/K	0,85	1,10	1,04	1,98	2,09	2,26	1,95	1,92	1,57
<b>TVå eller fler dagliga psykosomatiska besvär</b>									
Killar	18,8	18,8	24,9	20,9	19,0	23,5	23,4	26,9	23,7
Tjejer	20,6	28,0	42,0	39,8	45,6	57,0	47,4	52,8	42,8
Tj/K				0,66	0,69	0,50	0,43	0,46	0,50
<b>Fysisk hälsa bra</b>									
Killar				47	42	46	47	39	36
Tjejer				31	29	23	20	18	18
Tj/K				0,66	0,69	0,50	0,43	0,46	0,50
<b>Fysisk hälsa ej bra</b>									
Killar				21,8	20,0	18,4	23,4	21,2	24,9
Tjejer				27,3	35,7	33,0	39,0	42,3	40,0
Tj/K				1,25	1,79	1,79	1,67	2,00	1,61
<b>Psykisk hälsa bra</b>									
Killar				44	38	37	36	31	34
Tjejer				29	22	11	14	11	11
Tj/K				0,66	0,58	0,30	0,39	0,35	0,32
<b>Psykisk hälsa ej bra</b>									
Killar				24,9	27,5	25,9	27,9	35,2	34,3
Tjejer				43,9	51,0	65,9	53,1	59,7	53,0
Tj/K				1,76	1,85	2,54	1,90	1,70	1,55
<b>Livskvalité låg</b>									
Killar				7,9	8,3	11,3	11,4	15,8	12,5
Tjejer				19,1	22,8	27,7	17,4	27,9	18,9
Tj/K				2,42	2,75	2,45	1,53	1,77	1,51

För att ge en bild av hur hälsosituationen försämras med ökad ålder presenteras uppgifter kring låg hälsa totalt, låg fysisk respektive låg psykisk hälsa, förekomst av två eller fler psykosomatiska besvär samt låg livskvalitet i diagram. I diagram 1 redovisas andelen som skattar de totala hälsan lågt. För få en mer säker bild av förändringarna med åldern presenteras även tre vägs glidande medelvärde (2 per. glid. per med.).

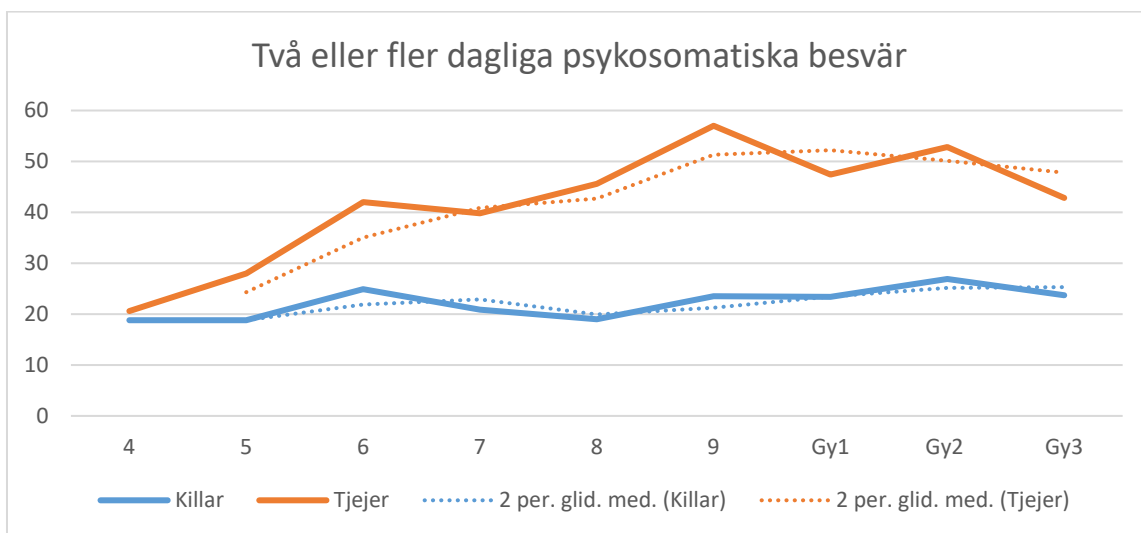


**Diagram 1.** Andel (%) som skattat den totala hälsan lågt efter kön och årskurs.

Bilden skiljer sig mycket markant mellan killar och tjejer. Även om andelen som skattar sin totala hälsa lågt ökar bland killarna är förändringen över ålder ganska begränsad. I huvudsak tycks det ske en ganska likartad ökning med ökad ålder.

Bland tjejerna finns en kraftig uppgång när det gäller andelen som skattar den totala hälsan lågt från årskurs 4 till årskurs 9 i högstadiet. Efter detta är förändringarna ganska små. Följden av detta blir att vi har de största könsskillnaderna i årskurs 9.

Frågan är hur det ser ut när det gäller andelen som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Detta presenteras i diagram 2. Liksom när det gäller lågt skattad hälsa presenteras i diagrammet även tre vägs glidande medelvärde (2 per. glid. per med.)

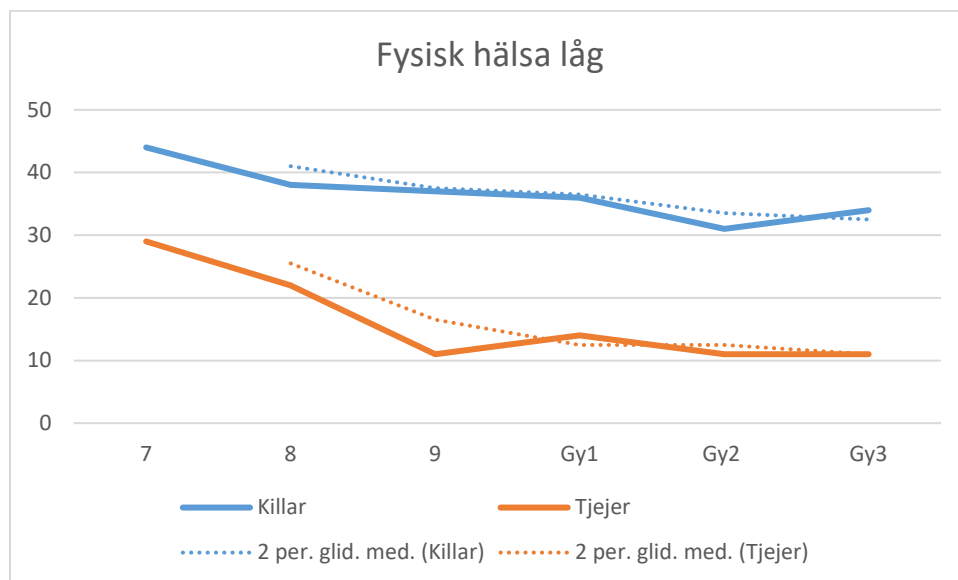


**Diagram 2.** Andel (%) som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär efter kön och årskurs.

Även här finns en tydlig skillnad mellan killar och tjejer. Bland killar finns tecken på en svag, kontinuerlig ökning med ökad ålder från början av mellanstadiet till slutet av gymnasiet. Liksom när det gäller lågt skattad hälsa totalt har vi bland tjejerna en kraftig, kontinuerlig ökning från början av mellanstadiet till årskurs 9 i högstadiet. Efter detta finns det snarast tecken på

en svag nedgång till slutet av gymnasiet. Skillnaderna innebär att de största könsskillnaderna framträder i årskurs 9.

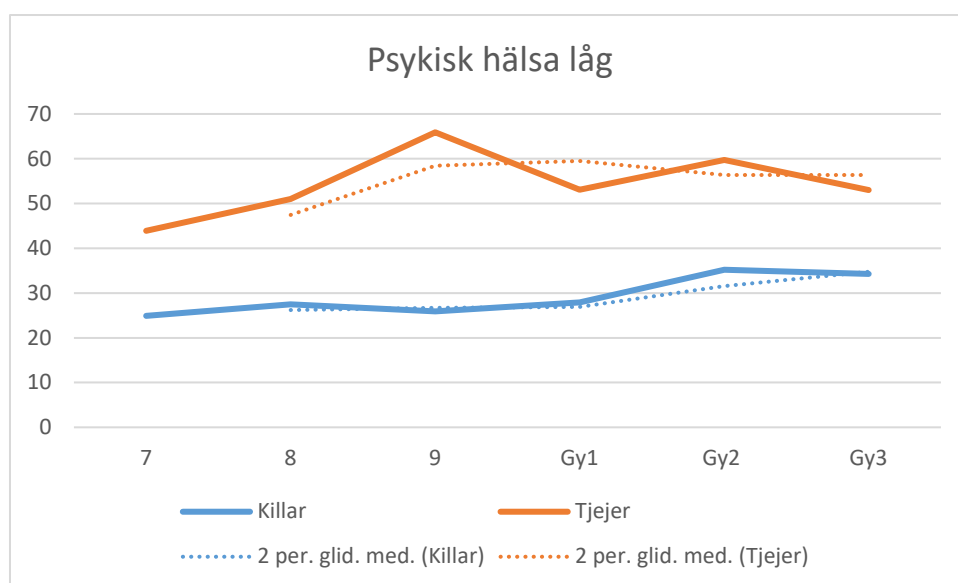
Hur det ser ut för lågt skattad fysisk hälsa – uppgifter om detta finns ej i mellanstadiet – redovisas i diagram 3.



**Diagram 3.** Andel (%) som skattat den fysiska hälsan lågt efter kön och årskurs.

Även i detta fall finns en tydlig skillnad mellan killar och tjejer. Bland killar ökar andelen som skattar den fysiska hälsan lågt ganska kontinuerligt men svagt från årskurs 7 i högstadiet till sista årskursen i gymnasiet. Även bland tjejerna tycks det vara en relativt kontinuerlig ökning men denna är klart mycket större. Ser vi till könsskillnaderna är dessa störst i årskurs 2 i gymnasiet.

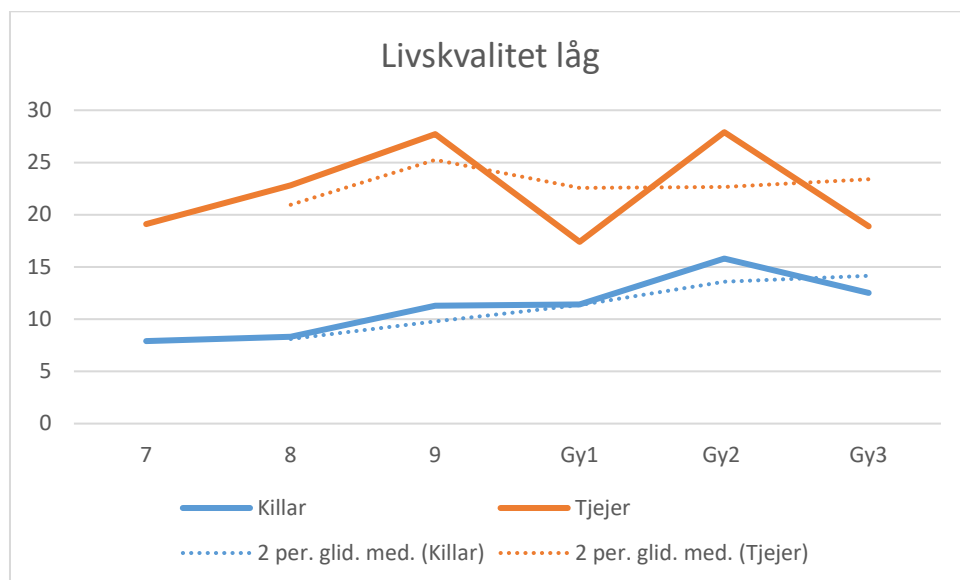
I diagram 4 redovisas hur många som i högstadiet och gymnasiet skattar den psykiska hälsan lågt. Uppgifter om detta finns ej i mellanstadiet –



**Diagram 4.** Andel (%) som skattat den psykiska hälsan lågt efter kön och årskurs.

Bland killarna tycks andelen som skattar den psykiska hälsan lågt öka ganska kontinuerligt med ökad ålder från cirka 25 % i årskurs 7 till cirka 35 % i sista årskursen i gymnasiet. Bland tjejerna har vi först en kraftig ökning under högstadiet. Efter detta minskar andelen som skattar den psykiska hälsan lågt i gymnasiet. Klart störst är könsskillnaden i årskurs 9 i högstadiet.

Hur många som skattar livskvaliteten lågt presenteras i diagram 5. Även denna fråga finns inte med i mellanstadiet.



**Diagram 5.** Andel (%) som skattat livskvaliteten lågt efter kön och årskurs.

Bland killarna tycks andelen som skattar sin livskvalitet lågt öka ganska kontinuerligt med ökad ålder. Även bland tjejerna är det inte så stor skillnad mellan hur det ser i början på högstadiet och slutet av gymnasiet men värdena varierar avsevärt. Ett mönster som dock framträder är en klar ökning under högstadiet från årskurs 7 till årskurs 9.

Ser vi till storleken på förändringarna framstår försämringen bland killar som störst när det gäller lågt skattad psykisk hälsa. Bland tjejerna tycks försämringen vara som störst när det gäller låg hälsa totalt, mer än två dagliga psykosomatiska besvär och låg fysisk hälsa. Åldersförändringarna från början av högstadiet till slutet av gymnasiet är däremot små när det gäller förekomst av låg livskvalitet. Utom när det gäller låg livskvalitet gäller genomgående att försämringarna är större bland tjejerna.

Om vi sammanfattar bilden gäller bland killarna nästan genomgående att situationen försämras ganska kontinuerligt med ökad ålder. Detta tycks också gälla bland tjejerna när det handlar fysisk hälsa men i övrigt gäller ofta att vi har en klar ökning fram till årskurs 9 i högstadiet och efter detta en mer begränsad eller ibland ingen ökning. En klar fråga är alltså varför hälsosituationen i så många avseende försämras så mycket bland tjejerna under högstadiet, vilket leder till att könsskillnaderna i de flesta fall är störst under sista årskursen i högstadiet. Innan vi går djupare in på denna fråga är det intressant att studera hur de hälsorelaterade levnadsförhållandena förändras med åldern.

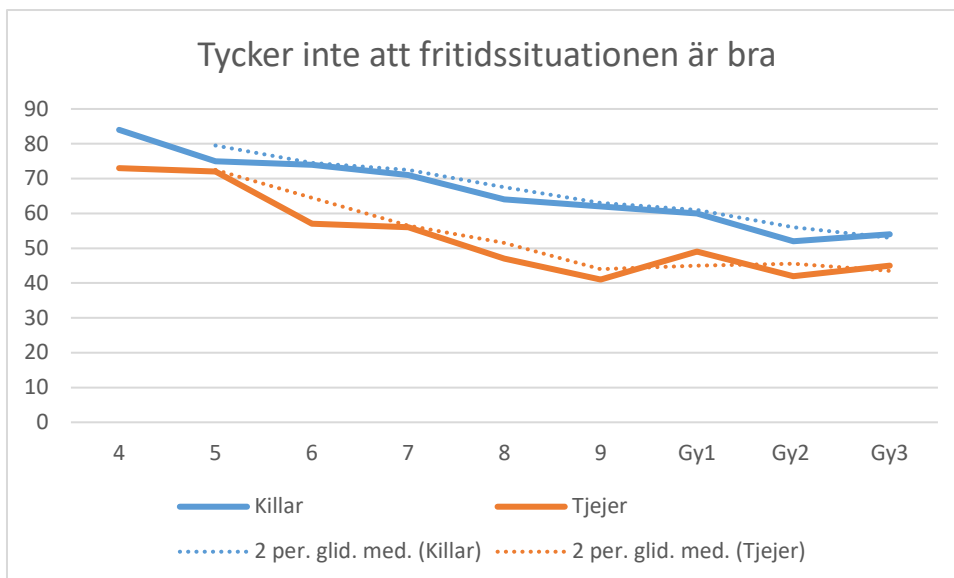
I tabell 52 presenteras vilka förändringar som skett när det gäller hur de hälsorelaterade levnadsförhållandena förändras med åldern.

**Tabell 52.a. Hälsorelaterade levnadsförhållanden efter kön och årskurs. Andelar (%).**

Kön	Mellanstadiet			Högstadiet			Gymnasiet		
	Årskurs								
	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Tycker att fritidssituationen är bra</b>									
Killar	84	75	74	71	64	62	60	52	54
Tjejer	73	72	57	56	47	41	49	42	45
Tj/K	0,87	0,96	0,77	0,79	0,73	0,66	0,82	0,81	0,83
<b>Tycker inte att fritidssituationen är bra</b>									
Killar	2,7	3,3	6,3	3,5	3,1	11,0	10,0	11,0	7,1
Tjejer	3,9	4,2	9,9	11,4	18,6	17,5	13,8	21,3	18,3
Tj/K	1,44	1,27	1,57	3,26	6,00	1,59	1,38	1,94	2,58
<b>Fysiskt aktiv</b>									
Killar	76	77	78	66	66	67	59	51	55
Tjejer	78	74	75	51	51	52	44	31	37
Tj/K	1,03	0,96	0,96	0,77	0,77	0,78	0,75	0,61	0,67
<b>Frukost regelbundet</b>									
Killar	78	74	68	62	51	54	54	38	34
Tjejer	66	64	49	45	40	37	40	33	39
Tj/K	0,85	0,86	0,72	0,73	0,78	0,69	0,74	0,87	1,15
<b>Lunch regelbundet</b>									
Killar	76	71	61	55	59	61	68	60	66
Tjejer	71	65	46	43	43	45	55	50	54
Tj/K	0,93	0,92	0,75	0,78	0,73	0,74	0,81	0,83	0,82
<b>Middag regelbundet</b>									
Killar	93	89	88	89	91	86	89	85	84
Tjejer	86	85	75	82	74	73	79	70	80
Tj/K	0,92	0,96	0,85	0,92	0,81	0,85	0,89	0,82	0,95
<b>Chans i livet - bättre</b>									
Killar				47	46	43	44	48	56
Tjejer				39	34	35	34	37	46
Tj/K				0,83	0,74	0,81	0,77	0,77	0,82
<b>Chans i livet – sämre</b>									
Killar				6,9	11,9	13,2	10,5	15,4	13,2
Tjejer				11,3	14,8	16,4	14,3	13,7	12,2
Tj/K				1,64	1,24	1,24	1,36	0,89	0,92
<b>Livskvalité (m)</b>									
Killar				8,04	8,05	7,68	7,81	7,50	7,49
Tjejer				7,20	6,87	6,52	6,89	6,64	6,89
Tj/K				0,90	0,85	0,85	0,88	0,89	0,92

För att göra det lättare att överblicka resultaten presenteras dessa i olika diagram.

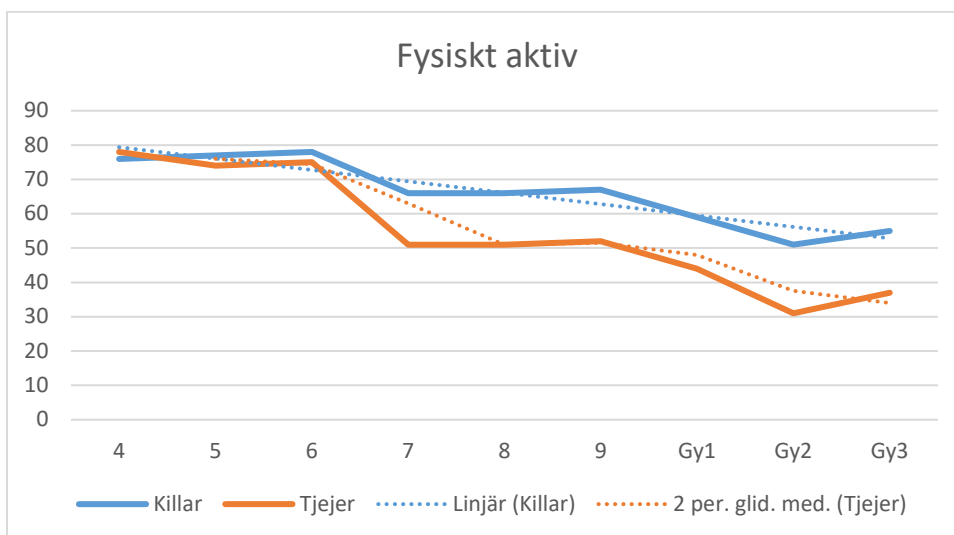
I diagram 6 redovisas hur många som tycker att de inte har en bra fritidssituation.



**Diagram 6.** Andel (%) som tycker att deras fritidssituation inte är bra efter kön och årskurs.

Bilden ser till viss del olika ut bland killar och tjejer. Bland killarna tycks andelen som tycker att de inte har det bra på friden variera men allmänt gäller dock att det är fler som är missnöjda i gymnasiet än i mellanstadiet. Det har alltså skett en klar försämring. Utom i årskurserna 4 och 5 i mellanstadiet är det fler bland tjejerna som tycker att de inte har en bra fritidssituation. Från årskurs 5 ökar denna andel kraftigt men andelen varierar en del mellan olika årskurser. Den övergripande bilden pekar mot en klar ökning och att könsskillnaderna ökar med åldern.

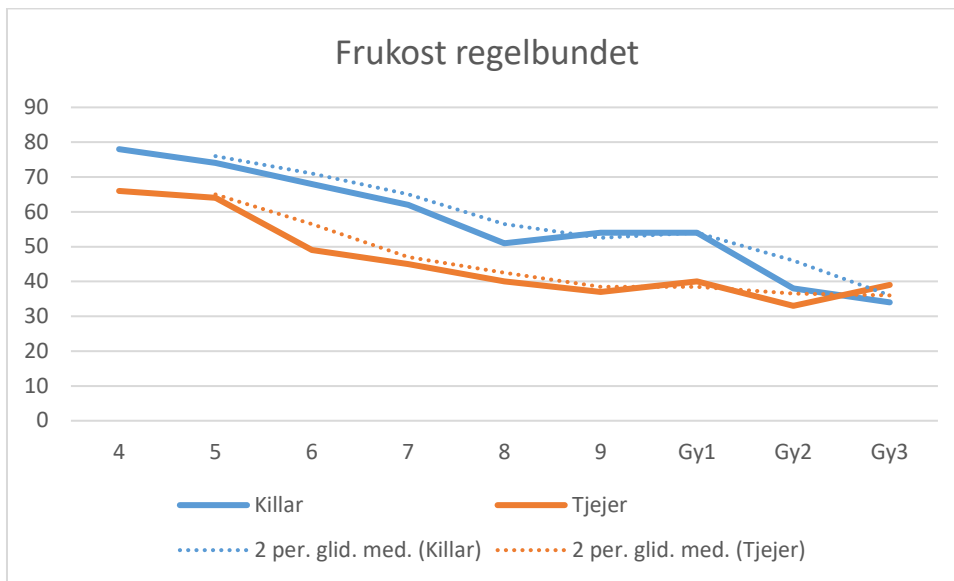
Frågan är hur det ser ut när det gäller fysisk aktivitet. I diagram 7 presenteras hur andelen fysiskt aktiva förändras med åldern.



**Diagram 7.** Andel (%) fysiskt aktiva efter kön och årskurs.

Den samlade bilden tyder på att andelen som är fysiskt aktiva minskar ganska kontinuerligt med ökad ålder. Minskningen är större bland tjejer än bland killar vilket innebär att vi har de största könsskillnaderna i slutet på gymnasiet.

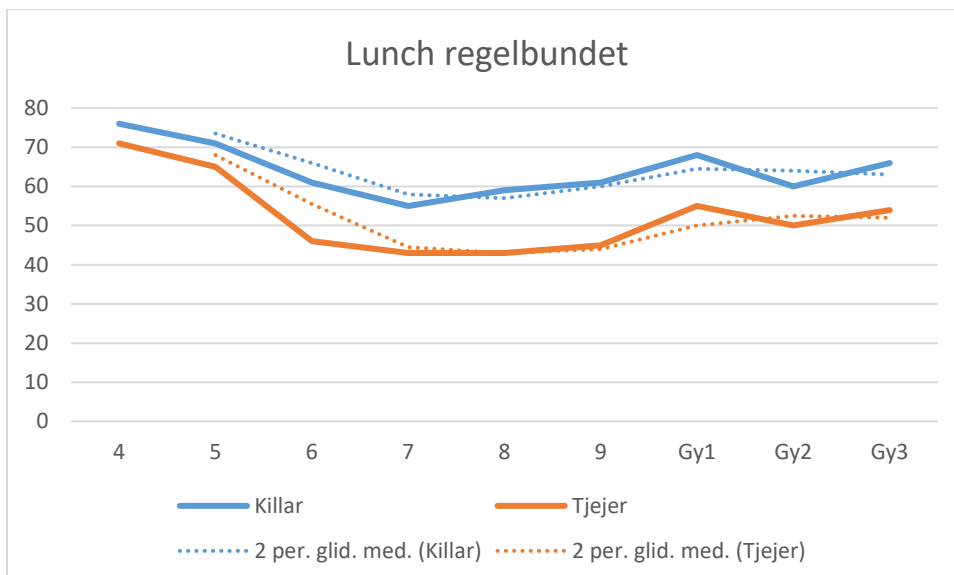
I diagram 8 beskrivs åldersförändringarna när det gäller hur många som äter frukost regelbundet.



**Diagram 8.** Andel (%) som äter frukost regelbundet lågt efter kön och årskurs.

Vi har här ett ganska likartat mönster bland killar och tjejer. I bägge fallen tycks andelen som äter frukost regelbundet minska ganska kontinuerligt med ökad ålder. Nedgången är större bland killarna vilket gör att könsskillnaderna är ganska små i slutet av gymnasiet.

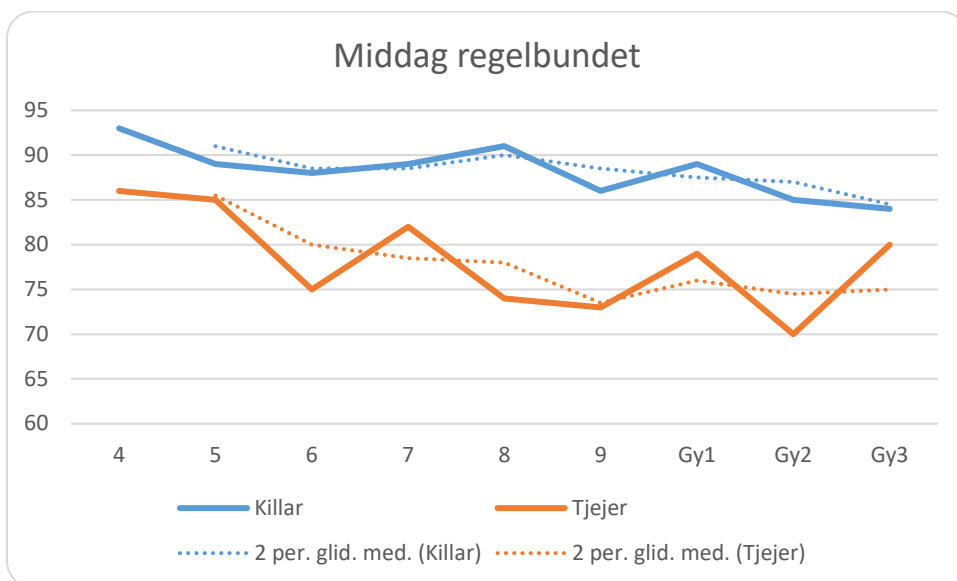
Hur ser det då ut om vi ser till regelbundet intag av lunch?



**Diagram 9.** Andel (%) som äter lunch regelbundet lågt efter kön och årskurs.

Här har vi – både bland killar och tjejer – ett annorlunda mönster. Andelen som äter lunch regelbundet minskar från årskurs 4 i mellanstadiet till årskurs 7 i högstadiet. Efter detta sker det en ökning fram till början på gymnasiet varefter förändringen är ganska begränsad.

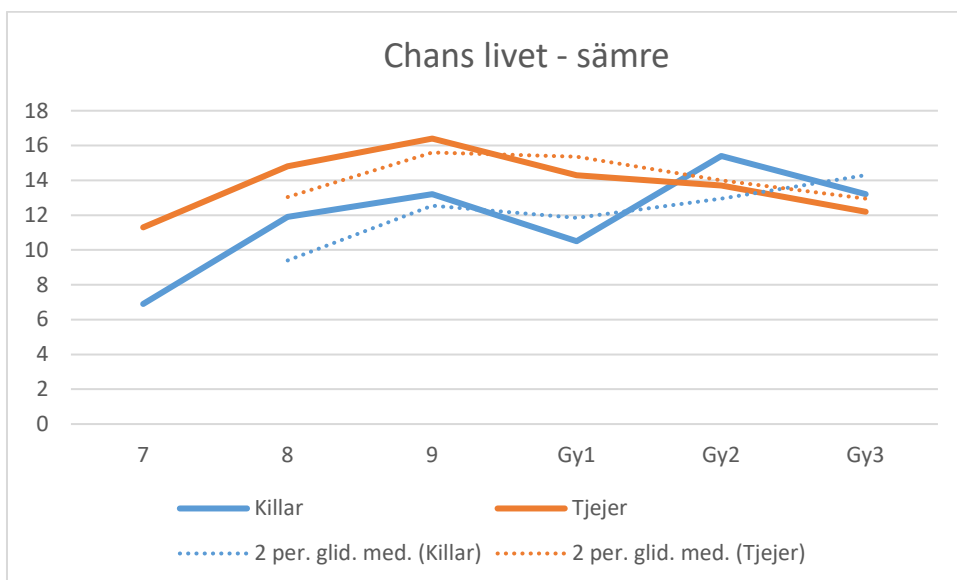
I diagram 10 presenteras hur det ser ut när det gäller regelbundet intag av middag. Det som bör noteras är att relativt många äter middag regelbundet



**Diagram 10.** Andel (%) som äter middag regelbundet lågt efter kön och årskurs.

Även om värdena varierar något tyder bilden på att andelen som äter middag regelbundet minskar kontinuerligt både bland killar och tjejer. Nedgången tycks vara något större bland tjejer men skillnaden är inte speciellt stor.

I diagram 11 presenteras hur många som tycker att de har sämre möjligheter i livet än andra i samma ålder. Denna fråga finns inte med i mellanstadiet.



**Diagram 11.** Andel (%) som tycker att de har sämre möjligheter än andra i samma ålder efter kön och årskurs.

Även här varierar värdena avsevärt mellan olika årskurser, men ser vi till den övergripande bilden pekar denna mot att andelen som tycker att de har sämre möjligheter i livet jämfört



med andra i samma ålder ökar i högstadiet. Efter detta varierar bilden men bland killarna tycks denna ökning fortsätta i gymnasiet. Bland tjejerna tycks däremot skillnaderna minska. Detta leder till att könsskillnaderna är som lägst i slutet av gymnasiet. Ser vi till hur många som tycker att de har bättre chanser i livet än andra i samma ålder (resultaten redovisas ej) finns en svag minskning under högstadiet. Efter detta ökar däremot andelen klart under gymnasiet.

Om vi sammanfattar bilden gäller genomgående att mellanstadieeleverna har utifrån ett hälsoperspektiv de bästa levnadsvanorna. Detta stämmer väl in på faktumet att dessa också har bäst hälsa. Sedan är bilden inte lika entydig. När det gäller fysisk aktivitet, regelbundet intag av frukost och regelbundet intag av middag tycks detta minska ganska kontinuerligt med ålder. Nedgången är större bland tjejer än bland killar. När det gäller regelbundet intag av lunch tycks detta minska från årskurs 4 till årskurs 7 för att sedan ökat fram till gymnasiet. Under gymnasiet tycks förändringen vara begränsad. När det gäller hur barn och ungdomar upplever sin fritidssituation – som ju har en stark inverkan på hälsan – ser bilden olika ut bland killar och tjejer. Bland killarna tycks andelen som inte tycker att fritidssituationen är bra – även om värdena varierar – öka ganska kontinuerligt med ålder. Bland tjejerna ökar denna andel från årskurs 4 till årskurs 8. Efter detta minskar andelen till årskurs 2 i gymnasiet för att sedan öka.

För att få en uppfattning om i vilken utsträckning försämringen av hälsosituationen med ökad ålder kan sammankopplas med/återföras till förändringar i hälsorelaterad livsstil har linjära regressionsanalyser genomförts för lågt skattad hälsa totalt och förekomst av två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Dessa mått finns med i undersökningarna på alla de tre stadierna. Som mått på hälsorelaterade levnadsförhållanden ingår vad man tycker om sin fritidssituation<sup>56</sup>, fysisk aktivitet samt matvanor<sup>57</sup>. Detta är också faktorer som finns med i alla tre stadierna.

I tabell 53 redovisas adjusted  $R^2$  och standardized coefficient  $\beta$ . Den första ger en bild av den samlade inverkan från de ingående förklaringsvariablerna, den andra en bild av den enskilda inverkan från de olika förklaringsvariablerna efter kontroll för inverkan från de övriga. I slutet av tabellen redovisas resultat från de slutliga analyserna för att ge en bild av hur social bakgrund och hälsorelaterade levnadsförhållanden enskilt inverkar<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> Elofsson S. **Hur barn/ungdomar tycker att de har det på fritiden och dess inverkan på hälsa/livskvalitet. En studie av barn och ungdomar i åldersgruppen 10-19 år.**

<sup>57</sup> Elofsson m fl). **Matvanor och hälsa.** Elofsson/Bergmark/Blomdahl, **Matvanor och hälsa. En rapport från Ung livsstil Malmö.**

<sup>58</sup> Den som tycker att det är svårt att läsa dessa tabeller rekommenderas att studera den sammanfattning av resultaten som redovisas efter tabellerna.

**Tabell 53. Stockholm, högstadium, 2022.** Den sociala bakgrundens *direkta* inverkan på åldersskillnader när det gäller låg självskattad hälsa och förekomst av två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted- $R^2$ ) - efter kön och stadium.

Samband med ålder	Låg fysisk hälsa		Psykosomatiska besvär	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Ursprungliga samband	0,092**	0,233**	0,038+	0,171**
Efter kontroll social bakgrund	0,074**	0,239	0,039+	0,176**
+ kontroll levnadsförhållanden	0,021	0,146**	-0,039	0,093**
Efter kontroll/Ursprunglig	23 %	63 %		54 %
<b>Slutliga regressionsanalysen</b>				
Socioekonomisk. bakgrund	0,018	0,026	-0,008	-0,020
Svensk/utländsk bakgrund	-0,007	-0,025	-0,036	-0,016
Fysisk aktivitet	-0,138**	-0,112**	-0,043+	0,004
Hur nöjd med fritiden	0,237**	0,285**	0,187**	0,187**
Frukost – alltid	-0,093**	-0,040+	-0,102**	-0,082**
Lunch – alltid	-0,083**	-0,134**	-0,110**	-0,147**
Middag – alltid	0,000	-0,105**	-0,042	-0,132**
Nyttig mat	0,077**	0,080**	-0,044+	-0,038+
Onyttig mat	0,004	-0,045	-0,087**	-0,099**
<b>Pseudo <math>R^2</math></b>	<b>12,6</b>	<b>25,9</b>	<b>9,4</b>	<b>16,9</b>

+  $p < 0.10$ ; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Skattningarna av ålders inverkan i de ursprungliga analyserna, utan kontroll, visar självklart det vi redan presenterat, nämligen att andelen som skattar den totala hälsan lågt liksom andelen som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär ökar med åldern. De visar också att försämringen med åldern är klart större bland tjejer än bland killar. Den svaga förändring som sker efter kontroll för socioekonomisk och svensk bakgrund pekar på att dessa åldersskillnader är allmänna och varierar obetydligt mellan grupper med olika sådan bakgrund.

Däremot försvagas sambanden starkt efter kontroll för de olika hälsorelaterade levnadsförhållandena, mer bland killar än bland tjejer. Bland killarna kvarstår endast en fjärdedel av åldersskillnader när det gäller låg hälsa totalt och ser vi till psykosomatiska besvär försvinner sambandet med ålder helt. Detta pekar mot att en stor del av åldersförändringarna när det gäller hälsosituationen bland killar kan återföras till/”förklaras” av förändrade levnadsvanor.

Bland tjejerna gäller detta dock inte detta alls i samma utsträckning. Förändrade levnadsvanor kan endast ”förklara” 37 % av åldersförändringarna när det gäller lågt skattad hälsa totalt och 46 % när det gäller två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Här kommer alltså andra faktorer in. En tänkbar faktor kan vara förändringar i hormonbalansen när tjejer kommer in i puberteten. Både när det gällde låg hälsa totalt och psykosomatiska besvär skedde en speciellt stor försämring under högstadiet.

Ser vi till vilka levnadsförhållanden som starkast kopplas samman med ålder intar att man inte tycker att man har det bra på fritiden en dominerande plats. Både bland killar och tjejer. Med ökad ålder blir det fler som tycker att de inte har en bra fritidssituation och detta kan kopplas samman med att hälsosituationen försämras. Det finns även en stark koppling till att andelen fysiskt aktiva minskar med åldern när det gäller lågt skattad hälsa totalt medan denna koppling är svag när det gäller psykosomatiska besvär. Förändrade matvanor har också en tydlig inverkan med koppling till oregelbundet intag av lunch och frukost och bland tjejer även till middag. När det gäller lågt skattad hälsa finns en klar koppling till intag av nyttig mat. De

som äter sådan i mindre utsträckning skattar oftare hälsan lågt. För psykosomatiska besvär tycks däremot kopplingen vara starkast med intag av onyttig mat. De som oftare äter sådan har oftare psykosomatiska besvär.

En fråga man måste ställa sig är riktningen på sambanden. Är det förändringar i levnadsförhållanden som leder till att hälsan försämras med åldern eller är det försämrad hälsa som leder till att levnadsförhållandena försämras. Detta går inte att besvara eftersom vi inte har någon longitudinell undersökning **men tveklöst finns det en klar koppling mellan försämringen av hälsosituationen och försämrade levnadsförhållanden.**

## Kapitel 16. Ojämlig hälsosituation

Liksom när det gäller könsskillnader är det givetvis av intresse att närmare studera om och i vilken utsträckning ojämlikhet med avseende på social bakgrund kan återföras till olikheter i levnadsvanor. I vilken utsträckning kan t ex skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper återföras till olikheter i hälsorelaterade levnadsförhållanden. Om en stor del av ojämlikheten kan ”förklaras” får vi ett underlag för att sätta in lämpliga åtgärder för att förbättra de utsattas hälsa genom en djupare analys av dessa skillnader.

Det finns en klar ojämlikhet kopplad till ålder. Ser vi till skattad hälsa totalt och förekomst av psykosomatiska besvär – där det finns uppgifter för alla de tre stadierna – försämras hälsosituationen kontinuerligt med åldern. Speciellt stor är försämringen bland tjejerna, vilket innebär att könsskillnaderna ökar med ökad ålder. När det gäller fysisk och psykisk hälsa och livskvalitet – där data inte finns för mellanstadiet – sker en försämring från högstadiet till gymnasiet. Även i detta fall är försämringen större bland tjejer. **Hälsosituationen är klart ojämlik när det gäller ålder och ojämlikheten är större bland tjejer än bland killar.**

Parallellt med detta finns också en ojämlikhet när det gäller hälsorelaterade levnadsförhållanden. Barn och ungdomar blir mycket mindre nöjda med sin fritidssituation med ökad ålder. Andelen fysiskt aktiva minskar med ökad ålder. Det blir också färre som äter frukost, lunch respektive middag när åldern ökar och det finns tecken på att det blir fler som äter onyttig mat. Från högstadiet till gymnasiet ökar andelen som är rädda när de är ute på fredags-/lördagskvällar bland killarna medan förändringarna är begränsade bland tjejerna. **Även här det gäller hälsorelaterade levnadsförhållanden kan vi alltså se en klar ojämlikhet – en försämring med ökad ålder.**

Den försämring av hälsosituationen som sker med ökad ålder kan – i varje fall till viss del – återföras till förändrade levnadsförhållanden.

För att se närmare på hur förändrade levnadsförhållanden kan förklara den försämring av hälsa som sker med ökad ålder har vi närmare studerat de ursprungliga sambanden med ålder och jämfört hur det ser ut om vi kontrollerar för olikheter när det gäller levnadsförhållanden. För att täcka hela åldersspannet studeras endast förekomst av lågt skattad hälsa totalt och psykosomatiska besvär. Vi har också endast tagit med levnadsförhållanden där det finns data från alla de tre stadierna. Detta innebär att uppgifter kring förtroende för föräldrar<sup>59</sup>, hur man tycker om att gå i skolan samt uppgifter kring rädsla då man är ute på fredags-/lördagskvällar inte finns med<sup>60</sup>. Detta torde innebära att inverkan från hälsorelaterade levnadsförhållande underskattas något.

---

<sup>59</sup> Elofsson S. I vilken utsträckning har barn och ungdomar som saknar förtroende för föräldrar ett kompenserande nätverk? En studie av barn och ungdomar i åldersgruppen 10-19 år. 2024.  
Elofsson S. Inte förtroende för föräldrar? Hur många och vilka har det? En studie av barn och ungdomar i åldersgruppen 10-19 år i Malmö.

<sup>60</sup> Elofsson S. Rädd att gå ut om kvällarna. 1998. Elofsson S. Rädd att gå ut om kvällarna. En studie av högskoleelever i Malmö med jämförelser med högstadielever i Stockholm, Jönköping, Kalmar, Haninge, Huddinge, Nacka, Täby, Värmdö och Vallentuna.

Analyserna har gjorts med linjär regressionsanalys. Analyserna begränsas till de variabler som finns med i mellanstadiet. När det gäller hälsosituationen har vi här uppgifter om hälsa totalt och om förekomst av psykosomatiska besvär. Ser vi till hälsorelaterade levnadsförhållanden finns uppgifter kring vad man tycker om sin fritidssituation, fysisk aktivitet samt matvanor. Detta innebär att vissa centrala faktorer inte kommer med, vilket kan innebära att levnadsförhållandenas påverkan kan underskattas. När det gäller social bakgrund finns inte förtroende för föräldrar med, ser vi till levnadsförhållanden saknas uppgifter om rädsla och hur man trivs med skolsituationen.

I tabellen redovisas adjusted R<sup>2</sup> och standardized coefficient  $\beta$ . Den första ger en bild av den samlade inverkan från de ingående förklaringsvariablerna, den andra en bild av den enskilda inverkan från de olika förklaringsvariablerna efter kontroll för inverkan från de övriga. I slutet av tabellen redovisas resultat från de slutliga analyserna för att ge en bild av hur social bakgrund och hälsorelaterad levnadsförhållanden enskilt inverkar<sup>61</sup>.

**Tabell 54. Stockholm, mellanstadium.** Den sociala bakgrundens direkta inverkan på låg självskattad hälsa och förekomst av två eller fler psykosomatiska besvär. Resultat från linjär regression – standardized coefficient ( $\beta$ ), signifikansnivåer och förklaringsgrad (adjusted-R<sup>2</sup>) - efter kön och stadium.

Samband med ålder	Låg fysisk hälsa		Två eller fler dagliga psykosomatiska besvär	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Ursprungliga samband	0,092	0,233	0,063	0,181
Efter kontroll social bakgrund	0,094	0,239	0,060	0,180
+ kontroll levnadsförhållanden	0,001	0,124	0,018	0,071
Efter kontroll/Ursprunglig	1 %	53 %	29 %	39 %
Socioekonomisk. bakgrund	0,019	0,026	0,047	-0,067+
Svensk/utländsk bakgrund	-0,014	-0,033	-0,069+	0,009
Fysisk aktivitet	-0,122**	-0,112**	-0,038	0,006
Hur nöjd med fritiden	0,274**	0,307**	0,196**	0,223**
Frukost – alltid	-0,088**	-0,050*	-0,072+	-0,100**
Lunch – alltid	-0,071**	-0,126**	-0,113**	-0,150**
Middag – alltid	0,004	-0,089**	0,009	-0,097**
Nyttig mat	0,079**	-0,020	-0,024	0,069**
Onyttig mat	-0,008	-0,041	-0,107**	-0,125**
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	<b>14,1</b>	<b>26,7</b>	<b>8,2</b>	<b>18,4</b>

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Levnadsförhållanden kan i mer eller mindre utsträckning ”förklara” den ökning av andelen som skattar den totala hälsan låg respektive redovisar psykosomatiska besvär som sker med ökad ålder. Störst är inverkan när det gäller psykosomatiska besvär där de medtagna levnadsförhållandena förklarar ungefär 70 % av ålderskillnaderna bland killar och cirka 60 % bland tjejerna. De faktorer som främst påverkar är vad man tycker om sin fritidssituation, oregel-

<sup>61</sup> Den som tycker att det är svårt att läsa dessa tabeller rekommenderas att studera den sammanfattning av resultaten som redovisas efter tabellerna.

bundet intag av lunch respektive intag av nyttig och onyttig mat. Bland tjejerna har även regelbundet middagsätande en tydlig inverkan. Däremot tycks fysisk aktivitet ha mindre inverkan.

Ser vi till förekomst av låg total hälsa skiljer sig bilden markant mellan killar och tjejer. Bland killar kan de medtagna levnadsförhållandena helt förklara ålderskillnaderna, bland tjejer endast 50 %. De levnadsförhållanden som ”förklarar” mest är att man är mindre nöjd med sin fritidssituation, att färre blivit fysiskt aktiva med ökad ålder, att det blivit färre som äter frukost respektive lunch regelbundet samt att man i lägre omfattning äter nyttig mat. Bland tjejerna inverkar även att det blivit något färre som äter middag regelbundet.

I kapitel 13 – hur inverkar social bakgrund på hälsa och livskvalitet – studerades till vilka bakgrundsfaktorer ojämlikheten främst kunde kopplas. I kapitel 14 analyserades också hur olika levnadsförhållanden verkade på hälsosituationen. I detta kapitel skall vi närmare studera hur mycket av ojämlikheten i hälsa som kan återföras till skillnader när det gäller hälsorelaterade levnadsvanor. Detta görs med hjälp av linjär regressionsanalys där den standardiserade koefficienten  $\beta$  ger ett mått på ojämlikheten kopplad till de olika bakgrundsvariablerna. Den standardiserade koefficienten ger en bild av den enskilda inverkan från de olika förklaringsvariablerna efter kontroll för inverkan från de övriga.

I tabellerna redovisas även den relativa skillnaden mellan den standardiserade koefficienten  $\beta$  efter kontroll för levnadsförhållande i relation till vad den är vid den ursprungliga analysen. Om värdet här ligger nära 100 % eller högre innebär det att skillnader i levnadsförhållanden i mycket lite av ojämlikheten kopplad till den aktuella bakgrundsvariabeln kan kopplas till olikheter i levnadsförhållanden. Ett lägre värde innebär att en viss del av ojämlikheten kan återföras till skillnader när det gäller hälsorelaterade levnadsvanor

Vi börjar med att redovisa resultaten för lågt skattad hälsa i mellanstadiet. Resultaten presenteras i tabell 55. Resultat kring hur stor del av den ursprungliga ojämlikheten som kan återkopplas till hälsorelaterade levnadsvanor presenteras endast för de fall där den aktuella bakgrundsvariabeln har en signifikant inverkan.

**Tabell 55. Stockholm mellanstadium.** Ojämlighet för låg självskattad hälsa – ursprunglig, efter kontroll för social bakgrund samt efter kontroll för social bakgrund plus levnadsomständigheter (skola, fritid, rädsla, matvanor). Totalt och relativa (%).

	Ursprungliga		Efter kontroll	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,163**	0,000	0,135**	-0,016
Socioekonomisk bakgrund	0,010	0,024	-0,007	-0,003
Svensk/utländsk bakgrund	0,036	0,011	0,022	-0,061
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm	-0,044	-0,025	0,001	0,002
Norrmalm	-0,024	0,111**	0,013	0,095*
Spånga/Tensta	0,014	0,080+	0,016	0,047
Enskede/Årsta/Vantör	-0,012	0,070	0,002	0,047
Farsta	0,024	0,014	-0,008	-0,031
Skärholmen	-0,007	0,098*	-0,062	0,029
Rinkeby/Kista	0,008	0,105*	-0,002	0,064
<b>Relativa skillnader (%)</b>				
Familjesammansättning			83 %	
<b>Stadsdel</b>				
Norrmalm				86 %
Spånga/Tensta				59 %
Rinkeby/Kista				64 %

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Bland killar kan vi notera att koppling till familjesammansättning i viss utsträckning kan återföras till olikheter när det gäller levnadsförhållanden. Huvuddelen av skillnaden mellan de som bor med bägge föräldrar och övriga handlar alltså om olikheter i andra avseenden. Bland tjejerna handlar det främst om att vissa av de skillnader vi funnit mellan de olika stadsdelarna delvis kan återföras till olikheter i levnadsförhållande. Detta kan förklara ungefär 70 % av avvikelserna i Skärholmen, cirka 40 % av avvikelserna för Spånga/Tensta och Rinkeby/Kista. Lägst inverkan har dessa när det gäller Norrmalm där levnadsförhållanden endast förklarar 14 % av avvikelserna.

Hur ser det då ut när det gäller förekomst av två eller fler dagliga psykosomatiska besvär?

**Tabell 56. Stockholm mellanstadium.** Ojämlighet för förekomst av två eller fler dagliga psykosomatiska besvär – ursprunglig, efter kontroll för social bakgrund samt efter kontroll för social bakgrund plus levnadsomständigheter (skola, fritid, rädsla, matvanor). Totalt och relativa (%).

	Ursprungliga		Efter kontroll	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,017	0,075*	0,008	0,020
Socioekonomisk bakgrund	0,081	-0,036	0,067	-0,039
Svensk/utländsk bakgrund	-0,034	0,067	-0,051	0,038
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm	0,060	0,024	0,045	0,051
Norrmalm	-0,007	0,056	0,003	0,048
Spånga/Tensta	0,083*	0,102*	0,078+	0,092*
Enskede/Årsta/Vantör	-0,001	0,053	0,033	0,043
Farsta	0,107*	-0,018	0,081+	-0,036
Rinkeby/Kista	-0,049	-0,032	-0,051	-0,051
Skärholmen	0,023	0,006	-0,009	-0,018
<b>Relativa skillnader (%)</b>				
Familjesammansättning				27 %
<b>Stadsdel</b>				
Spånga/Tensta			94 %	90 %
Farsta			77 %	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Om vi ser till de skillnader som framträder mellan olika stadsdelar tycks dessa i mycket liten utsträckning kunna återföras till skillnader i levnadsförhållanden. Här måste vi alltså söka andra orsaker till hälsoskillnaderna. Däremot tycks de skillnader vi finner bland killar kopplade till familjesammansättning i ganska stor utsträckning kunna kopplas till olikheter i hälso-relaterade levnadsförhållanden. Orsakerna till detta torde kunna kopplas samman med att mellanstadiekillar som bor med en ensam mamma äter frukost, lunch och middag regelbundet i mindre utsträckning (resultaten redovisas ej). Vid sidan av detta tycker de inte att de har det lika bra på fritiden.

Vi går så över till högstadiet och börjar med att studera förekomst av lågt skattad total hälsa. De tidigare analyserna (kapitel 13) visade att den direkta ojämlikheten främst kunde kopplas till förtroende för föräldrar och bland killar även till familjesammansättning (vilka man bor med). Ungdomar som saknar förtroende för föräldrar redovisar oftare låg hälsa och bland killarna gäller att de som bor med båda föräldrar i lägre utsträckning uppger att de har låg hälsa än de som har växelvis boende eller bor med en ensamstående mamma.



**Tabell 57. Stockholm högstadium. Ojämlighet för låg skattad hälsa – ursprunglig, efter kontroll för social bakgrund samt efter kontroll för social bakgrund plus levnadsomständigheter (skola, fritid, rädsla, matvanor). Totalt och relativa (%).**

	Ursprungliga		Efter kontroll	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,053	0,018	0,008	-0,027
Förtroende för föräldrar	-0,206**	-0,194**	-0,148**	-0,071+
Socioekonomisk bakgrund	0,103*	0,094*	0,047	-0,007
Svensk/utländsk bakgrund	0,001	0,043	-0,008	-0,022
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm	-0,021	0,023	-0,064	-0,036
Norrmalm	-0,018	0,003	-0,017	-0,043
Spånga/Tensta	0,069	-0,032	0,001	-0,016
Enskede/Årsta/Vantör	0,008	-0,062	-0,021	-0,038
Farsta	-0,046	-0,040	0,012	0,007
Rinkeby/Kista	-0,005	-0,024	-0,033	-0,029
Skärholmen	0,010	-0,033	0,003	-0,002
<b>Relativa skillnader (%)</b>				
Förtroende för föräldrar			72 %	37 %
Socioekonomisk bakgrund			46 %	7 %

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Även om ojämlikheten kopplad till förtroende för föräldrar kvarstår när vi kontrollerar för olikheter i levnadsförhållanden kan dessa ”förklara” en betydande del av denna ojämlikhet, mer bland tjejer än bland killar. Bland killar ”förklarar” olikheter i hälsorelaterade levnadsförhållanden endast 28 % av ojämlikheten, bland tjejerna 63 %. Denna minskning av ojämlikhet kopplad till förtroende för föräldrar kan kopplas samman med att ungdomar som saknar förtroende för någon förälder i lägre utsträckning tycker att de har det bra på fritiden och i mindre utsträckning tycker om att gå i skolan. Bland tjejerna handlar det också om sämre matvanor och att dessa röker eller snusar i högre utsträckning.

Vid sidan av detta kan vi notera att skillnader i levnadsförhållanden förklarar en mycket stor del av ojämlikheten kopplad till socioekonomisk bakgrund bland tjejer – hela 93 % - och en ganska stor del av denna ojämlikhet även bland killar – 54 %. Den minskade ojämlikheten kan i detta fall återkopplas till att de som har lägre socioekonomisk bakgrund är fysiskt aktiva i lägre utsträckning och i mindre utsträckning tycker att de har det bra på fritiden. Även att de i mindre utsträckning äter middag regelbundet och i något större utsträckning äter onyttig mat kan ha en inverkan. Skillnaderna i dessa avseenden är i de flesta fall speciellt framträdande bland tjejer med låg socioekonomisk bakgrund.

I tabell 58 studeras hur det ser ut när det gäller låg skattad fysisk hälsa. I detta fall är ojämlikheten starkt sammankopplad med förtroende för föräldrar. Ungdomar som saknar detta skattar i högre utsträckning den fysiska hälsan lågt.

**Tabell 58. Stockholm högstadium. Ojämlighet för lågt skattad fysisk hälsa – ursprunglig, efter kontroll för social bakgrund samt efter kontroll för social bakgrund plus levnadsomständigheter (skola, fritid, rädsla, matvanor). Totalt och relativa (%).**

	Ursprungliga		Efter kontroll	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,057	0,002	0,006	-0,049
Förtroende för föräldrar	-0,097*	-0,195**	-0,080+	-0,123**
Socioekonomisk bakgrund	0,057	0,068	-0,014	-0,002
Svensk/utländsk bakgrund	0,023	0,068	-0,001	0,013
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm	-0,032	0,018	-0,052	-0,010
Norrmalm	-0,014	-0,034	0,008	-0,075
Spånga/Tensta	-0,014	-0,060	-0,036	-0,114*
Enskede/Årsta/Vantör	-0,081	-0,098*	-0,111*	-0,120*
Farsta	-0,069	-0,026	-0,059	-0,035
Rinkeby/Kista	-0,031	-0,048	-0,059	-0,130*
Skärholmen	-0,007	-0,060	-0,043	-0,110*
<b>Relativa skillnader (%)</b>				
Förtroende för föräldrar			82 %	63 %
<b>Stadsdel</b>				
Spånga/Tensta				190 %
Enskede/Årsta/Vantör				122 %
Rinkeby/Kista			137 %	271 %
Skärholmen				183 %

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Bilden skiljer sig tydligt mellan killar och tjejer. Bland killar kan ojämlikheten kopplad till förtroende för föräldrar i mycket liten utsträckning återföras till skillnader i hälsorelaterade levnadsförhållanden – skillnaden minskar endast med 18 procent. Bland tjejerna tycks däremot något mer än en tredjedel (37 %) kunna ”förklaras” av skillnader i levnadsförhållanden. Hit hör att tjejer som saknar förtroende för någon förälder i lägre utsträckning tycker att de har det bra på fritiden, tycker om att gå i skolan, har sämre matvanor och att dessa röker eller snusar i högre utsträckning.

Om vi ser till ojämlikhet mellan de olika stadsdelarna är dessa små då vi endast kontrollerar för social bakgrund i övrigt. Bland killar gäller detta även om vi tar hänsyn till skillnader när det gäller hälsorelaterade levnadsförhållanden, men bland tjejerna förändras bilden. Efter hänsyn tagits till sådana skillnader finner vi inte bara fler med låg fysisk hälsa i Enskede/ Årsta/ Vantör utan även i Rinkeby/Kista, Skärholmen och Spånga/Tensta. Ser vi till Rinkeby/Kista och Skärholmen har vi här relativt få tjejer som är fysiskt aktiva och många som inte tycker att de har det bra på fritiden. Detta borde innebära att det borde vara fler som skattar den fysiska hälsan lågt än vad det är. När det gäller Enskede/Årsta/Vantör och Spånga/Tensta är bilden inte lika tydlig. Andelen fysiskt aktiva är något lägre än i Bromma (som utgör basen) men skillnaden är inte alls lika stor.

Hur ser det då ut när det gäller lågt skattad psykisk hälsa? Analyserna i kapitel 13 visade att ojämlikheten – både bland killar och tjejer – främst kan sammankopplas med förtroende för föräldrar. Ungdomar som saknar förtroende för föräldrar skattar i högre utsträckning den psykiska hälsan lågt. Bland tjejer finns också en tendens till ojämlikhet kopplad till svensk/utländsk bakgrund. Här är det viktigt att notera att det i detta fall handlar om att ungdomar med svensk bakgrund oftare skattar denna lågt.

**Tabell 59. Stockholm högstadium. Ojämlighet för lågt skattad psykisk hälsa – ursprunglig, efter kontroll för social bakgrund samt efter kontroll för social bakgrund plus levnadsomständigheter (skola, fritid, rädsla, matvanor). Totalt och relativa (%).**

	Ursprungliga		Efter kontroll	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	-0,014	-0,011	-0,041	-0,044
Förtroende för föräldrar	-0,141**	-0,267**	-0,092*	-0,133**
Socioekonomisk bakgrund	0,033	0,069	-0,029	0,052
Svensk/utländsk bakgrund	-0,045	-0,045	-0,036	-0,067
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm	0,045	0,078+	-0,024	-0,006
Norrmalm	0,051	0,018	0,063	-0,022
Spånga/Tensta	-0,014	-0,010	-0,010	-0,028
Enskede/Årsta/Vantör	0,073	0,032	0,084+	0,034
Farsta	-0,057	-0,003	0,010	0,031
Rinkeby/Kista	0,008	-0,040	-0,027	-0,033
Skärholmen	-0,001	-0,054	-0,031	-0,007
<b>Relativa skillnader (%)</b>				
Förtroende för föräldrar			65 %	50 %

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Ser vi till förtroende för föräldrar kvarstår ojämlikheten även efter att hänsyn tagits till olikheter i hälsorelaterade levnadsförhållanden både bland killar och tjejer. Levnadsförhållanden förklarar något mer av ojämlikheten bland tjejer än bland killar, bland tjejer ungefär hälften, bland killar ungefär en tredjedel. Förklaringen till reduktionen av ojämlikheten kan troligen sökas i att ungdomar som inte har förtroende för någon förälder i högre utsträckning inte tycker att de har det bra på fritiden och inte heller tycker om att gå i skolan. De äter också i lägre utsträckning lunch regelbundet.

Frågan är hur det ser ut när det gäller förekomst av psykosomatiska besvär? Även i detta fall är ojämlikheten starkt sammankopplad med förtroende för föräldrar. Ungdomar som saknar förtroende för föräldrar redovisar oftare två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.

**Tabell 60. Stockholm högstadium. Ojämlighet för förekomst av psykosomatiska besvär – ursprunglig, efter kontroll för social bakgrund samt efter kontroll för social bakgrund plus levnadsomständigheter (skola, fritid, rädsla, matvanor). Totalt och relativa (%).**

	Ursprungliga		Efter kontroll	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,030	0,065	-0,029	0,047
Förtroende för föräldrar	-0,144**	-0,213**	-0,183***	-0,116**
Socioekonomisk bakgrund	-0,041	0,002	-0,040	-0,019
Svensk/utländsk bakgrund	0,082+	0,057	0,047	0,045
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm	-0,035	0,082+	-0,099+	0,038
Norrholm	0,028	0,060	0,036	0,056
Spånga/Tensta	0,005	0,075+	-0,019	0,052
Enskede/Årsta/Vantör	-0,027	0,083+	-0,043	0,108*
Farsta	-0,050	-0,008	0,010	0,023
Rinkeby/Kista	-0,060	-0,028	-0,136*	-0,019
Skärholmen	-0,051	0,003	-0,031	0,006
<b>Relativa skillnader (%)</b>				
Förtroende för föräldrar			127 %	54 %
Svensk/utländsk bakgrund			57 %	
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm				46 %
Spånga/Tensta				69 %
Enskede/Årsta/Vantör				130 %
Rinkeby/Kista			227 %	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Ser vi till förtroende för föräldrar finns en mycket tydlig skillnad mellan killar och tjejer. Bland killar blir ojämlikheten mer framträdande när hänsyn tas till olikheter i hälsorelaterade levnadsförhållande, däremot minskar den bland tjejer till ungefär hälften. Det senare kan hänga samman med att tjejer som inte har förtroende för någon förälder i högre utsträckning tycker att de inte har det bra på fritiden, inte tycker om att gå i skolan, känner sig rädda på buss/tunnelbana och nyttar tobak.

Bland killar fanns från början en ojämlikhet kopplad till svensk/utländsk bakgrund. Första generationens invandrarkillar redovisar högre förekomst av psykosomatiska besvär. Efter hänsyn tagits till skillnader när det gäller övriga bakgrundsfaktorer minskar ojämlikheten med ungefär 40 %.

Hur ser det då ut när det gäller skattad låg livskvalitet? Som de tidigare analyserna visade finns även här en klar ojämlikhet kopplad till förtroende för föräldrar men också till familjesituation. Vid sidan av detta finns det också bland tjejer en ojämlikhet kopplad till socioekonomisk bakgrund. Ungdomar som saknar förtroende för föräldrar skattar i högre utsträckning sin livskvalitet lågt liksom de som inte bor med bägge föräldrar. Bland tjejerna gäller vid sidan och oberoende av detta även att denna skattas speciellt lågt av de som har lägre socioekonomisk bakgrund.

**Tabell 61. Stockholm högstadium. Ojämlighet för lågt skattad livskvalitet– ursprunglig, efter kontroll för social bakgrund samt efter kontroll för social bakgrund plus levnadsomständigheter (skola, fritid, rädsla, matvanor). Totalt och relativa (%).**

	Ursprungliga		Efter kontroll	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Familjesammansättning	0,030	0,065	0,037	-0,007
Förtroende för föräldrar	-0,171**	-0,231**	-0,264**	-0,145**
Socioekonomisk bakgrund	-0,026	-0,026	-0,001	0,086+
Svensk/utländsk bakgrund	-0,079	0,054	0,005	-0,046
<b>Stadsdel</b>				
Östermalm	-0,036	0,080+	0,005	-0,045
Norrmalm	0,041	0,073	0,066	-0,032
Spånga/Tensta	-0,005	0,058	0,095+	-0,007
Enskede/Årsta/Vantör	-0,026	0,080+	0,071	0,017
Farsta	-0,050	-0,010	0,005	-0,001
Rinkeby/Kista	-0,092+	-0,032	0,053	-0,063
Skärholmen	-0,070	-0,007	0,039	-0,032
<b>Relativa skillnader (%)</b>				
Förtroende för föräldrar			154 %	63 %
Socioekonomisk bakgrund				331 %
<b>Stadsdel</b>				
Enskede/Årsta/Vantör				21 %
Rinkeby/Kista			58 %	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Ser vi till ojämlikheten kopplad till förtroende för föräldrar blir ojämlikheten mer framträdande bland killar om man tar hänsyn till att de som saknar förtroende för någon förälder har sämre levnadsförhållanden i flera avseenden. Dessa är i mindre utsträckning fysiskt aktiva, de har sämre matvanor och fler bland dem tycker att de inte har en bra fritid. Med utgångspunkt från detta borde de vara ännu mer negativa när det gäller upplevd livskvalitet.

Bland tjejer minskar ojämlikheten med något mer än en tredjedel. Detta kan återföras till att de som inte ha förtroende för någon förälder har sämre levnadsförhållanden i en rad avseenden.

Vid sidan av detta kan vi notera att ojämlikheten bland tjejer – som är begränsad då vi endast kontrollerar för social bakgrund i övrigt – blir betydligt mer framträdande när vi även kontrollerar för hälsorelaterade levnadsförhållanden. Tjejer med lägre socioekonomisk bakgrund är mindre pessimistiska i skattningen av livskvaliteten än vad som kan förväntas utifrån deras sämre levnadsförhållanden.

Ser vi till skillnader mellan stadsdelar minskar skillnaden – gentemot Bromma - ganska mycket bland tjejer för Enskede/Årsta/Vantör (hela 79 %) och relativt mycket bland killar för Rinkeby/Kista (42 %). När det gäller tjejerna i Enskede/Årsta/Vantör är det svårt att finna någon riktigt tydlig förklaring. Minskning för killar från Rinkeby/Kista kan troligen däremot kopplas samman med att vi här har färre fysiskt aktiva, färre som äter frukost respektive middag regelbundet och fler som tycker att de inte har det bra på fritiden.

## Kapitel 17. I vilken utsträckning har de som saknar förtroende för föräldrar ett kompenserande nätverk?

Redan tidigare konstaterade vi att ojämlikheten i hälsa – om vi ser till social bakgrund – var starkt kopplad till förtroende för föräldrar. Resultaten ovan visar att detta bland killar i begränsad utsträckning kan förklaras av olikheter i levnadsvillkor. dock något mer när det gäller låg självskattad hälsa total – där 45 % av ojämlikheten kan förklaras - och låg psykisk hälsa – där ungefär en tredjedel av ojämlikheten kan förklaras. Bland tjejerna är förklaringsvärdet något högre, genomgående kan skillnaderna till ungefär hälften förklaras av olikheter i levnadsförhållanden. Fortfarande gäller dock att en betydande ojämlikhet kvarstår. I en analys av materialet från Jönköping fann vi att ungdomar som inte hade förtroende för någon förälder hade ett mycket svagare socialt nätverk<sup>62</sup>. Färre hade förtroende för kompisar, lärare eller någon vuxen vid sidan av föräldrarna. Detta torde ha en speciellt negativ inverkan på hälsa/livskvalitet och därmed vara en förklaring till den kvarvarande olikheten när det gäller förtroende för föräldrar.

Låt oss se närmare på hur det sociala nätverket – förtroende för olika personer – skiljer sig mellan de som saknar förtroende för föräldrar och de som har förtroende för åtminstone en förälder bland ungdomarna i Stockholm.

Detta presenteras i tabell 62 där vi även studerar hur många som har förtroende för någon i familjen vid sidan av föräldrarna - syskon eller släkting – samt hur många som har förtroende för någon vuxen allmänt vid sidan av föräldrarna. Resultaten presenteras separat för killar och tjejer.

---

<sup>62</sup> Blomdahl, Elofsson. *Ung livsstil i Jönköping 1994-2022*.

**Tabell 62. Stockholm, högstadiet. Ungdomars sociala nätverk i relation till förtroende för föräldrar efter kön.**

Förtroende för	Killar Förtroende för föräldrar			Tjejer Förtroende för föräldrar		
	Nej	Ja	Sign. nivå	Nej	Ja	Sign. nivå
Syskon	10	56	**	17	64	**
Mor- och farföräldrar eller annan släkting	7	73	**	9	59	**
Kompis	29	81	**	56	88	**
Kompis förälder	3	27	**	7	24	**
Lärare	6	33	**	5	27	**
Skolsköterska	1	18	**	3	13	**
Kurator i skolan	3	22	**	3	17	**
Fritidsledare – fritidsgård	2	13	**	4	8	*
Fältassistent	1	6	*	2	3	
Idrotts/föreningsledare	2	24	**	1	16	**
Lärare i kulturskolan	1	5	*	1	4	+
Bibliotekarie	1	3		1	2	
Polis	2	20	**	2	8	**
Personal ungdomsmottagning	3	9	*	1	9	**
Familjen – ej föräldrar	13	82	**	20	75	**
Vuxen – ej föräldrar	14	84	**	24	79	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

**Bilden är mycket entydig – ungdomar som inte har förtroende för någon förälder har genomgående ett sämre nätverk.** I mycket liten utsträckning har man kontakter med andra som kan kompensera för de sämre relationerna till föräldrarna. Situationen för de som inte har förtroende för någon förälder framstår som speciellt utsatt bland killarna.

## Kapitel 18. Förändringar i hälsosituationen sedan 2013/14

Resultaten som presenterats i kapitel 11 visar att hälsosituationen för de unga tydligt har försämrats sedan 2013/14. I detta kapitel skall vi närmare studera dessa förändringar och undersöka i vilken utsträckning de skiljer sig mellan olika sociala grupper. I kapitlet skall vi också undersöka vad som kan förklara dessa förändringar.

### 18.1 Kön och ålder

Vi börjar med att undersöka vilka förändringar som skett när det gäller självskattad hälsa totalt uppdelat efter kön och ålder. Vid dessa övergripande redovisningar är det naturligtvis viktigt att det bland de svarande finns större skillnader när det gäller barnens och ungdomarnas sociala bakgrund. En sådan jämförelse visar att dessa skillnader är begränsade. Det som kan noteras är att det år 2022 är något fler som bor med bägge föräldrar och i högstadiet som bor med en ensamstående mamma.

**Tabell 63. Stockholm, 2013/14 och 2022. Självskattad hälsa efter kön och stadium. Andel (%).**

	Mellanstadiet		Högstadiet		Gymnasiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b><i>Självskattad hälsa – bra</i></b>						
2013/14	65	53	61	45	51	38
2022	77	67	44	27	37	18
<b><i>Självskattad hälsa – ej bra</i></b>						
2013/14	7	12	9	19	14	24
2022	4	6	17	35	20	37

I mellanstadiet har det varit en klart positiv utveckling. Andelen som skattar hälsan som bra har ökat och andelen som skattar den som inte bra har minskat. Utvecklingen framstår som ganska likartad bland killar och tjejer men andelen som skattar hälsan som ej bra har minskat något mer bland tjejer.

Ser vi till högstadiet och gymnasiet förändras bilden markant – hälsosituationen har klart försämrats. År 2022 är det färre som skattar den totala hälsan som bra och fler som inte tycker den är bra. Ett gemensamt drag är att andelen som skattar hälsan som ej bra har ökat mer bland tjejer än bland killar, vilket innebär att könsskillnaderna har ökat. Utvecklingen verkar vara ganska likartad i högstadiet och gymnasiet.

I högstadiet och gymnasiet har ungdomarna även fått skatta sin fysiska och psykiska hälsa separat. I tabell 64 redovisas vilka förändringar som skett när det gäller skattningen av den fysiska hälsan.



**Tabell 64. Stockholm, 2013/14 och 2022. Självsfattad fysisk hälsa efter kön och stadium. Andel (%).**

	Högstadiet		Gymnasiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Självsfattad fysisk hälsa – bra</b>				
2013/14	51	35	44	29
2022	45	28	40	19
<b>Självsfattad fysisk hälsa – ej bra</b>				
2013/14	18	29	22	35
2022	20	32	23	40

Både i högstadiet och gymnasiet har den fysiska hälsan försämrats, allt färre skattar den som bra, fler som inte bra. Försämringen är större bland tjejer än bland killar. Sammantaget framstår förändringen som något större bland gymnasietjejerna än i de andra tre grupperna.

Hur ser det då ut när det gäller skattningen av den psykiska hälsan?

**Tabell 65. Stockholm, 2013/14 och 2022. Självsfattad psykisk hälsa efter kön och stadium. Andel (%).**

	Högstadiet		Gymnasiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Självsfattad psykisk hälsa – bra</b>				
2013/14	57	33	46	29
2022	39	20	34	12
<b>Självsfattad psykisk hälsa – ej bra</b>				
2013/14	16	34	24	38
2022	26	53	33	56

Även den psykiska hälsan har genomgående försämrats. Det är år 2022 färre som tycker att den är bra, fler som tycker att den inte är bra. Liksom i övriga fall är förändringarna större bland tjejer än bland killar. Grovt sett tycks förändringarna vara ganska lika i högstadiet och gymnasiet.

Som ett mått på förekomst av psykosomatiska besvär används andelen som uppger att de dagligen har två eller fler sådana besvär. I detta fall finns även uppgifter för mellanstadiet.

**Tabell 66. Stockholm, 2013/14 och 2022. Hälsa, psykosomatiska besvär samt livskvalitet efter kön, stadium och undersökningsår. Andel (%) respektive medelvärden**

	Mellanstadiet		Högstadiet		Gymnasiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Psykosomatiska besvär</b>						
<b>Två eller fler dagliga</b>						
2013/14	13	20	14	35	17	37
2022	21	31	21	47	25	48

Andelen som uppger att de dagligen har två eller fler psykosomatiska besvär har ökat i alla stadier – alltså även i mellanstadiet. Ökningen är i samtliga fall större bland tjejer än bland killar vilket innebär att könsskillnaderna har ökat.

I högstadiet och gymnasiet har ungdomarna även fått skatta sin livskvalitet på en skala från ett (mycket dålig) till tio (mycket bra). I tabell 67 redovisas uppgifter kring den genomsnittliga livskvaliteten samt andelen som skattar livskvaliteten låg (5 eller lägre).

**Tabell 67. Stockholm, 2013/14 och 2022. Självskattad livskvalitet efter kön, stadium och undersökningsår. Medelvärde samt andel (%) som skattar denna lågt (fem eller lägre).**

	Högstadiet		Gymnasiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Självskattad livskvalitet (m)</b>				
2013/14	8,13	7,39	7,68	7,20
2022	7,92	6,86	7,59	6,80
<b>Låg livskvalitet (%)</b>				
2013/14	8	16	12	14
2022	9	23	13	22

Ungdomarna skattar sin livskvalitet år 2022 lägre än 2013 med klart störst försämring bland tjejerna. Detta innebär självklart att könsskillnaderna har ökat. Försämringen är något större i högstadiet än i gymnasiet.

Jämför vi de olika måtten på hälsa framstår försämringarna störst för skattningen av psykisk hälsa. Samtidigt är det viktigt att notera att det i högstadiet och gymnasiet också skett betydande förändringar när det gäller övriga skattningar av hälsa och livskvalitet. Det är inte bara den psykiska hälsan som försämrats utan även den fysiska. Mellanstadiet skiljer ut sig. Här har det skett en förbättring om vi ser till självskattad hälsa, däremot en försämring om vi ser till förekomst av psykosomatiska besvär.

## 18.2 Förändringar i hälsa utifrån familjesituation

En intressant fråga är om förändringarna skiljer sig mellan olika sociala grupper eller om de är större i vissa grupper. Nedan studeras hur förändringarna ser ut beroende på familjesituation – vilka vuxna man bor med samt förtroende för föräldrar. För att analyserna inte skall bli alltför omfattande studeras endast andelen som skattar den totala hälsan lågt, har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär samt andelen som skattar sin livskvalitet lågt. I dessa fall finns data från alla tre stadierna.

Vi börjar med att se om förändringarna skiljer sig beroende på familjekonstellation (vilka vuxna man bor med).

**Tabell 68. Stockholm. Andel (%) som skattar den totala hälsan lågt efter kön, stadium, familjesammansättning och undersökningsår.**

	Familjesammansättning (bor med)							
	Killar				Tjejer			
	Båda	Växel	Ensam mamma	Sign. nivå	Båda	Växel	Ensam mamma	Sign. nivå
<b>Mellanstadiet</b>								
2013/14	7	6	8		11	14	16	+
2022	10	19	31	**	13	12	16	
<b>Högstadiet</b>								
2013/14	7	12	10		16	21	26	*
2022	14	25	22	**	33	43	37	**
<b>Gymnasiet</b>								
2013/14	10	18	18		22	17	37	
2022	19	21	26		34	38	57	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

I de flesta fall gäller att det är fler som skattar den totala hälsa lågt år 2022 än 2013/14. Förändringarna är mindre bland de som bor med bägge föräldrar än bland de övriga för killar i mellan- och högstadiet samt bland tjejer i gymnasiet. I övrigt är förändringarna ganska likartade oberoende av vilka vuxna barnen/ungdomarna bor med.

Hur ser det då ut när det gäller förekomst av psykosomatiska besvär?

**Tabell 69. Stockholm. Andel (%) med två eller fler dagliga psykosomatiska besvär efter kön, stadium, familjesammansättning och undersökningsår.**

	Familjesammansättning (bor med)							
	Killar				Tjejer			
	Båda	Växel	Ensam mamma	Sign. nivå	Båda	Växel	Ensam mamma	Sign. nivå
<b>Mellanstadiet</b>								
2013/14	11	17	24	**	17	23	29	**
2022	20	25	22		29	32	46	**
<b>Högstadiet</b>								
2013/14	14	9	14	**	31	38	48	*
2022	19	28	19	*	44	57	44	*
<b>Gymnasiet</b>								
2013/14	15	14	22		21	31	37	
2022	23	32	31		47	40	65	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

I stort är förändringarna ganska likartade i de tre grupperna men bland högstadiet tjejerna är försämringen speciellt stor bland de som bor med en ensamstående mamma.

I tabell 70 studeras vilka förändringar som skett inom olika familjesammansättningar när det gäller förekomst av lågt skattad livskvalitet.

**Tabell 70. Stockholm. Högstadiet och gymnasiet. Andel (%) som skattar livskvaliteten lågt efter kön, stadium, familjesammansättning och undersökningsår.**

	Familjesammansättning (bor med)							
	Killar				Tjejer			
	Båda	Växel	Ensam mamma	Sign. nivå	Båda	Växel	Ensam mamma	Sign. nivå
<b>Högstadiet</b>								
2013/14	7	10	14	**	13	26	29	**
2022	9	11	14	+	20	33	26	**
<b>Gymnasiet</b>								
2013/14	9	6	15	**	16	17	24	**
2022	13	12	5		19	22	28	

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Allmänt är förändringarna – ökningen av andelen som skattar sin livskvalitet lågt – relativt likartade i alla de tre familjegrupperna. Ett undantag är dock killar från gymnasiet som bor med en ensamstående mamma. Här är det år 2022 betydligt färre som skattar livskvaliteten lågt. Resultaten bör dock tolkas med försiktighet eftersom de handlar om en begränsad grupp och då svarsfrekvensen är låg i gymnasiet år 2022.

I högstadiet och gymnasiet har ungdomarna även fått uppge om de har förtroende för någon förälder eller ej. I tabell 71 studeras vilka förändringar som skett mellan dessa två grupper när det gäller andelen som skattar den totala hälsan lågt.

**Tabell 71. Stockholm. Högstadiet och gymnasiet. Andel (%) som skattar den totala hälsan lågt efter kön, stadium, undersökningsår och förtroende för föräldrar.**

	Förtroende för föräldrar					
	Killar			Tjejer		
	Ingen	Någon	Sign. nivå	Ingen	Någon	Sign. nivå
<b>Högstadiet</b>						
2013/14	26	7	**	36	16	**
2022	36	15	**	60	30	**
<b>Gymnasiet</b>						
2013/14	34	11	**	41	21	**
2022	40	18	**	61	33	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Det första vi kan notera är att de som inte har förtroende för någon förälder både 2013 och 2022 i mycket högre utsträckning skattar den totala hälsan lågt. Bland killar är förändringarna över tid ganska lika men bland tjejerna har andelen som skattar den totala hälsan lågt ökat mer bland de som inte har förtroende för någon förälder.

I tabell 72 redovisas förändringarna när det gäller hur många som redovisar två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.

**Tabell 72. Stockholm. Högstadium och gymnasiet. Andel (%) som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär efter kön, stadium, undersökningsår och förtroende för föräldrar.**

	Förtroende för föräldrar					
	Killar			Tjejer		
	Ingen	Någon	Sign. nivå	Ingen	Någon	Sign. nivå
<b>Högstadiet</b>						
2013/14	31	12	**	51	32	**
2022	42	19	**	75	41	**
<b>Gymnasiet</b>						
2013/14	30	14	**	72	33	**
2022	43	23	**	66	46	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Ungdomar som inte har förtroende för någon förälder redovisar både 2013/14 och 2022 i klart högre utsträckning två eller fler dagliga besvär. Andelen som uppger så hög förekomst av besvär har ökat både bland dessa och de som har förtroende för någon förälder. Ökningen är ganska likartad i de bägge grupperna utom bland högstadietjjejerna. Bland dessa har andelen som redovisar två eller fler dagliga psykosomatiska besvär ökat mer hos de som inte har förtroende för någon förälder.

Vad har då hänt när det gäller andelen som skattar sin livskvalitet lågt?

**Tabell 73. Stockholm. Högstadiet och gymnasiet. Andel (%) som skattar livskvaliteten lågt efter kön, stadium och förtroende för föräldrar.**

	Förtroende för föräldrar					
	Killar			Tjejer		
	Ingen	Någon	Sign. nivå	Ingen	Någon	Sign. nivå
<b>Högstadiet</b>						
2013/14	21	6	**	35	12	**
2022	30	7	**	52	37	**
<b>Gymnasiet</b>						
2013/14	34	9	**	40	13	**
2022	33	11	**	51	17	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Bland killarna i högstadiet och tjejerna i gymnasiet är ökningen av andelen som skattar sin livskvalitet lågt större hos de som inte har förtroende för någon förälder. I de båda övriga fallen är däremot förändringarna ganska likartade i de båda grupperna.

### 18.3 Förändringar i hälsa utifrån socioekonomisk bakgrund

Frågan är om försämringarna i barnens/ungdomarnas hälsosituation är likartade oberoende av socioekonomisk bakgrund eller om det ser olika ut i olika grupper.

I tabell 74 ser vi närmare på hur det ser ut när det gäller lågt skattad hälsa totalt.

**Tabell 74. Stockholm. Låg självskattad hälsa totalt efter kön, stadium, undersökningsår och socioekonomisk bakgrund. Andel (%).**

Kön	Stadium År	Socioekonomisk bakgrund				Låg	Sig nivå
		Hög	Ganska hög	Medel	Ganska låg		
	<b>Mellanstadiet</b>						
K	2013/14	5	4	7	11	11	**
	2022	9	12	14	15	20	**
Tj	2013/14	4	10	12	21	21	**
	2022	7	13	12	16	11	
	<b>Högstadiet</b>						
K	2013/14	8	6	11	11	17	**
	2022	8	15	22	17	20	+
Tj	2013/14	15	14	20	24	29	**
	2022	26	28	36	45	42	*
	<b>Gymnasiet</b>						
K	2013/14	6	13	15	16	19	+
	2022	18	16	27	18	33	
TJ	2013/14	12	21	29	17	28	*
	2022	16	31	43	46	50	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Bland mellanstadiet- och gymnasiettjejerna är försämringen större när det gäller skattad hälsa hos de som har låg eller ganska låg socioekonomisk bakgrund än bland övriga. Däremot är förändringarna ganska likartade inom de fem socioekonomiska grupperna i övriga fall.

Frågan är hur det ser ut när det gäller förekomst av psykosomatiska besvär.

**Tabell 75. Stockholm. Två eller fler dagliga psykosomatiska besvär efter kön, stadium, undersökningsår och socioekonomisk bakgrund. Andel (%).**

Kön	Stadium År	Socioekonomisk bakgrund					Sig nivå
		Hög	Ganska hög	Medel	Ganska låg	Låg	
	<b>Mellanstadiet</b>						
K	2013/14	8	14	13	15	13	
	2022	21	17	27	19	29	*
TJ	2013/14	11	17	20	25	26	
	2022	34	34	25	32	35	*
	<b>Högstadiet</b>						
K	2013/14	21	11	15	17	16	
	2022	25	18	28	19	17	+
TJ	2013/14	25	31	39	38	38	*
	2022	46	46	42	51	62	+
	<b>Gymnasiet</b>						
K	2013/14	15	18	17	6	16	
	2022	18	16	30	35	39	**
TJ	2013/14	41	32	42	30	33	
	2022	35	44	52	56	56	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Bland högstadietjejer med lägst socioekonomiska bakgrund och hos ungdomar i gymnasiet bland de som har låg eller ganska låg socioekonomisk bakgrund har andelen som redovisat två eller fler dagliga psykosomatiska besvär ökat speciellt mycket. I mellanstadiet är däremot ökningen bland killar störst i mellangruppen och hos de som har lägst social bakgrund. Bland mellanstadietjerna har de största försämringarna skett för de som har hög eller ganska hög socioekonomisk bakgrund.

I tabell 76 beskrivs hur det ser ut när det gäller lågt skattad livskvalitet.

**Tabell 76. Stockholm. Högstadiet och gymnasiet. Låg självskattad livskvalitet efter kön, stadium, undersökningsår och socioekonomisk bakgrund. Andel (%).**

Kön	Stadium År	Socioekonomisk bakgrund					Sig nivå
		Hög	Ganska hög	Medel	Ganska låg	Låg	
	<b>Högstadiet</b>						
P	2013/14	7	5	9	11	12	**
	2022	4	6	14	9	14	*
F	2013/14	6	10	17	23	28	**
	2022	29	16	24	32	29	
	<b>Gymnasiet</b>						
P	2013/14	6	9	16	6	20	*
	2022	13	9	17	14	30	*
F	2013/14	11	14	22	15	22	*
	2022	12	18	25	26	42	*

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Bland högstadietkillarna är förändringarna ganska lika i de fem grupperna medan det bland högstadietjerna är störst hos de som har lägst socioekonomisk bakgrund. Ser vi till gymnasiet har andelen som skattar sin livskvalitet lågt ökat mer hos de som har låg eller ganska låg socioekonomisk bakgrund än hos övriga.

## 18.4 Förändringar i hälsa utifrån svensk/utländsk bakgrund

Frågan är om förändringarna över tid skiljer sig mellan de som har svensk och utländsk bakgrund. I tabell 77 studeras hur det ser ut när det gäller låg hälsa totalt.

**Tabell 77. Stockholm.** Andel (%) som skattar den totala hälsan lågt efter kön, stadium, undersökningsår och svensk/utländsk bakgrund.

Stadium Kön	År	Svensk/utländsk bakgrund				Sign. nivå
		Själv och båda föräldrar födda i Sverige	Adopterad eller en förälder född utomlands	Andra gen. invandrare	Första gen. invandrare	
<b>Mellanstadiet</b>						
Killar	2013/14	7	5	7	5	
	2022	11	14	18	15	*
Tjejer	2013/14	10	17	14	16	+
	2022	12	11	16	18	+
<b>Högstadiet</b>						
Killar	2013/14	8	9	12	10	
	2022	15	18	19	16	+
Tjejer	2013/14	16	22	23	20	+
	2022	30	40	43	37	**
<b>Gymnasiet</b>						
Killar	2013/14	13	16	17	12	
	2022	20	17	28	20	
Tjejer	2013/14	22	16	32	32	*
	2022	31	46	51	38	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

I mellan- och högstadiet framstår förändringarna när det gäller andelen som skattar den totala hälsan lågt att vara av samma storlek bland de som har utländsk och svensk bakgrund. I gymnasiet har vi däremot en större försämring bland andra generationens invandrare än bland övriga.

I tabell 78 studeras vilka förändringar som skett när det gäller två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.

**Tabell 78. Stockholm. Andel (%) som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär efter kön, stadium, undersökningsår och svensk/utländsk bakgrund.**

Stadium Kön	År	Svensk/utländsk bakgrund				Sign. nivå
		Själv och båda föräldrar födda i Sverige	Adopterad eller en förälder född utomlands	Andra gen. invandrare	Första gen. invandrare	
<b>Mellanstadiet</b>						
Killar	2013/14	13	14	16	9	
	2022	20	25	19	21	
Tjejer	2013/14	17	24	22	19	
	2022	29	35	34	32	
<b>Högstadiet</b>						
Killar	2013/14	13	15	17	15	
	2022	19	26	17	27	+
Tjejer	2013/14	33	43	38	30	
	2022	44	52	54	42	+
<b>Gymnasiet</b>						
Killar	2013/14	16	18	16	12	
	2022	21	27	29	33	**
Tjejer	2013/14	35	36	40	44	*
	2022	44	51	57	56	*

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Bland mellanstadie- och högstadiekillarerna är förändringarna ovanligt små bland andra generationens invandrare. Däremot är förändringarna speciellt stora bland andra generationens invandrartjejer i högstadiet och bland de som har utländsk bakgrund i gymnasiet.

I tabell 79 studeras hur andelen som skattar sin livskvalitet lågt har förändrats i högstadiet och gymnasiet.

**Tabell 79. Stockholm. Högstadiet och gymnasiet. Andel (%) som skattar livskvaliteten lågt efter kön, stadium, undersökningsår och svensk/utländsk bakgrund.**

Stadium Kön	År	Svensk/utländsk bakgrund				Sign. nivå
		Själv och båda föräldrar födda i Sverige	Adopterad eller en förälder född utomlands	Andra gen. invandrare	Första gen. invandrare	
<b>Högstadiet</b>						
Killar	2013/14	5	12	10	11	*
	2022	8	9	11	12	
Tjejer	2013/14	11	19	19	24	**
	2022	22	23	25	27	
<b>Gymnasiet</b>						
Killar	2013/14	10	8	15	27	**
	2022	14	10	19	10	
Tjejer	2013/14	17	16	16	26	
	2022	19	22	29	31	**

+ p<0.10; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

Allmänt är förändringarna ganska likartade bland de som har svensk och de som har utländsk bakgrund. Bland gymnasietjejeerna tycks dock andelen som skattar livskvaliteten lågt ha ökat något mer hos de som har utländsk bakgrund, speciellt bland andra generationens invandrare, än bland de som har svensk bakgrund. Möjligen skall även noteras att det bland första generationens invandrarkillar har blivit färre som skattar sin livskvalitet lågt.



## 18.5 Förändringar i hälsa i olika stadsdelar

I mellan- och högstadiet – där vi har ett strategiskt urval av stadsdelar – är det möjligt att studera förändringarna över tid för de åtta utvalda stadsdelarna. Vi börjar med att i tabell 80 presentera hur många som skattar den totala hälsan lågt.

**Tabell 80. Stockholm. Mellan- och högstadiet. Andel (%) som skattar den totala hälsan lågt efter kön, stadium, undersökningsår och boendeområde.**

Boendeområde	År	Mellanstadiet		Högstadiet	
		Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Bromma	2013/14	3	9	7	14
	2022	8	12	14	31
Östermalm	2013/14	2	7	7	22
	2022	8	6	25	40
Norrmalm	2013/14	7	13	7	12
	2022	10	21	13	33
Spånga/Tensta	2013/14	6	10	11	29
	2022	17	16	23	32
Enskede/Årsta	2013/14	11	8	10	19
	2022	13	14	17	26
Farsta	2013/14	8	17	13	22
	2022	18	9	9	34
Rinkeby/Kista	2013/14	7	12	9	15
	2022	17	18	19	35
Skärholmen	2013/14	3	20	12	25
	2022	15	18	20	40

Det första vi kan notera är att utvecklingen varierar betydligt mellan stadsdelarna. I de flesta fall är det fler som skattar sin hälsa lågt år 2022 än 2013/14, men detta gäller inte alltid. I några fall – bland mellanstadietjejeerna i Farsta och bland högstadiekillarna i samma stadsdel har andelen som skattar sin hälsa lågt t o m minskat. Ser vi till större negativa förändringar är dessa i mellanstadiet störst bland killar från Farsta, Rinkeby/Kista, Skärholmen och Spånga/Tensta. I högstadiet är däremot försämringarna som störst bland tjejer från Bromma, Norrmalm, Rinkeby/Kista och Östermalm. Här har vi alltså även en betydande försämring i tre stadsdelar med hög socioekonomisk struktur, nämligen Bromma, Norrmalm och Östermalm.

I tabell 81 studeras hur det ser ut när det gäller andel som redovisar två eller fler psykosomatiska besvär.

**Tabell 81. Stockholm. Mellan- och högstadiet. Andel (%) som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär efter kön, stadium, undersökningsår och boendeområde.**

Boendeområde	År	Mellanstadiet		Högstadiet	
		Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
Bromma	2013/14	8	14	15	31
	2022	16	27	21	40
Östermalm	2013/14	14	18	10	35
	2022	26	30	15	55
Norrmalm	2013/14	6	21	11	29
	2022	17	35	23	49
Spånga/Tensta	2013/14	13	19	20	44
	2022	28	42	22	51
Enskede/Årsta	2013/14	17	20	16	44
	2022	17	35	19	55
Farsta	2013/14	15	22	14	35
	2022	32	26	14	43
Rinkeby/Kista	2013/14	17	19	11	31
	2022	13	26	17	40
Skärholmen	2013/14	16	24	20	33
	2022	22	32	13	48

Även i detta fall varierar förändringarna avsevärt mellan de olika stadsdelarna men i de flesta fall har det blivit fler som redovisar två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Bland killarna är försämringen speciellt stor för mellanstadiekillar från Farsta och Spånga/Tensta och högstadiekillar från Norrmalm. Bland tjejerna är försämringen speciellt stor för mellanstadietjejer från Spånga/Tensta och högstadietjejer från Norrmalm och Östermalm.

Frågan kring livskvalitet finns endast med i enkäten på högstadiet. I tabell 82 studeras andelen som skattar sin livskvalitet lågt i de olika stadsdelarna.

**Tabell 83. Stockholm. Högstadiet. Andel (%) som skattar livskvaliteten lågt efter kön, stadium, undersökningsår och boendeområde.**

Boendeområde	År	Högstadiet	
		Killar	Tjejer
Bromma	2013/14	6	10
	2022	4	19
Östermalm	2013/14	5	15
	2022	11	30
Norrmalm	2013/14	4	9
	2022	6	21
Spånga/Tensta	2013/14	8	17
	2022	12	24
Enskede/Årsta	2013/14	7	14
	2022	14	24
Farsta	2013/14	11	19
	2022	7	24
Rinkeby/Kista	2013/14	12	20
	2022	10	19
Skärholmen	2013/14	14	30
	2022	12	26

I de flesta fall är förändringarna ganska begränsade men i Enskede/Årsta/Vantör, Spånga/Tensta och Östermalm samt bland tjejer i Bromma har andelen som tycker att deras livskvalitet är låg klart ökat över tid. Bland killarna är ökningen störst i Enskede/Årsta/Vantör och Östermalm, bland tjejerna i i Östermalm.

## 18.6 Förändringar i hälsa i relation till förtroende för föräldrar

Analyserna kring vad som påverkar ungdomarnas hälsosituation visar att förtroende för föräldrar har en egen, separat direkt påverkan bland högstadieelever (frågan finns ej med i mellanstadiet). Ungdomar som inte har förtroende för någon förälder har en klart sämre hälsosituation. Denna påverkan kvarstår även efter kontroll för social bakgrund och olikheter i hälsorelaterade levnadsförhållanden. Förtroende för föräldrar har alltså en mycket stark inverkan på hälsa. Detta gäller även om vi ser till situationen 2013/14.

En tänkbar orsak till försämringen av barnens och ungdomarnas hälsosituation skulle alltså kunna vara att det år 2022 är fler som inte har förtroende för någon förälder än 2013/14. I tabell 84 redovisas hur förtroende för föräldrar förändrats mellan 2013 och 2022.

**Tabell 84. Stockholm, högstadiet och gymnasiet. Andel som inte har förtroende för någon förälder efter kön, stadium och undersökningsår**

Stadium	Högstadiet		Gymnasiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Ej förtroende för någon förälder</b>				
2013/14	14	18	15	17
2022	13	21	11	13

Andelen som inte har förtroende för någon förälder tycks ha förändrats i ganska liten utsträckning, i gymnasiet har den t o m minskat något. Detta innebär att den försämrade hälsosituationen knappast kan förklaras av att ungdomarna skulle ha fått sämre förtroende för föräldrar.

## 18.7 Förändringar i hälsa i relation till hur man upplever sin fritidssituation

Analyserna kring vad som påverkar barnens och ungdomarnas hälsosituation visar att frågan kring hur man tycker att man har det på fritiden har en separat direkt påverkan. Barn och ungdomar som inte tycker att de har det bra på fritiden har en sämre hälsosituation. Detta kvarstår även efter kontroll för social bakgrund och olikheter i levnadsförhållande. Hur barn och ungdomar tycker att de har det på fritiden har alltså en mycket stark inverkan på deras hälsa: Dett gäller även för resultaten från 2013/14.

En tänkbar orsak till försämringen av barnens och ungdomarnas hälsosituation skulle alltså kunna vara att de år 2022 är mindre nöjda med sin fritidssituation än 2013/14.

**Tabell 85. Stockholm. Hur barn och ungdomar tycker att de har det på fritiden efter kön, stadium och undersökningsår. Andel (%).**

Stadium	Mellanstadiet		Högstadiet		Gymnasiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Bra fritidssituation</b>						
2013/14	80	73	70	59	61	57
2022	77	67	66	48	55	45
<b>Ej bra fritidssituation</b>						
2013/14	4,7	6,6	7,2	13,2	11,3	13,5
2022	4,2	6,1	5,9	16,2	9,2	17,7

Andelen som tycker att de har det bra på fritiden har minskat, i viss utsträckning, i samtliga fall. Störst är nedgången bland högstadie- och gymnasietjejer. Samtidigt måste observeras att det har blivit färre som tycker att deras fritidssituation inte är bra utom bland tjejerna i högstadiet och gymnasiet. Det är klart uppenbart att tjejerna i högstadiet och gymnasiet har blivit mindre nöjda med sin fritidssituation sedan 2013/14. Detta kan vara en förklaring till deras försämrade hälsosituation. I de övriga fyra grupperna är bilden mer oklar – färre tycker att fritidssituationen är bra men samtidigt är det också färre som tycker att den inte är bra. Här är det mer tveksamt att en försämring av fritidssituationen kan ge en förklaring till försämring av hälsosituationen.

## 18.8 Förändringar i hälsa i relation till hur man tycker om att gå i skolan

Analyserna kring vad som påverkar ungdomarnas hälsosituation visar att frågan kring hur man tycker om att gå i skolan har en direkt, separat påverkan i flera avseenden. Ungdomar som inte tycker bra om att gå i skolan skattar den totala hälsan, den fysiska och den psykiska

hälsan och livskvaliteten lägre och redovisar högre förekomst av psykosomatiska besvär. Detta gäller även efter kontroll för social bakgrund och levnadsförhållanden i övrigt. Om ungdomarna i lägre utsträckning tycker om att gå i skolan skulle detta kunna vara en förklaring till att deras hälsosituation har försämrats.

I tabell 86 studeras förändringarna när det gäller vad ungdomar tycker om att gå i skolan, där vi dels studerar hur många som tycker bra eller ganska bra om att gå i skolan, dels hur många som tycker det är dåligt eller ganska dåligt.

**Tabell 86. Stockholm. Högstadiet och gymnasiet. Andel som tycker bra eller ganska bra om att gå i skolan respektive andelen som tycker det är dåligt eller ganska dåligt efter kön, stadium och undersökningår.**

Stadium Tycker om att gå i skolan	Högstadiet		Gymnasiet	
	Killar	Tjejer	Killar	Tjejer
<b>Bra eller ganska bra</b>				
2013/14	67	69	62	67
2022	49	50	64	61
<b>Dåligt eller ganska dåligt</b>				
2013/14	6	5	7	8
2022	7	13	5	6

Resultaten skiljer sig mycket tydligt mellan högstadier och gymnasiet. I högstadiet har det skett en försämring, färre tycker bra eller ganska bra om att gå i skolan. Bland tjejerna har också andelen som tycker dåligt eller ganska dåligt om att gå i skolan ökat kraftigt. Detta kan vara en förklaring till den försämrade hälsosituationen i högstadiet. Ser vi däremot till gymnasiet är förändringarna mycket begränsade vilket innebär att förändringar kring hur man upplever sin skolsituation i mycket begränsad utsträckning kan förklara försämringen i hälsosituationen.

## 18.9 Sammanfattning

Vi har i det här kapitlet gjort en fördjupad analys av förändringarna i barns och ungdomars hälsosituation från 2013/14 till 2022. Det första vi kan notera är att det finns en mycket tydlig skillnad mellan mellanstadiet och de båda högre stadierna. **I mellanstadiet skattar barnen sin hälsa bättre år 2022.** Fler tycker att den är bra och färre att den inte är bra. **Mot detta skall dock ställas att det är fler år 2022 som uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.** Ökningen är inte obetydlig, andelen har ökat med mer än 50 %. Ser vi till social bakgrund är ökningen av andelen som har två eller fler psykosomatiska besvär speciellt stor bland andra generationens invandrarkillar. När det gäller socioekonomisk bakgrund skiljer sig bilden mellan killar och tjejer. Bland killar är försämringen mindre för de som har hög eller ganska hög socioekonomisk bakgrund, bland tjejerna är den däremot störst bland dessa. Mot detta senare skall dock ställas att denna grupp (tjejer med hög eller ganska hög socioekonomisk bakgrund) har haft en mer positiv utveckling när det gäller självskattad hälsa. Sammantaget tycks det alltså knappast vara någon speciell grupp som blivit mer utsatt, möjligen skulle det kunna vara andra generationens invandrarkillar.

När det gäller högstadiet och gymnasiet blir bilden entydigt annorlunda. För alla de fem mått på hälsa/livskvalitet vi studerat har det skett en klar försämring. Färre tycker att deras hälsa i olika avseenden och att deras livskvalitet är bra, fler uppger att de har psykosomatiska besvär. Den genomsnittliga livskvaliteten har sjunkit. Förändringarna skiljer sig ganska lite mellan

**högstadiet och gymnasiet men ett gemensamt mönster är att försämringarna är större bland tjejer än bland killar från 2013/14 till 2022.**

I flera fall gäller att försämringen är störst i ”utsatta” grupper. Analyserna av sambanden med social bakgrund har koncentrerats till att studera hur många som skattar den totala hälsan respektive livskvaliteten lågt samt förekomst av minst två dagliga psykosomatiska besvär.

Med utgångspunkt från detta kan vi konstatera att försämringen när det gäller självskattad hälsa är speciellt stor bland tjejer i högstadiet och gymnasiet som inte bor med bägge föräldrar. Andelen med två eller fler psykosomatiska besvär har ökat speciellt mycket bland högstadietjejer som bor med en ensamstående mamma. Ser vi till förtroende för föräldrar är försämringen speciellt stor bland de som inte har förtroende för någon förälder när det gäller hälsa bland tjejer i högstadiet och gymnasiet, när det gäller besvär bland tjejer från högstadiet och när det gäller livskvalitet bland killar i högstadiet och tjejer i gymnasiet.

Ser vi till socioekonomisk bakgrund gäller att högstadietjejer med låg sådan haft en större försämring när det gäller förekomst av psykosomatiska besvär och livskvalité. Bland killarna i gymnasiet har motsvarande grupp en högre ökning när det gäller förekomst av besvär. Detta gäller även för gymnasietjejerna men här ligger också försämringen högt när det gäller hälsa och livskvalitet.

Ser vi till svensk/utländsk bakgrund gäller att försämringen, om vi ser till förekomst av psykosomatiska besvär, är större bland ungdomar med utländsk bakgrund. I högstadiet gäller detta för andra generationens invandrare, i gymnasiet för båda andra och första generationens invandrare. Vid sidan av detta kan vi notera att försämringen när det gäller hälsa i gymnasiet är speciellt stor för andra generationens invandrare och bland gymnasietjejer med utländsk bakgrund när det gäller livskvalitet.

Sammantaget måste vi konstatera att vi har en rad situationer där försämringen från 2013/14 till 2022 är speciellt negativ för flera ”utsatta” grupper, något som ökar ojämlikheten.

Resultaten från analyserna kring hur social bakgrund och levnadsförhållanden direkt påverkar ungdomarnas hälsosituation visar att förtroende för föräldrar, hur man tycker om sin fritidssituation samt hur man tycker om att gå i skolan varför sig har en separat, direkt inverkan även efter kontroll för social bakgrund och andra levnadsförhållanden. En förklaring till den försämrade hälsosituationen skulle alltså kunna bero på en försämring i någon eller flera av dessa situationer. I kapitlet har vi därför studerat om det skett någon förändring när det gäller förtroende för föräldrar, vad man tycker om sin fritidssituation och hur man tycker om att gå i skolan.

Om vi ser förtroende för föräldrar är förändringarna mycket begränsade. Andelen som tycker att de har det bra på fritiden är år 2022 genomgående lägre än 2013/14. Samtidigt har det också blivit färre som tycker att de inte har det bra, så man kan knappast tala om att det skett en tydlig försämring. När det gäller vad ungdomarna tycker om att gå i skolan finns en tydlig skillnad mellan högstadiet och gymnasiet. I högstadiet har det skett en tydlig försämring – fler tycker inte om att gå i skolan. Däremot har det skett små förändringar i gymnasiet.

Sammantaget pekar resultaten mot att försämringen i hälsosituationen i begränsad utsträckning skulle kunna förklaras av försämringar när det gäller förtroende för föräldrar och hur

man tycker om att gå i skolan. I högstadiet skulle däremot förändringen när det gäller hur man tycker att man har det på fritiden kunna vara en förklaring, något som dock ej gäller i gymnasiet.

## Kapitel 19. Orsaker till ökningen av besvär och psykisk ohälsa

I media och den offentliga debatten har ökad psykisk ohälsa, speciellt bland tjejer, uppmärksamats starkt under senare tid. Att det skett en försämring styrks av uppgifter från läkemedelsstatistik rörande antalet patienter i åldersgruppen 10-19 år som i Stockholms län föreskrivits sömnmedel och lugnande, antidepressiva respektive lugnande och ångestdämpande läkemedel pekar på en kraftig ökning från 2006 och framåt. Ökningen är klar störst när det gäller sömnmedel och lugnande medel, där det skett en femdubbling eller mer. Närmast efter detta kommer användning av antidepressiva som nästan fördubblats bland killar och nästan tredubblats bland tjejer. Det finns även en ökning när det gäller hur många som använt lugnande, ångestdämpande medel men här är ökningen inte lika stor. Störst könsskillnader i förändringarna har vi för antidepressiva medel, minst när det gäller sömnmedel och lugnande.

Uppgifter kring förändringarna i andelen med två eller fler psykosomatiska besvär och psykisk hälsa år 2013 och 2022 efter kön och stadium har redovisats i kapitel 19, Andelen som uppger att de dagligen har två eller fler psykosomatiska besvär har ökat i alla stadier – alltså även i mellanstadiet. Andelen som ha två eller fler psykosomatiska besvär har i samtliga fall ökat med cirka 40-50 % i alla grupper sedan 2013 både bland killar och tjejer i bägge stadierna. Även andelen som skattar den psykiska hälsan lågt har ökat både bland killar och tjejer men i detta fall är ökningen klart större bland tjejer.

Det är intressant att se närmare på hur förändringarna ser ut när det gäller olika psykosomatiska besvär. Detta redovisas i tabell 87.



**Tabell 87. Stockholm, 2013/14 och 2022. Andel som har olika former av psykosomatiska besvär dagligen efter kön och stadium. Andel (%).**

Olika former av besvär dagligen	Mellanstadiet		Högstadiet	
	2013/14	2022	2013/14	2022
<b>Ont i magen</b>				
Killar	5	5	4	6
Tjejer	7	8	10	17
<b>Ont i huvudet</b>				
Killar	6	6	5	5
Tjejer	9	10	13	16
<b>Svårt att sova, somna</b>				
Killar	16	22	11	17
Tjejer	20	29	20	26
<b>Oro, ångest</b>				
Killar	6	7	3	10
Tjejer	10	18	17	36
<b>Trött</b>				
Killar	23	24	17	22
Tjejer	26	28	32	41
<b>Deppig</b>				
Killar			6	8
Tjejer			13	25
<b>Stressad</b>				
Killar			13	20
Tjejer			20	45

I de flesta fall har förekomstens av olika psykosomatiska besvär ökat, något mer bland tjejer, dock ej alltid. Bland killarna har vi relativt sett en speciellt hög ökning när det gäller förekomst av oro/ångest i högstadiet. Bland tjejer är den relativa ökningen speciellt stor i mellanstadiet när det gäller svårt att sova/somna och oro/ångest. Även bland högstadiet tjejerna är ökningen större när det gäller oro/ångest men också när det gäller deppighet.

Andelen som skattar den psykiska hälsan lågt har i högstadiet ökar både bland killar och tjejer med cirka 60 % (se kapitel 19). Ser vi till den relativa ökningen är denna dock inte större bland tjejer än bland killar. Ser man däremot till antal individer är ökningen klart större bland tjejer eftersom det redan 2013 var klart vanligare att tjejer hade psykosomatiska besvär respektive låg psykisk hälsa.

En intressant fråga är vad som kan dölja sig bakom ökningen av psykosomatiska besvär och försämrade psykisk hälsa. I kapitel 14 studerades hur olika levnadsförhållanden inverkar – efter hänsyn tagits till skillnader när det gäller social bakgrund – familjesituation, socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund samt stadsdel. Resultaten varierar något beroende på kön och ålder men det finns genomgående ett antal levnadsförhållanden som inverkar. I mellanstadiet där endast förekomst av psykosomatiska besvär har studerats inverkar hur man tycker om sin fritidssituation mycket starkt. Ser vi till högstadiet där både förekomst av psykosomatiska besvär och psykisk hälsa studerats framträder en tydlig koppling till/inverkan från

- förtroende för föräldrar (finns endast i högstadiet)
- hur man tycker om sin fritidssituation
- hur man tycker om att gå i skolan
- regelbundet intag av frukost
- regelbundet intag av lunch

- hur man upplever sina chanser i livet
- bland tjejer rädsla när man är ute på fredags- och lördagskvällar

Här är det av speciellt intresse att se härmare på vilka förändringar som skett över tid när det gäller dessa faktorer. Tyvärr saknas i vissa fall uppgifter från 2013 eftersom frågan inte fanns med i undersökningen. I tabell 88 redovisas uppgifter kring de faktorer som kan följas upp.

**Tabell 88. Stockholm, 2013/14 och 2022. Förändringar i levnadsförhållanden som inverkar på psykosomatiska besvär och psykisk hälsa efter kön och stadium. Andel (%).**

Levnadsförhållanden	Mellanstadiet		Högstadiet	
	2013/14	2022	2013/14	2022
<b>Förtroende för någon förälder</b>				
Killar			86	87
Tjejer			82	79
<b>Fritidssituation bra</b>				
Killar	80	75	70	66
Tjejer	73	67	59	48
<b>Fritidssituation – ej bra</b>				
Killar	5	4	7	6
Tjejer	7	4	13	16
<b>Tycker bra om att gå i skolan</b>				
Killar			67	59
Tjejer			59	50
<b>Tycker ej bra om att gå i skolan</b>				
Killar			6	9
Tjejer			5	12
<b>Rädd i fler än ett sammanhang</b>				
Killar			13	19
Tjejer			39	54
<b>Äter regelbundet frukost</b>				
Killar	72	75		
Tjejer	70	59		
<b>Äter regelbundet lunch</b>				
Killar	74	69		
Tjejer	73	60		

Om vi börjar med mellanstadiet gäller att barnen år 2022 är mindre nöjda med sin fritidssituation och att det bland tjejer har blivit färre som äter lunch regelbundet samt bland tjejerna som ätit frukost regelbundet. Förändringarna är genomgående relativt sett större bland tjejer än bland killar.

Ser vi till högstadiet har andelen som inte har förtroende för någon förälder ändrats obetydligt. Däremot trivs ungdomarna sämre med sin fritidssituation och tycker sämre om att gå i skolan år 2022. Andelen som uppger att de är rädda för att gå ut på fredags- och lördagskvällar har ökat och det är där vi har den största förändringen.

**Uppenbart finns en koppling mellan försämrad psykisk hälsa och försämringar i levnadsförhållanden som är direkt kopplade till sämre psykisk hälsa. Frågan är sedan vad som påverkar vad.** Är det sämre levnadsomständigheter – t ex att man inte äter frukost, lunch regelbundet - som leder till försämrad psykisk hälsa eller är det tvärtom? Detta går inte att svara på eftersom vi inte har någon longitudinell undersökning.

I media och även inom forskningen har många tagit upp att hög användning av sociala medier och mycket skärmtid kan ha negativa effekter på den psykiska hälsan. Det är därför av intresse att se närmare dels på vilka förändringar som skett över tid samt hur kopplingen till sämre psykisk hälsa ser ut. Uppgifterna kring tid man ägnar åt olika saker har i mellanstadiet hämtats från frågan *Hur lång tid gjorde du följande saker i går efter skolan?* De alternativ vi studerar är: Deltog i olika sociala medier (t. ex. TikTok/Instagram/Snapchat)<sup>63</sup>, Spelade onlinespel, playstation, Xbox och liknande<sup>64</sup> samt Tittade på Youtube, tv, film, serier (typ Netflix, HBO, Cmore)<sup>65</sup>. I högstadiet hämtas uppgifterna från frågan *Hur många timmar ägnade du åt följande de senaste 7 dagarna på din fritid?* De alternativ vi studerar är: Deltog i olika sociala medier som Snapchat, TikTok; Instagram eller likande<sup>66</sup>, Spelade playstation, Xbox, onlinespel och liknande<sup>67</sup>, Använde mobilen<sup>68</sup> samt tittade på film/TV/serier/Youtube.

Utifrån detta har också samlad skärmtid beräknats som summan av att titta på film/Tv/serier/Youtube, vara med i sociala medier, använda mobilen spela Playstation/Xbox/onlinespel.

Vi börjar med att studera hur mycket tid barnen lägger ned på olika saker år 2013/14 och 2022 totalt samt skillnader mellan de som redovisat två eller fler psykosomatiska besvär och övriga i mellanstadiet.

**Tabell 89. Stockholm, mellanstadium 2013/14 och 2022. Skärmtid i olika former – totalt samt jämförelse mellan de som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär och övriga. Medelvärde (minuter) efter kön och undersökningsår.**

Kön Psykosomatiska besvär	Killar		Tjejer	
	2013/14	2022	2013/14	2022
<b>Använt sociala medier</b>	<b>68</b>	<b>42</b>	<b>79</b>	<b>57</b>
Högst ett psykosomatiskt besvär	66	38	74	45
Två eller fler psykosomatiska besvär	83	61	101	89
<b>Spelat online</b>	<b>132</b>	<b>75</b>	<b>41</b>	<b>19</b>
Högst ett psykosomatiskt besvär	132	75	36	17
Två eller fler psykosomatiska besvär	149	83	68	24
<b>Tittat på film, Tv</b>	<b>154</b>	<b>63</b>	<b>149</b>	<b>53</b>
Högst ett psykosomatiskt besvär	155	62	143	49
Två eller fler psykosomatiska besvär	167	76	178	66
<b>Skärmtid</b>	<b>355</b>	<b>180</b>	<b>269</b>	<b>130</b>
Högst ett psykosomatiskt besvär	353	175	253	111
Två eller fler psykosomatiska besvär	340	221	347	179

Det första vi kan konstatera är att barnen år 2022 ägnat mindre tid åt de olika aktiviteterna och har totalt mindre skärmtid än 2013. Skärmtiden har alltså minskat. Genomgående gäller att de som har två eller fler psykosomatiska besvär lägger mer tid på de olika aktiviteterna än övriga. Skillnaderna är som störst år 2022 när det gäller användningen av sociala medier. Relativt sett är skillnaderna här – både bland killar och tjejer – mycket större 2022 än 2013. Barn med psykosomatiska besvär använder alltså sociala medier mer år 2022 än 2013. En annan

<sup>63</sup> År 2013 var alternativet utformat som deltog i olika communities som Facebook, My space, Habbo etc,

<sup>64</sup> År 2013 var alternativet utformat som spelade onlinespel, Playstation, Wii och liknande

<sup>65</sup> År 2013 var alternativet utformat som tittade på TV.

<sup>66</sup> År 2013 var alternativet utformat som deltog i olika communities som Facebook, My space, Instagram eller liknande,

<sup>67</sup> År 2013 var alternativet utformat som spelade Playstation, Wii, onlinespel eller liknade

<sup>68</sup> År 2013 var alternativet utformat som pratade i mobilen eller messade

sak att notera att skillnaderna när det gäller skärmtid totalt är större bland tjejer än bland killar. Även här gäller att skillnaderna relativt sett är större 2022 än 2013.

Frågan är hur det ser ut i högstadiet där vi även studerar samband med psykosomatiska besvär och låg psykisk hälsa.

**Tabell 90. Stockholm, högstadium 2013/14 och 2022. Skärmtid i olika former senaste veckan – totalt samt jämförelse mellan de som har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär och övriga respektive de som skattar den psykiska hälsan lågt och övriga. Medelvärde (timmar) efter kön och undersökningsår.**

Kön	Killar		Tjejer	
	2013/14	2022	2013/14	2022
<b>Psykosomatiska besvär</b>				
<i>Använt sociala medier</i>	<b>4,81</b>	<b>6,81</b>	<b>7,06</b>	<b>9,77</b>
Ej psykosomatiska besvär	4,64	6,90	6,24	9,30
Tv eller fler psykosomatiska besvär	6,36	7,91	8,70	11,04
Psykisk hälsa ej låg	4,88	7,14	6,80	8,84
Psykisk hälsa låg	5,21	7,25	9,65	10,93
<i>Använt mobil</i>	<b>4,54</b>	<b>12,01</b>	<b>7,20</b>	<b>13,30</b>
Ej psykosomatiska besvär	4,27	12,27	6,27	12,79
Tv eller fler psykosomatiska besvär	6,73	14,11	9,07	14,94
Psykisk hälsa ej låg	4,57	12,38	6,82	12,27
Psykisk hälsa låg	5,35	13,17	9,18	14,91
<i>Spelat online</i>	<b>7,49</b>	<b>7,20</b>	<b>1,37</b>	<b>1,48</b>
Ej psykosomatiska besvär	7,32	7,38	1,12	1,35
Tv eller fler psykosomatiska besvär	9,44	8,43	1,85	1,67
Psykisk hälsa ej låg	7,73	7,48	1,23	1,38
Psykisk hälsa låg	9,86	7,83	1,93	1,58
<i>Skärmtid totalt</i>	<b>29,3</b>	<b>34,7</b>	<b>27,3</b>	<b>32,5</b>
Ej psykosomatiska besvär	28,4	35,2	24,0	31,0
Tv eller fler psykosomatiska besvär	38,2	41,3	33,7	36,2
Psykisk hälsa ej låg	29,5	35,6	25,8	29,6
Psykisk hälsa låg	34,0	38,7	30,9	36,5

Det första vi kan notera är att ungdomar använt mer skärmtid år 2022 än 2013. Ser vi till samlad skärmtid har denna ökat med knappt 20 % både bland killar och tjejer. Bägge åren gäller att killar har något mer – cirka 7 % mer - skärmtid totalt än tjejer. Ökningen är relativt störst när det gäller användning av mobilen – bland killar är tiden man använt denna 2,6, bland tjejer 1,9 gånger - så hög år 2022. Vi har också en ökning när det gäller sociala medier. År 2022 lägger ungdomarna ungefär 40 % mer tid på detta. Däremot är förändringarna när det gäller att spela på playstation och onlinespel liten.

Om vi ser till förekomst av psykosomatiska besvär och låg psykisk hälsa gäller genomgående att de som har detta använt mer skärmtid totalt och i olika former. I de flesta fall handlar det om en skillnad upp till 20 % mer tid bland de som har sådana problem än bland de som inte har det. Det finns dock några fall där skillnaderna är större relativt sett. År 2013 är skillnader kopplade till såväl psykosomatiska besvär och lågt skattad psykisk hälsa klart större när det gäller att spela playstation och skärmtid totalt. Skillnad är klart mycket mindre år 2022.

## 19.1 Sammanfattning

Om vi sammanfattar resultaten gäller att andelen som uppger två eller fler dagliga psykosomatiska besvär liksom andelen som i högstadiet uppger att de har låg psykisk hälsa har ökat

markant från 2013 till 2022. Detta stämmer väl med vad som framförts i den offentliga debatten och uppgifter kring antalet barn och ungdomar som använt sömnmedel, antidepressiva och lugnande samt lugnande ångstdämpande medel som också ökat under perioden. Ett genomgående drag är att ökningen i antal är större bland tjejer än bland killar vilket gör att könsskillnaderna ökar. Det kan dock vara viktigt att notera att om vi ser vi till den relativa ökningen är denna lika stor bland killar och tjejer.

Detta kan sammankopplas med en försämring när det gäller hälsorelaterade levnadsförhållanden. Barn och ungdomar tycker i lägre utsträckning att deras fritidssituation är bra, i högstadiet har det också blivit fler som tycker att den inte är bra. I mellanstadiet har det blivit fler bland tjejerna som inte äter frukost respektive lunch regelbundet (i högstadiet finns inte data om detta för år 2013). I högstadiet gäller att det har blivit färre sedan 2013 som tycker bra om att gå i skolan liksom att det blivit fler som uppger att de känner sig rädda i något sammanhang när de är ute på fredags-/lördagskvällar. **Det finns alltså flera tecken på en försämring av hälsorelaterade levnadsförhållanden. Den ökade förekomsten av psykosomatiska besvär och låg psykisk hälsa kan sammankopplas med försämrade levnadsförhållanden.** Hur mycket och hur starkt går inte att avgöra eftersom uppgifter i vissa fall inte finns för 2013.

Däremot får påståendet att en orsak skulle vara en ökning av skärmtid svagt stöd. I mellanstadiet har den genomsnittliga skärmtiden minskat och även om det skett en ökning i högstadiet är denna ökning inte större bland de som har psykosomatiska besvär eller låg psykisk hälsa, tvärtom är den mindre. Även om barn och ungdomar som har psykosomatiska besvär eller låg psykisk hälsa i genomsnitt använder mer skärmtid är detta knappast orsaken till ökningen av sådana problem.

## Kapitel 20. Sammanfattning

Syftet med rapporten är att studera hälsosituationen bland barn och ungdomar i åldersgruppen 10-16 år i Stockholm. I detta ingår

1. Att studera hur hälsosituationen skiljer sig beroende på kön och ålder
2. Att studera hur hälsosituationen förändrats över tid

I analyserna kommer vi även att belysa hur situationen är i Stockholm jämfört med hur det ser ut i andra delar av Sverige.

1. Att studera skillnader mellan killar och tjejer och undersöka om könsskillnaderna varierar beroende på social bakgrund.
2. Att studera hur hälsosituationen varierar beroende på familjesituation, socioekonomisk respektive svensk utländsk bakgrund samt boendeområde (stadsdel)
3. Att studera hur hälsosituationen förändrats över tid med speciella analyser av förändringar från 2013 till 2022
4. Att göra fördjupade av sambanden med social bakgrund för att få en bild av de enskilda bakgrundsfaktorerna separata inverkan efter kontroll för inverkan från övriga bakgrundsfaktorer.
- 5 Att analysera hur olika hälsorelaterade levnadsförhållanden - efter kontroll för social bakgrund – inverkar på hälsosituationen

Material till analyserna har hämtats från de slumpmässiga enkätundersökning som genomfördes år 2022 i mellan-, högstadiet och gymnasiet I dessa har barnen och ungdomarna fått besvara en enkät under lektionstid där en person från idrottsförvaltningen varit närvarande för att besvara eventuella frågor från eleverna. I enkäten anges att de svarande inte skall uppge sitt namn så att ingen skall veta hur den enskilde eleven har svarat. För att ytterligare garantera anonymiteten har vi vid presentationer undvikit att redovisa resultat (t ex uppgifter kring enskilda skolor eller små grupper) som skulle göra det möjligt att identifiera enskilda individer.

I mellan- och högstadiet är urvalet av elever ett tvåstegsurval. I ett första steg har ett strukturerat urval av åtta stadsdelar med olikartad socioekonomisk- och sociodemografisk struktur gjorts. Dessa är Bromma, Enskede/Årsta/Vantör, Farsta, Norrmalm, Rinkeby/Kista, Skärholmen, Spånga/Tensta samt Östermalm. Inom dessa stadsdelar har ett slumpmässigt urval bland samtliga elever som går i skolorna i dessa stadsdelar gjorts. Detta innebär att vi även får med elever som kommer från andra stadsdelar. I gymnasiet är urvalet ett slumpmässigt urval av alla elever som går gymnasieskolor belägna i Stockholms stad. Både kommunala skolor och friskolor ingår i urvalet i samtliga stadier.

Antalet svarande är i mellanstadiet 1 956, i högstadiet 1 880 ungdomar och i gymnasiet 1 142, Svarsfrekvens är 70 % i mellanstadiet, 71 % i högstadiet och 59 % i gymnasiet På grund av den låga svarsfrekvensen i gymnasiet görs här endast mer begränsade analyser.

Stockholms stad har formulerat sina mål att förbättra barns och ungdomars hälsosituation i en rad olika dokument där Agenda 2030 kan sägas utgöra en utgångspunkt<sup>69</sup>. Dessa mål är inriktade mot att öka jämställdheten och motverka ojämlikhet i olika avseenden

---

<sup>69</sup> Agenda 2030.

## 20.1 Jämställdhet

Att hälsosituationen inte är jämställd framgår tydligt i de redovisade resultaten. Det är klart vanligare att tjejer har en mer bekymmersam hälsosituation. Ser vi till utvecklingen de senaste åren (från 2013/14 och framåt) finns tecken på att könsskillnaderna när det gäller hur många som skattar sin hälsa lågt har ökat i högstadiet. Däremot är förändringarna ganska begränsade när det gäller psykosomatiska besvär – könsskillnaderna är i dagsläget relativt sett lika stora. I högstadiet tycks könsskillnaderna ha minskat något om vi ser till hur många som skattar sin livskvalitet lågt.

Könsskillnaderna är i stor utsträckning generella och likartade oberoende av ungdomarnas sociala bakgrund. Detta stämmer väl med vad Folkhälsoinstitutet funnit i den senaste studien av skolbarns hälsa<sup>70</sup>. Resultaten är inte heller unika för Stockholm – liknande resultat framkommer i en lång rad andra studier. Detta är inte heller något som framträtt under de senaste åren, tvärtom är det något som gällt under lång tid.

I debatten har ofta hävdats att könsskillnaderna kan förklaras av att tjejer satsar mer på att prestera i skolan, t ex lägger de ner mer tid på att läsa läxor och har bättre betyg. Detta och (inte minst de egna) kraven på att lyckas skulle kunna leda till att de blir stressade, vilket i sin tur leder till att de får sämre hälsa. Resultaten som presenterats tidigare i rapporten ger inget stöd för denna förklaring. En annan förklaring som också ofta framförs är att tjejer pressas av dubbla krav/förväntningar. De skall vara ”kvinnliga” men också kunna konkurrera med killarna. Analyserna av resultat från Malmö och Eskilstuna ger inget stöd för dessa hypoteser<sup>71</sup>.

En förklaring till könsskillnaderna i hälsa skulle kunna vara skillnader i levnadsförhållanden och livsstil. Social bakgrund och livsstil kan ”förklara” könsskillnaderna på två olika sätt. Det första handlar om att tjejer har sämre levnadsförhållanden utifrån från hälsoperspektivet. Tjejer är oftare rädda när de är ute på kvällarna, de upplever oftare att de blivit mobbade/trakas-serade, äter mindre ofta regelbundet frukost och middag och är i lägre utsträckning fysiskt aktiva. Det är också vanligare att de inte har förtroende för bägge föräldrar och fler tycker att de inte har en bra fritid. Allt detta är förhållanden som har en negativ inverkan på hälsan. En annan förklaring skulle kunna vara att negativa levnadsförhållanden för hälsa har större inverkan på hälsan bland tjejer än bland killar. Samtidigt kan självklart motsatsen gälla – avvikelser från det ”normala” kan få en mer negativ inverkan bland killar eftersom denna grupp – som är mindre bland killarna – framstår som mer avvikande. Detta senare tycks t ex gälla i högstadiet om vi ser till förtroende för föräldrar där de relativa könsskillnaderna när det gäller hälsa är mindre bland de som saknar förtroende för föräldrar än bland den majoritet som har förtroende för någon förälder.

För att få en bild av i vilken utsträckning olikheter i levnadsförhållanden inverkar på könsskillnaderna när det gäller hälsosituationen har vi - med linjär regressionsanalys – studerat hur de ursprungliga könsskillnaderna förändras efter kontroll för social bakgrund och olikheter i levnadsförhållanden.

I mellanstadiet, där det endast finns uppgifter om lågt skattad hälsa totalt och psykosomatiska besvär, är de ursprungliga könsskillnaderna mycket små och detta förändras obetydligt om vi

---

<sup>70</sup> Folkhälsomyndigheten. **Pojkar mår bättre än flickor i tonåren.**

<sup>71</sup> Blomdahl, Elofsson, Bergmark. **Ung livsstil. Malmö** och Blomdahl, Elofsson **Ung livsstil i Eskilstuna.**

kontrollerar för olikheter i levnadsförhållanden. Däremot är könsskillnaderna större när det gäller psykosomatiska besvär. I detta fall kan cirka en fjärdedel av denna skillnad förklaras av olikheter i levnadsförhållanden. Fortfarande kvarstår dock betydande könsskillnader.

I högstadiet finns alla de fem måtten på hälsa och där finns även förtroende för föräldrar med. Detta ger en fylligare och mer fullständig bild av hur social bakgrund och levnadsförhållanden kan påverka könsskillnaderna. Trots att förtroende för föräldrar finns med – denna skiljer ju sig mellan killar och tjejer och har en direkt inverkan på hälsa - förändras könsskillnaderna mycket lite. Däremot har skillnader i levnadsförhållanden en påverkan, mer eller mindre stor del av könsskillnaderna kan förklaras av skillnader i levnadsvanor mellan killar och tjejer. Deras inverkan varierar dock. Ser vi till förekomst av låg fysisk hälsa tycks skillnader i levnadsvanor förklara hela könsskillnaden. När hänsyn tagits till olikheterna – t ex att tjejer i mindre utsträckning är fysiskt aktiva försvinner könsskillnaderna. Ser vill till låg livskvalitet kan cirka 75 % av könsskillnaderna förklaras av skillnader när det gäller levnadsvanor. När det gäller låg hälsa totalt, låg psykisk hälsa och psykosomatiska besvär kan cirka 60 % av könsskillnaderna återföras till olikheter i levnadsvanor. Resultaten visar alltså att en ganska stor del – dock inte hela – kan återföras till sämre hälsorelaterade levnadsvanor bland tjejerna. Detta visar att sämre hälsosituation inte behöver tas för given bland tjejerna. Om man inriktar sig mot att få fler fysiskt aktiva, att tjejer får bättre matvanor och inte minst att ge dem en fritidssituation som de är nöjda med kan könsskillnaderna reduceras avsevärt.

## 20.2 Jämlikhet

I detta avsnitt studeras i vilken utsträckning manuppnått jämlikhet när det gäller ålder, familjesituation, socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund samt mellan olika boendeyråden (stadsdelar).

### 20.2.1 Jämlikhet och ålder

Hälsosituationen är inte jämlik om vi ser till ålder. Det finns en klar ojämlikhet som innebär att hälsan försämras med ökad ålder där skillnaderna är speciellt framträdande bland tjejer. Parallellt med detta finns också en ojämlikhet om vi ser till olika faktorer som inverkar på hälsosituationen. Andelen som är fysiskt aktiva minskar med ökad ålder. Även andelen som äter frukost, lunch respektive middag minskar. Det finns även tecken på att det blir mer vanligt att man äter onyttig mat. Inte minst viktigt är att upplevelsen av hur man har det på fritiden försämras med ökad ålder. Till detta kan läggas att andelen som är rädda när de är ute på fredags-/lördagskvällar ökar bland killarna med ökad ålder. **De hälsorelaterade levnadsförhållandena försämras alltså i en lång rad avseenden,**

En intressant fråga är hur mycket av ojämlikheten i hälsosituationen när det gäller ålder som kan återföras till, ”förklaras” av förändringar i hälsorelaterade levnadsförhållande? För att analysera detta har linjära regressionsanalyser gjorts med de variabler som finns i alla de tre stadierna. Detta innebär att vi studerat förekomst av låg hälsa och psykosomatiska besvär. De hälsorelaterade faktorerna är hur man tycker om fritidssituationen, om man är fysiskt aktiv samt matvanor.

Resultaten från dessa analyser visar att levnadsförhållanden i mer eller mindre utsträckning kan ”förklara” försämringen av hälsosituationen. Störst är inverkan när det gäller psykosomatiska besvär där de medtagna levnadsförhållandena förklarar ungefär 70 % av åldersskillnaderna bland killar och cirka 60 % bland tjejerna. De faktorer som främst inverkar är vad man tycker om sin fritidssituation samt oregelbundet intag av lunch respektive intag av onyttig



mat. Bland tjejerna har även oregelbundet middagsätande en tydlig inverkan. Däremot tycks fysisk aktivitet ha mindre inverkan.

Ser vi till förekomst av låg total hälsa skiljer sig bilden markant mellan killar och tjejer. Bland killar kan de medtagna levnadsförhållandena helt förklara ålderskillnaderna, bland tjejer endast 50 %. De levnadsförhållanden som ”förklarar” mest är att man är mindre nöjd med sin fritidssituation, att färre blivit fysiskt aktiva med ökad ålder, att det blivit färre som äter frukost respektive lunch regelbundet samt att man i lägre omfattning äter nyttig mat. Bland tjejerna inverkar även att det blivit något färre som äter middag regelbundet.

### **20.2.2 Jämlikhet och familjesituation**

De som bor med bägge föräldrar har genomgående en hälsosituation som är bättre eller minst lika bra som i övriga familjesammansättningar. Högstadiungdomar med växelvis boende redovisar i speciellt hög utsträckning lågt skattad hälsa totalt, fysiskt och psykiskt. Killar i mellanstadiet som bor med en ensamstående mamma har ovanligt ofta låg hälsa totalt och mellanstadietjejer som bor med en ensamstående mamma har oftare två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.

Det som har störst genomslag är förtroende för föräldrar i högstadiet (frågan finns inte med i mellanstadiet). Ungdomar som inte har förtroende för någon förälder har en sämre situation i alla de fem mått på hälsa som vi studerat. Att förtroende för föräldrar har en stark inverkan förstärks också av att detta är den enda bakgrundsfaktor som har störst enskild, direkt, inverkan på hälsosituationen. Dessutom gäller att denna inverkan kvarstår även efter kontroll för olika hälsorelaterade levnadsförhållanden.

**Hälsosituationen är inte jämlik om vi ser till barns och ungdomars familjesituation där ojämlikheten är starkt kopplad till förtroende för föräldrar. Ungdomar som inte har förtroende för någon förälder har genomgående en sämre hälsosituation som endast i begränsad utsträckning kan återföras till olikheter i social bakgrund och levnadsförhållanden.** Ett problem är givetvis att avgöra sambandens riktning. Är det bristen på förtroende som leder till den sämre hälsosituationen eller är det kanske så att den upplevda sämre hälsosituationen leder till att de får sämre relation till föräldrarna. Detta går inte att avgöra eftersom studien inte är longitudinell. Det som kan vara viktigt att ha i minnet är att gruppen som inte har förtroende för någon förälder inte är marginell. Bland högstadiekillar handlar det om 13 %, bland högstadietjejerna om 21 %.

### **20.2.3 Jämlikhet och socioekonomisk bakgrund**

Det finns ett flertal skillnader mellan barn och ungdomar med högre och lägre socioekonomisk bakgrund som visar mot att de som har högre socioekonomisk bakgrund har en bättre hälsosituation. Detta gäller bland mellanstadiekillar för förekomst av psykosomatiska besvär samt bland högstadiekillar för låg hälsa totalt, låg fysisk hälsa samt låg livskvalitet. Ett tredje mönster som främst finns bland tjejer i högstadiet är att de som har lägre socioekonomisk bakgrund har en sämre hälsosituation än övriga. Detta gäller bland högstadietjejer för låg fysisk hälsa, låg psykisk hälsa, två eller fler dagliga psykosomatiska besvär samt låg livskvalitet.

Ett problem är att socioekonomisk bakgrund är sammankopplad med svensk/utländsk bakgrund och stadsdel. Barn och ungdomar med utländsk bakgrund har i genomsnitt lägre socioekonomisk bakgrund. I stadsdelar med högre socioekonomisk struktur – t ex Bromma – är andelen med utländsk bakgrund låg medan andelen med utländsk bakgrund är hög i Skärholmen

och Rinkeby/Kista - två stadsdelar med låg socioekonomisk struktur. Skillnader mellan barn och ungdomar med olika socioekonomisk bakgrund fångar alltså även in skillnader kopplade till svensk/utländsk bakgrund och boendeområde. Tar vi hänsyn till detta blir ojämlikheten i hälsa kopplad till socioekonomisk bakgrund svaga. Endast bland högstadiekillar finns en tendens till en sådan enskild, direkt inverkan när det gäller förekomst av lågt skattad hälsa totalt. Vid sidan av detta kan noteras att de eventuella skillnader som finns i hög utsträckning kan återföras till olikheter när det gäller hälsorelaterade levnadsförhållanden.

**Frågan om ojämlikhet kopplad till socioekonomisk bakgrund kan alltså diskuteras – de skillnader vi finner kan i stor utsträckning återföras till skillnader i svensk/utländsk bakgrund och olikheter mellan stadsdelar samt inte minst till olikheter när det gäller hälsorelaterade levnadsvanor.**

#### ***20.2.4 Jämlikhet och svensk/utländsk bakgrund***

Ser vi till svensk/utländsk bakgrund framträder vissa skillnader som handlar om en sämre hälsosituation för de som har utländsk bakgrund. I många fall gäller dock att skillnaderna mellan de som har utländsk och de som har svensk bakgrund är begränsade.

I mellanstadiet gäller att barn med utländsk bakgrund i högre utsträckning skattar den totala hälsan lågt. I högstadiet gäller att ungdomar med utländsk bakgrund i högre utsträckning skattar livskvaliteten lågt. Bland killarna gäller att de med utländsk bakgrund (främst första generationens invandrare) oftare uppger att de har två eller fler psykosomatiska besvär dagligen. Bland högstadietjejerna gäller att de med utländsk bakgrund i högre utsträckning uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär (främst andra generationens invandrare) samt att deras fysiska hälsa är låg (främst andra generationens invandrare). Endast i ett fall finner vi en bättre situation för de som har utländsk bakgrund. Högstadiekillar med utländsk bakgrund uppger i lägre utsträckning än de som har svensk bakgrund att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.

Liksom när det gäller socioekonomisk bakgrund försvinner huvuddelen av dessa skillnader efter kontroll för social bakgrund i övrigt. Det enda som kvarstår är inverkan på förekomst av besvär bland killar i högstadiet. Vid sidan av detta kan skillnaderna i stor utsträckning återföras till att barn och ungdomar med utländsk bakgrund har sämre hälsorelaterade levnadsvanor. De är i lägre utsträckning fysiskt aktiva och har sämre matvanor.

**Liksom när det gäller ojämlikhet kopplad till socioekonomisk bakgrund kan det alltså diskuteras om de skillnader vi finner i stor utsträckning kan återföras till andra skillnader i social bakgrund och olikheter mellan de som har svensk respektive utländsk bakgrund. I första hand handlar det om skillnader när det gäller hälsorelaterade levnadsvanor.**

#### ***20.2.5 Jämlikhet och boendeområde***

Skillnaderna mellan stadsdelarna framstår som ganska begränsade. Som redan påpekats finns en betydande skillnad mellan de olika stadsdelarna både när det gäller socioekonomisk bakgrund och andel med utländsk bakgrund. Även efter kontroll för dessa olikheter i denna sociala struktur – som ganska begränsade men tre stadsdelar skiljer dock ut sig. Ser vi till Spånga/Tensta är det speciellt många bland mellanstadiekillarna som har låg hälsa totalt och psykosomatiska besvär, bland mellanstadietjejerna när det gäller förekomst av psykosoma-

tiska besvär. Bland högstadietjerna skiljer Östermalm ut sig, här är förekomsten av psykosomatiska besvär hög och fler tycker att den psykiska hälsa och att livskvaliteten är låg. Enskede/Årsta/Vanör skiljer ut sig genom att det är ganska många bland högstadiekillarna som har psykosomatiska besvär och bland högstadietjerna som skattar den fysiska hälsan och livskvaliteten lågt.

**Sammantaget måste vi konstatera att hälsosituationen inte är jämlik men ojämlikheten är knappast dramatik om vi ser till stadsdelar/boendeområden. Speciellt att uppmärksamma är att hälsan i vissa avseenden är sämre i Spånga/Tensta, Enskede/Årsta/Vantör och på Östermalm än vad som kan förväntas med utgångspunkt från stadsdelarnas sociala struktur.**

### **20.3 Hälsosituationen i Stockholm jämfört med andra kommuner?**

För att få en bild av hur hälsosituation är i Stockholm jämfört med andra delar av Sverige har vi jämfört med resultat från andra undersökningar som under senare tid genomförts inom Ung livsstil. I alla stadier finns undersökningar från Malmö (2019), Jönköping (2021), Täby (2019) och Helsingborg (2021). I högstadiet finns även undersökningar från Askersund (2019), Burlöv (2021), Eskilstuna (2019), Haninge (2021), Heby (2019), Knivsta (2019), Kristianstad (2021), Lidingö (2019), Mark (2022), Tyresö (2022), Vallentuna (2019) och Värmdö (2019). Ser vt till sociodemografisk och socioekonomisk struktur har vi alltså ett brett spektrum inte bara mellan kommuner utan också inom kommuner

Dessa jämförelser visar att i mellanstadiet är det ovanligt få i Stockholm som skattar den totala hälsa lågt, däremot är det speciellt många, liksom i Jönköping som uppger att de har två eller fler dagliga psykosomatiska besvär. Bilden är alltså något motsägelsefull.

Ser vi till högstadiet är bilden mer entydig. **Stockholm ligger klart över genomsnittet bland tjejerna när det gäller andelen som skattar den totala hälsan lågt** (dock ej bland killar). När det gäller förekomst av psykosomatiska besvär ligger Stockholm över genomsnittet både bland killar och tjejer. Ser vi till låg livskvalitet är bilden mer positiv för killar – det är ovanligt få som skattar denna lågt i Stockholm. Bland tjejerna ligger värdet nära genomsnittet.

Frågan är hur det ser ut när det gäller fysisk och psykisk hälsa. Uppgifter kring detta finns endast för högstadiet från Burlöv, Eskilstuna, Haninge, Helsingborg, Jönköping, Kristianstad, Mark och Tyresö. I övriga fall fanns denna fråga inte med.

Bilden stämmer ganska väl med den som framträdde när det gäller hälsa totalt och förekomst av psykosomatiska besvär. Andelen som skattar den fysiska liksom den psykiska hälsan lågt ligger i Stockholm över genomsnittet för de studerade kommunerna.

### **20.4 Hälsorelaterade levnadsvanor som påverkar hälsan**

Vi har i en rad studier funnit att olika former av levnadsförhållanden har en direkt inverkan på barns och ungdomars hälsosituation. Vi har därför gjort analyser där vi studerar samband efter kontroll för skillnader kopplade till social bakgrund. Resultaten från dessa analyser visar att levnadsförhållanden i olika avseenden har en tydlig inverkan på hälsosituationen. Ser vi till social bakgrund gäller dock fortfarande att förtroende för föräldrar fortfarande har en separat, direkt inverkan – alltså även efter att inverkan från olika levnadsförhållande tagits med i analysen. Social bakgrund i övrigt har däremot en svag inverkan, i den utsträckning skillnader finns kan dessa i stor utsträckning återföras till olikheter i levnadsförhållanden.

Det som är mest framträdande är den starka inverkan från hur barn och ungdomar upplever sin fritidssituation. **Barn och ungdomar som inte tycker att deras fritidssituation är bra har en sämre hälsosituation i alla de aspekter vi studerat.** Det som är viktigt att notera är detta har en separat, direkt inverkan vilken gäller efter kontroll för social bakgrund och inverkan från andra levnadsförhållande.

I högstadiet har även hur man tycker om att gå i skolan en separat, direkt inverkan (frågan finns ej i mellanstadiet). Ungdomar som tycker mindre bra om att gå i skolan uppger i högre utsträckning att den totala och den psykiska hälsan liksom att livskvaliteten är låg och har i högre utsträckning psykosomatiska besvär. Däremot tycker de inte i högre utsträckning att den fysiska hälsan är låg.

Fysisk aktivitet har en separat inverkan bland mellanstadietjejer och i högstadiet på självskattad hälsa totalt. I högstadiet finns också en inverkan på fysisk hälsa och bland killarna även på psykisk hälsa. **Barn och ungdomar som är fysiskt aktiva har en bättre hälsa i dessa avseenden.**

Resultaten från de genomförda analyserna visar även att matvanor har en separat, direkt inverkan. Mest framträdande är denna när det gäller oregelbundet intag av lunch men även oregelbundet intag av frukost och middag liksom intaget av onyttig mat har en inverkan. Notabelt är att oregelbundet intag av middag endast har en inverkan bland tjejer. **Sammantaget tycks matvanorna ha starkast inverkan på förekomst av psykosomatiska besvär.**

Bland tjejer har även rädsla då man är ute på fredags-/lördagskvällar en direkt inverkan. **Tjejer som upplever rädsla i flera sammanhang skattar i högre utsträckning den psykiska hälsan lågt och redovisar oftare psykosomatiska besvär.**

Tobaksbruk (rökning och snusande) tycks endast ha en indirekt inverkan på tjejers upplevelse av total och fysisk hälsa och på förekomst av psykosomatiska besvär bland killar.

Det vi kan notera är att likartade direkt inverkan från olika levnadsförhållanden även framträder vid analyserna vi gjort i andra undersökningar såsom Jönköping, Malmö, Mark och Kristianstad<sup>72</sup>. Resultaten skiljer sig något men visar alla att levnadsförhållanden har en stark inverkan. **Speciellt att observera är att förtroende för föräldrar liksom hur man tycker om sin fritidssituation i samtliga fall har en stark inverkan.**

Förändringar av levnadsförhållanden ökar både jämställdhet och jämlikhet men det är viktigt att observera att även om levnadsvillkor i viss utsträckning inverkar på könsskillnaderna kvarstår fortfarande vissa grundläggande könsskillnader. Detta visas i kapitel 15 Varför har tjejer en sämre hälsosituation? Vi når inte heller jämlikhet om vi ser till förtroende för föräldrar. Resultaten visar genomgående att det finns en ojämlikhet i dessa avseende som inte kan förklaras av olikheter i levnadsförhållanden.

---

<sup>72</sup> Blomdahl, Elofsson. **Ung livsstil i Jönköping 1994-2022.** Blomdahl, Elofsson, Bergmark. **Ung livsstil. Malmö,** Elofsson, Blomdahl **Ung livsstil i Mark;** Blomdahl, Elofsson **Ung livsstil i Kristianstad.**

## 20.5 Försämrad hälsa över tid

I kapitel 19 presenterades en fördjupad analys av förändringar i hälsosituationen från 2013 till 2022 som vid sidan av att allmänt se till förändringarna även undersöker i vilken uträkning dessa varierar beroende på barnens och ungdomarnas sociala bakgrund. **Ser vi till den allmänna bilden har andelen som uppger två eller fler dagliga psykosomatiska besvär liksom andelen som i högstadiet uppger att de har låg psykisk hälsa ökat markant från 2013 till 2022.** Detta stämmer väl med vad som framförts i den offentliga debatten och uppgifter kring antalet barn och ungdomar som använt sömnmedel, antidepressiva och lugnande samt lugnande ångestdämpande medel som också ökat under perioden.

**Ett genomgående drag är att försämringen i många fall är större bland tjejer än bland killar vilket gör att könsskillnaderna ökar.** Det kan dock vara viktigt att notera att om vi ser vi till den relativa ökningen när det gäller psykosomatiska besvär och låg psykisk hälsa är denna lika stor bland killar och tjejer.

I flera fall gäller att försämringen är störst i ”utsatta” grupper bland tjejerna. Detta handlar om de som inte bor med bägge föräldrar de som inte har förtroende för någon förälder, de som har låg socioekonomisk bakgrund och de som har utländsk bakgrund.

Det sämre hälsoläget kan sammankopplas med en försämring av hälsorelaterade levnadsförhållanden. Barn och ungdomar tycker i lägre utsträckning att deras fritidssituation är bra, i högstadiet har det också blivit fler som tycker att den inte är bra. I mellanstadiet har det blivit fler bland tjejerna som inte äter frukost respektive lunch regelbundet (i högstadiet finns inte data om detta för år 2013). I högstadiet gäller att det har blivit färre sedan 2013 som tycker bra om att gå i skolan liksom att det blivit fler som uppger att de känner sig rädda i något sammanhang när de är ute på fredags-/lördagskvällar. Det finns alltså flera tecken på en försämring av hälsorelaterade levnadsförhållanden. Den ökade förekomsten av psykosomatiska besvär och låg psykisk hälsa kan sammankopplas med försämrade levnadsförhållanden. Hur mycket och hur starkt går inte att avgöra eftersom uppgifter i många fall inte finns för 2013.

Däremot får påståendet att en orsak skulle vara en ökning av skärmtid svagt stöd. I mellanstadiet har den genomsnittliga skärmtiden minskat och även om det skett en ökning i högstadiet är denna ökning inte större bland de som har psykosomatiska besvär eller låg psykisk hälsa, tvärtom är den mindre. Även om barn och ungdomar som har psykosomatiska besvär eller låg psykisk hälsa i genomsnitt använder mer skärmtid är detta knappast orsaken till ökningen av sådana problem.

## 20.6 Hur skall man arbeta för att förbättra ungas hälsa?

En rapport från en arbetsgrupp inom Svenska läkaresällskapet ger förslag till interventioner för att förbättra ungas psykiska hälsa<sup>73</sup>. Man anger här att man ser skolan som en viktig arena där man når alla unga i skolålder. Kanske kan man ställa sig vissa frågetecken kring om man når alla, däremot gäller det givetvis att man har ansvar för alla. Även om rapporten är inriktad på psykisk hälsa kan åtgärderna även gälla för när man allmänt talar om hälsa.

Resultaten från den här rapporten kan väl sägas ge stöd för att se skolan som en central arena. För det första gäller att de som inte tycker bra om att gå i skolan har en sämre hälsosituation.

---

<sup>73</sup> Milerad J, Runeson B, Fernell E, Widegran H: **Kraftsamling för ungas psykiska hälsa.**

Detta är också något som gäller även om hänsyn tas till olikheter när det gäller social bakgrund och skillnader i hälsorelaterade levnadsförhållanden. Hur barn och ungdomar tycker om att gå i skolan har alltså en stark inverkan, påverkan men det är också andra faktorer såsom bristande förtroende för föräldrar och levnadsvanor som inverkar. Men kanske kan det vara så att skolan även i dessa fall är den bästa arenan för att upptäcka och åtgärda detta med tanke på skolans ansvar för alla ungdomar.

I rapporten tas detta upp som punkt 5: *Satsa på program för tidig upptäckt och stöd till unga med ökad risk för sämre psykisk hälsa*. Frågan är dock hur man upptäcker och identifierar de utsatta grupperna. Självklart spelar lärarna en viktig roll, det är ju de som har bäst kontakt med eleverna. Samtidigt har de också en rad andra uppgifter än att försöka identifiera barn och unga som befinner sig i riskzonen här det gäller hälsa. Inte minst handlar det om krav på att alla elever skall få godkänt eller i varje fall prestera så bra som möjligt. De har också många elever att ta hand om och troligen är det så att de utsatta grupperna inte framhäver sig speciellt. Det är ju troligen inte heller föräldrar till de utsatta (t ex ungdomar som inte har förtroende för föräldrar) som hör av sig speciellt. Troligen är det så att det är föräldrar till mindre utsatta som hör av sig mest till lärarna kanske inte minst för att de tycker att deras barn får för låga betyg.

Frågan kring hur man fångar upp de utsatta måste nog fördjupas. En väg är att arbeta med kuratorer, men här krävs mer än att de skall finnas tillgängliga. De behöver säkert arbeta aktivt ute i skolan för att kunna fånga upp de utsatta grupperna och efter detta för att söka få dem att få hjälp och att förbättra sina levnadsvanor. Detta är inte helt enkelt att åstadkomma.

Som punkt 1 tar man upp *Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet – gärna i anslutning till skoltid*. Detta är väl vara bra men man kan fråga sig varför man inte tar upp matvanor. Detta är minst lika viktigt som fysisk aktivitet. Flera kommuner har ju också uppmärksammat detta och inom vissa kommundelar erbjudit frukost. Lunchen är ju ”obligatorisk”, här gäller det givetvis att försöka få alla att äta lunch i skolan.

De tre övriga punkterna hanar mycket om att skapa program eller uppmuntra ungdomar för att skall få starkt självkänsla, kunna hantera stress, stärka ungas förutsättningar och förutsättningar. Allt detta är väl okey men troligen räcker det inte med att erbjuda sådana program till alla och de utsatta. Det krävs troligen en hel del arbete för att få de utsatta att gå med i sådana program. Kanske behövs det att man arbetar i mindre grupper.

Keskens litteraturstudie *Hälsofrämjande och förebyggande insatser som motarbetar psykisk ohälsa i skolor: vilka faktorer hindra deras effekter?: en strukturerad litteraturstudie* stärker bilden av behovet att utvärdera och utveckla insatser mer innan de implementeras.

Samtidigt kan det vara viktigt att inte enbart lägga fokus på skolan. En stor majoritet av de unga tycker att det i första hand är fritiden som ger livet mening. Detta gäller även för de som har en sämre hälsosituation. Frågan kring hur man tycker att man har det på fritiden har en stark, separat inverkan på hälsan i alla avseenden. Dessutom gäller att även de som har sämre hälsa, t ex två eller fler dagliga psykosomatiska besvär eller låg psykisk hälsa i mycket hög utsträckning – över 85 % - har nyttjat stadens samlade utbud av fritids- och kulturaktiviteter. Fritidssidan når alltså även en mycket stor del av de som har sämre hälsa. Allt detta talar för att det är viktigt att involvera fritidssidan i att förbättra barns och ungas hälsa. Liksom när det gäller skolan är det viktigt att fånga in vilka som har en sämre hälsosituation och att hitta vägar till att förbättra deras situation. Och kanske uppmärksamma på betydelsen av detta. Fritidsnämnden har tydliga mål att förbättra hälsosituationen men på kultursidan är det sämre

med detta. Samtidigt skall man inte bortse från att man kan få bäst resultat om man engagerar kulturen, inte därför att denna i sig själv leder till bättre hälsa men kanske för att den är mer inkluderande. Ser vi till fritidssidan gäller ofta att t ex fysisk aktivitet (t ex idrottsförening) innebär att de som har låg hälsa inte dras med i kulturen.

## 20.7 Avslutning

Allmänt gäller att barns och ungdomars hälsosituation försämrats över tid, mer för tjejer än för killar. Detta innebär att hälsosituationen inte är jämställd. Tjejer har oftare låg hälsa, högre förekomst av psykosomatiska besvär och låg livskvalitet. Könsskillnaderna ökar med ökad ålder. Analyser vi gjort visar att en inte obetydlig del av den bristande jämställdheten, dock inte helt; kan återföras till olikheter i levnadsvanor/-omständigheter. Tjejer saknar oftare förtroende för föräldrar, tycker mindre bra om att gå i skolan och är mindre nöjda med sin fritidssituation. Det är mindre vanligt att de är fysiskt aktiva, har sämre matvanor samt är oftare rädda på fredags-/lördagskvällar. Med åtgärder inriktade mot att förbättra situationen i dessa avseenden kan den bristande jämställdheten minskas även om den inte försvinner helt.

Det finns en klar ojämlikhet kopplad till ålder. Både bland killar och tjejer försämras hälsosituationen, starkast bland tjejer, med ökad ålder. Dessa skillnader har ökat över tid. Samtidigt har hälsorelaterade levnadsvanor försämrats. En stor del av skillnaderna kopplade till ålder kan återföras till olikheter när det gäller hälsorelaterade levnadsförhållanden.

Såväl i debatten som inom politiken tar man ofta upp att man skall/bör satsa på att förändra barnens och ungdomarnas levnadsvanor. Oftast fokuserar man på att fler skall bli fysiskt aktiva men man tar också upp en förbättring av matvanor i flera fall. Vi har i rapporten funnit att barn och ungdomar som inte är fysiskt aktiva främst har sämre fysisk hälsa. Sämre matvanor leder till sämre hälsa i ett bredare spektrum. Barn och ungdomar som inte äter frukost, lunch respektive middag regelbundet och/eller äter onyttig mat i större utsträckning har sämre hälsa. Tjejer som är rädda när de är ute på fredags-/lördagskvällar har sämre hälsa. Insatser som inriktas mot att förbättra dessa levnadsförhållanden leder till att hälsosituationen blir mer jämlik.

I rapporten har vi studerat ojämlikhet efter kontroll för dessa levnadsförhållanden. Resultaten visar att huvuddelen av de skillnaderna kopplade till social bakgrund kan återföras till/förklaras av olikheter i hälsorelaterade levnadsförhållanden. Ett undantag är dock relationen till föräldrar. Ungdomar som inte har förtroende för någon förälder har sämre hälsa än vad som kan förklaras av sämre levnadsförhållanden.

En central faktor som vid sidan av detta har en direkt separat inverkan är hur barn och ungdomar tycker att de har det på fritiden. De som inte tycker att de har det bra på fritiden har en klart sämre hälsosituation. Även skolsituationen har en klar direkt inverkan. Ungdomar som inte tycker om att gå i skolan har sämre hälsa. I bägge fallen handlar det om en påverkan som endast delvis kan återföras till olikheter när det gäller hälsorelaterade levnadsförhållanden.

Sammantaget kan vi konstatera att vi har tre grupper där den sämre hälsosituationen endast till en del kan förklaras av olikheter när det gäller hälsorelaterade levnadsförhållanden. Dessa är barn och unga som inte har förtroende för föräldrar, de som inte tycker bra om att gå i skolan och de som inte tycker att deras fritidssituation är bra. Här behövs ytterligare kunskaper för att se hur man skall fånga upp dessa och finna åtgärder för att förbättra deras hälsosituation.

## Kapitel 21. Slutdiskussion

I detta kapitel analyseras centrala resultat närmare.

### 21.1 Inledning

Stockholms stad har satt upp mål om att förbättra barn och ungas hälsosituation i en rad olika dokument. Vid upprättandet av målformuleringarna kring hälsa utgör ofta Agenda 2030 utgångspunkten och då särskilt mål 3 God hälsa och välbefinnande. Detta mål i Agenda 2030 behandlar till exempel att man vill säkerställa ett hälsosamt liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar. I Program för ett jämställt Stockholm 2018-2022 anges att kvinnor och män samt flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa<sup>74</sup>.

Vi har i denna rapport studerat och analyserat förekomst av sämre hälsa, där hälsosituationen studeras med fem olika mått. Dessa är lågt skattad hälsa totalt, förekomst av två eller fler dagliga psykosomatiska besvär, lågt skattad fysisk respektive psykisk hälsa samt lågt skattad livskvalitet. I mellanstadiet kan endast de två första måtten studeras.

I denna rapport har en lång rad resultat redovisats som väcker frågor hur resultaten skall tolkas/förklaras. Här kommer vi att närmare studera följande frågor:

- Varför har tjejer sämre hälsa än killar?
- Varför försämras hälsan med ökad ålder?
- Varför har hälsan försämrats över tid?
- Varför påverkar förtroende för föräldrar hälsan så starkt?
- Varför påverkar hur ungdomar tycker om att gå i skolan hälsan så starkt?
- Varför påverkar hur barn och ungdomar tycker de har det på fritiden hälsan så starkt?
- Varför har vissa utsatta grupper sämre hälsorelaterade levnadsförhållanden?

### 21.2 Varför har tjejer sämre hälsa?

**Resultaten från Stockholm liksom från andra kommuner visar att tjejer genomgående har sämre hälsa än killar i högstadiet och gymnasiet. I mellanstadiet är skillnaderna mindre men även här gäller att det är vanligare att tjejer redovisar högre förekomst av psykosomatiska besvär och mot slutet av mellanstadiet oftare låg hälsa totalt. (Övriga mått på hälsa finns inte med i mellanstadiet).**

I stor utsträckning framstår dessa könsskillnader som generella men det finns vissa variationer. Mest framträdande är självklart att könsskillnaderna ökar systematiskt från början av mellanstadiet till slutet av högstadiet. Efter detta ökar de dock inte så mycket men är betydande i gymnasiet. Vid sidan av detta kan noteras att könsskillnaderna är större – med klart sämre situation för tjejer – bland ungdomar som inte har förtroende för någon förälder liksom bland barn och ungdomar med lägre socioekonomisk bakgrund. När det gäller svensk/utländsk bakgrund kan vi notera större könsskillnader i högstadiet bland ungdomar med utländsk bakgrund när det gäller låg fysisk hälsa, låg hälsa totalt och förekomst av två eller fler psykosomatiska besvär. Här har vi alltså vissa grupper där tjejer är speciellt utsatta.

---

<sup>74</sup> Stockholms stad, (2017). **Program för ett jämställt Stockholm 2018-2022.**



Fördjupade analyser visar att dessa könsskillnader till viss del – dock inte helt – kan ”återföras” till skillnader i hälsorelaterade levnadsvillkor såsom fysisk aktivitet, matvanor rädsla när man är ute på kvällarna. Vid sidan av detta har mer personliga faktorer såsom bristande förtroende för föräldrar, att man inte tycker att gå i skolan liksom att man inte tycker att fritidssituationen en viktig roll när det gäller könsskillnaden. Allt detta är vanligare bland tjejer än bland killar<sup>75</sup>.

Här är det viktigt att observera att bakom de samband som framträder kan dölja sig tre olika former av påverkan. För det första kan det handla om att levnadsförhållanden påverkar hälsan. En annan förklaring är att upplevelse av sämre hälsa leder till försämrade levnadsförhållanden. En tredje möjlighet är att sambanden kan återkopplas till arv och miljöfaktorer som vi inte fångat upp. Eftersom studien är en tvärsnittsstudie och inte någon longitudinell studie kan inte riktningen på sambanden bestämmas.

Ser vi till högstadiet kan 60 % eller mer förklaras av att tjejer har sämre hälsorelaterade levnadsvanor. Störst förklaring har levnadsförhållandena när det gäller låg fysisk hälsa – där hela könsskillnaden kan återföras till olikheter i levnadsförhållanden – och låg livskvalitet, där 75 % kan ”förklaras”. Ser vi till mellanstadiet har levnadsvanor mindre förklaringsvärde men här skall noteras, dels att könsskillnaderna är mindre, dels att det saknas uppgift kring förtroende för föräldrar och hur man tycker om att gå i skolan. Detta gör att uppgifterna här blir betydligt osäkrare.

Tjejer i högstadiet och gymnasiet har, i jämförelse med killar i samma ålder, i lägre utsträckning förtroende för föräldrar, är i högre utsträckning inte nöjda med sin fritidssituation och tycker oftare inte om att gå i skolan<sup>76</sup>. De är i lägre utsträckning fysiskt aktiva, äter i lägre utsträckning frukost, lunch samt middag regelbundet, känner ofta rädsla när de är ute på fre-dags-/helgkvällar samt nyttjar oftare alkohol och tobak, faktorer som mer eller mindre påverkar hälsosituationen. Detta är faktorer som döljer sig bakom levnadsförhållandenas ”förklaring” av könsskillnaderna.

Ser vi till den offentliga debatten både allmänt och inom forskningen kan man ibland få en känsla av att denna könsskillnad är av naturen given. En förklaring som ofta framförs är att tjejerna satsar mer på att prestera i skolan, t ex lägger mer tid på att läsa läxor. Analyser av kopplingen mellan läxläsning och hälsa, som inte presenteras, ger svagt stöd för att detta skulle vara någon förklaring. Analyser från undersökningarna i Malmö, Eskilstuna och Jönköping ger samma resultat<sup>77</sup>. Könsskillnaderna framstår inte heller som mindre i grupper där tjejer skulle vara mindre pressade. Detta gäller även i Stockholm

En annan förklaring som också ofta framförts är att tjejer pressas av dubbla krav och förväntningar. De ska vara ”kvinnliga”, men också kunna konkurrera med killarna. I rapporten från Malmö studerade vi detta genom att undersöka vilken vikt ungdomarna lagt vid att vara bra i

---

<sup>75</sup> Se kapitel 15.

<sup>76</sup> I gymnasiet gäller att tjejer som går på yrkesförberedande program skattar sin hälsa klart sämre än tjejer som går på studieförberedande program. Dessa skillnader kan nästan helt ”återföras till, förklaras av” olikheter i levnadsförhållanden.

<sup>77</sup> Blomdahl, Elofsson, Bergmark. **Ung livsstil Malmö 2021**, Blomdahl, Elofsson **Ung livsstil i Eskilstuna** och Blomdahl, Elofsson. **Ung livsstil i Jönköping 1994-2022**.

skolan, bra i idrott, ha en vältränad kropp, vara smala, vara en bra kompis och hur detta kopplades till hälsa/livskvalitet<sup>78</sup>. Tjejer som tycker att allt detta är viktigt har inte sämre hälsa än övriga tjejer och könsskillnaderna är inte större i denna grupp. Resultaten gav alltså svagt stöd för en sådan förklaring.

En tänkbar faktor skulle kunna vara att tjejer uppmärksammar hälsoproblem i större utsträckning. Bland vuxna gäller att kvinnor oftare skattar sin hälsa lågt trots att de har längre medellivslängd. Flera forskare har pekat på att detta kan sammankopplas med att kvinnor i större utsträckning uppmärksammar tecken på hälsoproblem och därför söker vård tidigare<sup>79</sup>. Män däremot förtränger problem vilket kan leda till att de söker vård senare, kanske alltför sent. En del av de könsskillnader vi ser skulle alltså allmänt kunna kopplas till könsrollen. Tjejer föstras tidigt i att uppmärksamma, bedöma sin hälsa, medan till mansrollen hör att man förtränger problem. För tjejer är det mer öppet att tala om problem och inte lika stigmatiserande att söka hjälp. Killar tränas inte på samma sätt att formulera hur de känner och om de inte mår bra kan de gå in i flyktbeteende som t ex spelberoende. Självmord är vanligare bland killar<sup>80</sup>.

Samtidigt kan det också till också handla om balans/obalans när det gäller hormoner. Tjejer har större fluktuation med hormoner under livet och även under dagarna<sup>81</sup>. Det är toppar och dalar medan killar har en jämnare balans. Då tjejer har större hormonvariationer påverkas de starkare av bland annat kost.

**Sammantaget gäller att tjejer har en sämre hälsosituation än killar. Till viss del, dock ej helt, kan denna skillnad återföras till, förklaras av ” olikheter i levnadsförhållanden. Det är fler bland tjejer som inte är fysiskt aktiva, inte äter frukost, lunch och eller middag regelbundet och som är rädda när de är ute på fredags-/helgkvällar. Ännu mer centralt är att det är fler bland tjejerna som inte har förtroende för någon förälder, inte tycker om att gå i skolan och eller tycker att deras fritidssituation är bra, faktorer som starkt inverkar på hälsan. Allt detta förklarar dock inte hela könsskillnaden, troligen har också menstruation och större hormonvariationer bland tjejer också betydelse. Här behövs ytterligare kunskaper.**

### **21.3 Varför försämras hälsan med ökad ålder?**

Resultaten Stockholm liksom från andra kommuner där undersökningar gjorts i alla tre skolstadierna visar att det sker en stor förändring i hälsosituationen från början av mellanstadiet till slutet av högstadiet. Störst är denna bland tjejer. Andelen som skattar hälsan lågt ökar tydligt liksom andelen som uppger att de har psykosomatiska besvär. Däremot är det en liten förändring bland killar när det gäller förekomst av psykosomatiska besvär.

Förändringarna i hälsosituationen från högstadiet till gymnasiet är inte lika stora som från mellan- till högstadiet, men fortfarande sker det en försämring. Denna försämring är större bland killar än bland tjejer. Det som kan noteras är att försämringen av hälsan är speciellt stor

---

<sup>78</sup> Blomdahl, Elofsson, Bergmark. **Ung livsstil Malmö, 2021.**

<sup>79</sup> Undén A-L, Elofsson S. **Självupplevd hälsa.**

<sup>80</sup> Folkhälsomyndigheten **Statistik om suicid**, Folkhälsomyndigheten. **Suicid bland barn i Sverige – Kunskapsstöd.**

<sup>81</sup> Werlabs. Vanliga typer av hormonell obalans hos kvinnor. <https://kunskapsbank/vanliga-typer-av-hormonell-obalans-hos-kvinnor>

bland killar som inte har förtroende för någon förälder samt – både bland killar och tjejer – för de som bor med en ensamstående mamma.

Det sker stora förändringar för barn och ungdomar från mellanstadiet upp till slutet på gymnasiet, där en av de mer centrala är puberteten. Förändringarna i puberteten orsakas av förändringar i kroppens hormoner. Hormonerna påverkar förutom kroppen även tänkandet och känslorna. Men det sker också samtidigt en rad andra förändringar. Ser vi till familjesituationen blir man mer oberoende och får säkert ta mer eget ansvar. Detta gäller även för skolsituationen liksom för fritidssituationen med ökade krav och förväntningar på att man skall prestera. Det är ganska uppenbart att detta inverkar på hälsosituationen och hur man upplever denna.

Hur förändras då levnadsförhållande som inverkar på hälsan med åldern? Ser vi till förändringarna från mellanstadiet till högstadiet gäller att ungdomarna blir i genomsnitt mindre nöjda med sin fritidssituation och äter i mindre utsträckning regelbundet frukost, lunch och middag. Bland tjejer har också andelen som är fysiskt aktiva minskat tydligt. Sammantaget visar detta att mellanstadieeleverna har bättre hälsorelaterade levnadsförhållanden. Detta är en del av förklaringen till att mellanstadieeleverna skattar sin hälsa som bättre. I mellanstadiet saknas uppgifter kring förtroende för föräldrar liksom kring hur man tycker om att gå i skolan. Resultat från Malmö och Jönköping visar att dessa faktorer har en separat, direkt inverkan även i mellanstadiet<sup>82</sup>. Resultaten från högstadiet och gymnasiet visar ju att denna faktor har en mycket stark inverkan på hälsosituationen. Resultat från Malmö och Jönköping visar att detta även för tjejer i mellanstadiet<sup>83</sup>. Sammantaget torde dessa begränsningar innebära att vi en klar underskattning av hur central levnadsförhållandenas inverkan på försämringen av hälsan från mellan- till högstadiet.

Vilka förändringar sker då från högstadiet till gymnasiet när det gäller detta? I många fall har vi en negativ utveckling men det gäller inte genomgående. Killar i gymnasiet är mindre nöjda med sin fritidssituation och äter i mindre utsträckning frukost regelbundet. Rädsla då man är ute på fredags-/lördagskvällar är bland tjejer högre och bland killar något högre i gymnasiet. Det är i gymnasiet klart många fler som druckit alkohol, fler som nyttjat tobak och något fler som använt narkotika. Det ökade tobaksbruket har en negativ inverkan på tjejernas skattning av hälsa totalt och fysisk hälsa, dock ej i övrigt. Däremot finns en positiv utveckling när det gäller vad man tycker om att gå i skolan och bland tjejer när det gäller förtroende för föräldrar.

**Den kraftiga försämringen av hälsosituationen från mellan- till högstadiet kan kopplas samman med att det sker betydande förändringar i barnens levnadssituation. Central är här övergången till puberteten med ändrade hormoninställningar som påverkar kroppen, tänkandet och känslorna. Bland tjejer kommer också menstruation och större variationer i hormonbalansen in. Allt detta torde påverka inte bara hälsan utan även levnadsförhållanden i övrigt. Vi kan också se att färre i högstadiet är fysiskt aktiva, fler har sämre matvanor och att fler tycker att deras fritidssituation inte är bra. Tyvärr saknas uppgifter kring förtroende för föräldrar liksom hur man tycker om att gå i skolan**

---

<sup>82</sup> Blomdahl, Elofsson, Bergmark. **Ung livsstil Malmö 2021**, Blomdahl, Elofsson. **Ung livsstil i Jönköping 1994-2022**.

<sup>83</sup> Blomdahl, Elofsson, Bergmark. **Ung livsstil Malmö**, Blomdahl, Elofsson. **Ung livsstil i Jönköping 1994-2022**.

men resultat från andra kommuner – Malmö och Jönköping – visar på att det sker försämringar även i dessa avseenden. Det är rimligt att detta även gäller för Stockholm.

Försämringen av hälsosituationen från högstadiet till gymnasiet, som är mindre, kan inte lika tydligt kopplas till förändringar i familje- och skolsituationen. Andelen som saknar förtroende för föräldrar liksom andelen som inte tycker om att gå i skolan har minskat. Däremot är det i gymnasiet något fler som tycker att deras fritidssituation inte är bra men ökningen är begränsad. Här tycks det mer handla om en försämring av hälsorelaterade levnadsvanor, t ex. att killar äter lunch mindre ofta, att tjejer i högre utsträckning är rädda när de är ute på kvällarna.

Tveklöst behövs det djupare analyser för att förstå de förändringar som sker med ökad ålder, inte minst den stora förändringen från mellanstadiet till högstadiet.

#### 21.4 Varför har hälsan försämrats över tid?

Resultaten i kapitel 19 visar att hälsosituationen försämrats sedan 2013 för ungdomarna i högstadiet, speciellt mycket för tjejer. Resultat (som ej redovisats) visar på en likartad utveckling i gymnasiet. Störst är försämringen när det gäller psykisk hälsa, minst när det gäller fysisk hälsa och upplevd livskvalitet. I mellanstadiet är bilden motsägelsefull. Ser vi till självskattad hälsa har det skett en viss förbättring, däremot har det sedan 2013 blivit fler som redovisar två eller fler dagliga psykosomatiska besvär.

Vad har då hänt om vi ser till förändring av hälsorelaterade levnadsförhållanden? I mellanstadiet har det bland tjejerna blivit något färre som tycker att de har det bra på fritiden men andelen som tycker att de inte har det bra har inte ökat. Bland killarna är förändringarna små. Bland tjejerna är det färre som äter frukost, lunch och i något mindre utsträckning som äter middag regelbundet. Bland killarna har det blivit något färre som äter lunch medan förändringarna är små när det gäller frukost och middag. Bland killar har andelen fysisk aktiva minskat och det har också skett en svag minskning bland tjejerna.

Ser vi till högstadiet gäller att andelen som saknar förtroende för någon förälder har minskat något både bland killar och tjejer. Här är alltså utvecklingen positiv, i varje fall finns inga tecken på att situationen skulle ha försämrats. Andelen som inte tycker om att gå i skolan har förändrats obetydligt. Däremot har tjejerna blivit något mindre nöjda med sin fritidssituation, bland killarna har det dock ej skett någon större förändring. Färre bland killarna är fysiskt aktiva och även något färre bland tjejerna. När det gäller intag av frukost, lunch och middag kan inga jämförelser göras eftersom frågor kring detta inte finns med i undersökningen från 2013. Ser vi till mellanstadiet har det skett en försämring bland tjejerna. Är det även så i högstadiet skulle detta kunna till viss del förklara den försämrade hälsan bland tjejerna. De största förändringarna är att tjejer i högre utsträckning är rädda när de är ute på kvällarna år 2022. Detta gäller för alla situationer. Bland killar är däremot förändringen liten.

Vid sidan av detta kan vi notera att det år 2022 är färre som anger att föräldrarna tycker det är viktigt att de skall läsa böcker, vara med i idrottsförening, läsa läxor liksom att vara med kompisar. Ungdomarna tycks uppleva mindre krav från föräldrarna. Användningen av mobil och sociala medier har, speciellt bland tjejer, ökat.

Ser vi till försämringen av hälsosituationen kan detta bland tjejerna sammankopplas med ökad rädsla och i viss utsträckning till att de är något mindre nöjda med sin fritidssituation. Bland

killar kan vi notera att det blivit färre som är fysiskt aktiva. Samtidigt måste man ifrågasätta om detta kan "förklara" den kraftiga försämringen av hälsosituationen. Det verkar rimligt att anta att det även finns andra faktorer som inverkar på att ungdomarna upplever sin hälsa som sämre som inte kan fångas upp av de frågor som ingår i undersökningarna. En fråga man kan ställa är om det kan handla om att frågan om ungdomars hälsa, inte minst tjejers psykiska hälsa, har uppmärksammats mer, inte minst inom medier. Det kan ha blivit mer öppet att prata om psykisk ohälsa. Även i detta fall behövs ytterligare forskning för att försöka förstå varför hälsan försämrats över tid.

## 21.5 Varför påverkar förtroende förföräldrar så starkt?

Resultaten från analyserna av hur ungdomarnas sociala bakgrund<sup>84</sup> påverkar ungdomarnas hälsa visar att förtroende för föräldrar har en stark egen, direkt påverkan på hälsosituationen i alla avseenden<sup>85</sup>. Genomgående gäller att detta är den bakgrundsvariabel som har starkast inverkan. Innan vi fördjupar oss i vad detta beror på kan det vara intressant att se hur stor del av denna påverkan som kan återföras till skillnader i levnadsförhållanden mellan de som har förtroende för föräldrar och de som inte har det. Genomgående gäller att skillnader i levnadsförhållanden inte kan förklara denna påverkan helt. Även efter kontroll för olikheter i levnadsförhållanden kvarstår en tydlig skillnad mellan de som har förtroende för föräldrar och de som inte har det för samtliga de fem måtten på hälsa. Skillnader i levnadsförhållanden har störst betydelse när det gäller lågt skattad hälsa totalt samt bland tjejer när det gäller låg fysisk och psykisk hälsa samt förekomst av psykosomatiska besvär. I dessa fall kan 45-55 % av skillnader återföras till olikheter i levnadsförhållanden. Bland killarna ger levnadsförhållanden här klart lägre förklaring. När det gäller låg psykisk hälsa endast 33 % och när det gäller låg fysisk hälsa och psykosomatiska besvär under 20 %. Svagast förklaring ger skillnader i levnadsförhållanden när det gäller låg livskvalitet. Bland tjejer förklarar dessa 27 % och bland killar inget alls.

Varför har vi fortfarande skillnader mellan de som inte har förtroende för föräldrar och de som har det även efter kontroll olikheter i levnadsförhållanden? Ett skäl skulle kunna vara att man har sämre sociala relationer. En stor majoritet – 74 % av killarna och 81 % av tjejerna har förtroende för någon kompis. Många har också förtroende för någon vuxen vid sidan av föräldrarna. En mycket stor majoritet – mer än 90 % - uppger också att det är mycket eller ganska viktigt att umgås med familjen.

Hur ser då detta ut för gruppen som inte har förtroende för någon förälder. Mycket få – endast 29 % bland killarna och 56 % bland tjejerna uppger att de har förtroende för någon kompis. Ser vi till förekomst av ett kompenserande nätverk bland vuxna är detta svagt. Ungefär 15 % av killarna uppger att de har förtroende för någon vuxen vid sidan av föräldrarna. Bland tjejerna handlar det om knappt 25 %. Det är klart uppenbart att ungdomar som inte har förtroende för någon förälder har ett mycket sämre socialt nätverk och mindre kontakter med kamrater. Även bland de som inte har förtroende för någon förälder är det 81 % bland killar och 64 % bland tjejer som anger att det är mycket eller ganska viktigt att umgås med familjen. Troligen kan faktumet att man har sämre relationer till vuxna allmänt och till kamrater även vara en förklaring till att man upplever sin hälsa som sämre.

---

<sup>84</sup> Med detta avses familjesituation – vilka man bor med samt förtroende för föräldrar – socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund samt boendeområde (stadsdel).

<sup>85</sup> Frågan om förtroende för föräldrar finns inte med i undersökningen på mellanstadiet.

Den starka, direkta inverkan förtroende för föräldrar har på hälsosituationen stämmer väl med Folkhälsomyndighetens betoning av familjens betydelse. Här är det viktigt att notera att detta även gäller bland äldre tonåringar. Ungdomar som saknar förtroende för någon förälder har i högre utsträckning en sämre hälsosituation. Till viss del kan detta samman kopplas med sämre hälsorelaterade levnadsförhållanden men långt ifrån helt. Det finns även en rad mer individuella, personliga faktorer som inverkar. En sådan faktor kan vara att ungdomar som saknar förtroende för någon förälder har ett klart sämre socialt nätverk. Färre uppger att de har förtroende för någon kamrat och endast ett fåtal har förtroende för någon vuxen. Här behövs ytterligare forskning för att hitta former för att identifiera dessa och också för att hitta arbetsformer för att förbättra deras hälsosituation. Det är säkert också viktigt att försöka ge dem ett bättre socialt nätverk, inte minst bland vuxna.

### 21.6 Varför påverkar vad ungdomar tycker om att gå i skolan så starkt?

Resultaten från kapitel 14 visar att frågan om vad ungdomar i högstadiet tycker om att gå i skolan har en fristående stark, direkt påverkan på alla måtten på hälsa utom fysisk hälsa. Detta är alltså en separat, fristående påverkan efter kontroll för social bakgrund och andra hälsorelaterade levnadsförhållanden. I mellanstadieenkäten finns denna fråga inte med. Ungdomar som inte tycker om att gå i skolan har en klart sämre hälsosituation. Denna skillnad kan inte helt återföras till att ungdomar som inte tycker om att gå i skolan i mindre utsträckning är fysiskt aktiva, har sämre matvanor eller större rädsla. Frågan är varför?

För det första upptar skolan givetvis en stor plats i ungdomarnas liv. De går ju stora delar av dagen i skolan och förväntas också ägna tid åt att läsa läxor. En majoritet – 70 % eller fler – uppger att det är mycket viktigt att vara bra i skolan, endast ett fåtal uppger att detta inte är viktigt. Ungdomar som inte tycker om att gå i skolan tycker detta i lägre utsträckning men även bland dessa är det kring hälften som tycker det är mycket viktigt att vara bra i skolan.

Hur varierar då hur man tycker om att gå i skolan med social bakgrund<sup>86</sup>? En regressionsanalys visar att andelen som inte tycker om att gå i skolan både bland killar och tjejer är högre bland de som har växelvis boende och bland tjejer även bland de som bor med en ensamstående mamma. Det finns också en stark koppling till förtroende för föräldrar, ungdomar som inte har förtroende för någon förälder tycker i högre utsträckning inte om att gå i skolan. Där emot är skillnaderna kopplade till socioekonomisk bakgrund, svensk/utländsk bakgrund och kommunal begränsning.

Vad utmärker då ungdomarna som inte tycker om att gå i skolan? Det första man kan notera är att dessa många gånger tycker att deras fritidssituation inte är bra. Bland tjejerna är det också färre som inte har förtroende för föräldrar. Andra saker som utmärker dem är att de i mindre utsträckning äter frukost regelbundet och att de i lägre utsträckning har förtroende för någon kompis och bland killar gäller att färre bland dessa har förtroende för någon vuxen utanför familjen. Ser vi till skolsituationen ger de en mindre positiv bild av klassklimatet. Färre uppger att det är lugn och ro i klassen, att de får det stöd de behöver, fler att det är stressigt

---

<sup>86</sup> Med detta avses familjesituation – vilka man bor med samt förtroende för föräldrar – socioekonomisk respektive svensk/utländsk bakgrund samt boendeområde (stadsdel).

och att det förekommer mobbing. Färre har förtroende för lärare eller skolkurator och fler har mer omfattande ogiltig frånvaro. De har i genomsnitt lägre medelbetyg och tycker att de har sämre chanser i skolan. Speciellt kan noteras att denna grupp har en ”pessimistisk” syn på sina chanser, fler tycker att de har sämre chanser än vad det är som tycker att de har bättre chanser. Övriga ungdomar har en ”optimistisk syn. Liknande skillnader framträder även när det gäller chanser i livet.

**En rimlig tolkning är att upplevelsen av en sämre skolsituation tillsammans med upplevelsen av att inte lyckas i skolan leder till att man skattar sin hälsa lägre. Samtidigt kan vi inte bortse från att påverkan kan gå i motsatt riktning. En sämre hälsosituation skulle kunna leda till att man ”lyckas” sämre i skolan och upplever sin skolsituation som sämre. Här behövs ytterligare forskning för att förstå hur detta ser ut. Vid sidan av detta behövs även ytterligare kunskaper kring hur man skall hitta och identifiera barn och ungdomar som inte tycker om att gå i skolan och hur man skall finna arbetsformer för att förbättra deras hälsa och även få dem mer engagerade. Här är det säkert viktigt att man gör insatser i så tidig ålder som är möjligt.**

## **21.7 Varför påverkar vad barn och ungdomar tycker om sin fritidssituation så starkt?**

Resultaten från kapitel 14 visar att frågan om vad barn/ungdomar tycker om sin fritidssituation har en fristående stark, direkt påverkan på alla måtten på hälsa. Detta är alltså en separat, fristående påverkan efter kontroll för social bakgrund och andra hälsorelaterade levnadsförhållanden. Barn och ungdomar som tycker att deras fritidssituation inte är bra har en klart sämre hälsa. Denna skillnad kan delvis men långt ifrån helt återföras till att ungdomar som inte tycker att deras fritidssituation är bra i mindre utsträckning är fysiskt aktiva, har sämre matvanor och större rädsla. Frågan är varför?

Det första man skall observera är att en klar majoritet av ungdomarna – kring 60 %, något fler bland killarna än bland tjejerna – uppger att det i första hand är fritiden som ger livet mening. Här skiljer sig inte de som tycker att deras fritidssituation inte är bra från de övriga. Däremot är det något vanligare att ungdomar som inte tycker att deras fritidssituation är bra uppger att skolan i första hand ger livet mening – 20 % mot 15 % bland de övriga.

Vad utmärker då ungdomarna som inte tycker att deras fritidssituation är bra? I mellanstadiet gäller att killar som bor med en ensamstående mamma är oftare tycker att deras fritidssituation inte är bra, bland tjejerna gäller detta för både de som har växelvis boende och de som bor med en ensamstående mamma. Social bakgrund i övrigt har en begränsad inverkan

Ser vi till ungdomarnas sociala bakgrund i högstadiet finns även här skillnader kopplade till familjesammansättning. Bland killarna tycker de som bor med en ensamstående mamma oftare att deras fritidssituation inte är bra, bland tjejerna gäller detta för både de som har växelvis boende och de som bor med en ensamstående mamma. Bland killarna finns vid sidan av detta en enskild inverkan från förtroende för föräldrar. Killar som inte har förtroende för någon förälder tycker i högre utsträckning att deras fritidssituation inte är bra. Social bakgrund i övrigt har en begränsad inverkan.

Om vi ser till hälsorelaterade levnadsförhållanden gäller genomgående för de som tycker att deras fritidssituation inte är bra att det är färre som är fysiskt aktiva och färre som äter frukost, lunch respektive middag regelbundet. De har också lägre betyg i idrott och hälsa.

I högstadiet är det något fler som uppger att de är rädda i bostadsområdet och på väg till och från fritidsaktiviteter men skillnaderna är trots allt inte så stora när det gäller rädsla. Fler har druckit alkohol och bland killar använt tobak respektive narkotika. Barn och ungdomar som inte är nöjda med sin fritidssituation har ett lägre nyttjande av det tunga totala fritidsutbudet (förening, kulturskola, fritidsgård, bibliotek och simhall), stadens satsningar på idrott/motionsanläggningar/simhall/utomhus bad liksom av stadens samlade satsningar på idrott/ kultur och övrig fritidsverksamhet. Däremot är deras nyttjande av stadens satsningar kultur och öppen verksamhet<sup>87</sup> inte lägre. I genomsnitt har även de som inte tycker att deras fritidssituation är bra ett brett intresse för att ägna sig åt olika fritidsaktiviteter.

Ungdomarna i högstadiet som inte tycker att deras fritidssituation är bra beskriver sina chanser på fritiden (och även chanser i livet) som sämre. I motsats till övriga är deras syn pessimistisk, fler tycker att de har sämre chanser än andra än som tycker att de har bättre chanser.

Om vi skall sammanfatta resultaten framstår det som rimligt att det är hur man upplever sina chanser på fritiden som är en viktig förklaring till att fritidssituationen har en så tydlig direkt inverkan på hälsan. Många av de som tycker att de har sämre chanser än andra upplever troligen att de inte lyckas leva upp till sina egna förväntningar kring vad de skall kunna åstadkomma på fritiden och/eller till krav och förväntningar från andra håll. Detta påverkar säkert hur de upplever sin hälsosituation. Samtidigt kan det också handla om att man inte har möjlighet att delta i vissa fritidsaktiviteter – t ex idrott – som man skulle vilja delta i.

**De samlade resultaten visar att barns och ungdomars upplevelse av sin fritidssituation har en stark, direkt inverkan på deras hälsosituation. Detta kan kombineras med att en stor majoritet anger att det i första hand är fritiden som ger livet mening. En viss del av denna påverkan kan "återföras" till att de som inte tycker att deras fritidssituation är bra oftare har sämre hälsorelaterade levnadsvanor. Detta förklarar dock långtifrån hela sambandet. Vid sidan av detta finns även mer personliga, individuella faktorer som påverkar sambandet. Här behövs ytterligare forskning. Det behövs också ytterligare kunskaper dels för att se hur man kan fånga upp, identifiera de som inte tycker att deras fritidssituation är bra, dels förr att hitta arbetsformer som förbättrar både deras hälsa och deras fritidssituation. Intressant är att Folkhälsomyndigheten inte tar upp fritiden som en central faktor när man beskriver vad som påverkar hälsan. Visst är både familj och skola viktiga men man skall nog inte bortse från att även fritiden har stor betydelse.**

**Även om barn och ungdomar som inte tycker att deras fritidssituation är bra har ett lägre nyttjande av stadens samlade satsningar på idrott, kultur och öppen verksamhet är det ändå ganska många som nyttjar dessa. Detta innebär att föreningsledare, personal inom kulturskola och andra fritidsledare kan engageras i att identifiera vilka dessa är liksom att finna arbetsformer för att förbättra såväl deras fritidssituation som deras hälsa.**

---

<sup>87</sup> En detaljerad beskrivning av hur de tre måtten mätts redovisas i Blomdahl, Elofsson. **Barns och ungdomars nyttjande av Stockholms stads satsningar på idrott, kultur och andra fritidsaktiviteter, kapitel 5.**



## 21.8 Varför har vissa utsatta grupper sämre hälsorelaterade levnadsförhållanden?

Om vi ser till de ovan redovisade resultaten kan vi tala om tre speciellt utsatta grupper. Här måste noteras att frågorna om förtroende för föräldrar liksom hur man tycker om att gå i skolan inte finns med i mellanstadiet, varför vi koncentrerar oss till resultat från högstadiet. De tre grupperna är:

- Ungdomar som inte har förtroende för någon förälder
- Ungdomar som inte tycker bra om att gå i skolan
- Barn och ungdomar som inte tycker att de har en bra fritidssituation

En fördjupad analys visar dock att det i stor eller ganska stor utsträckning handlar om tre separata undergrupper, vilket kan tyda på att grundorsakerna till att man saknar förtroende för föräldrar, att man inte tycker om att gå i skolan respektive att man har en sämre fritidssituation kan skilja sig åt. Dock tycks dessa olika former av utsatthet i stor utsträckning få likartade effekter om vi ser till hälsa och hälsorelaterade levnadsförhållanden.

En jämförelse mellan hur dessa tre faktorer direkt inverkar – efter kontroll för social bakgrund, hälsorelaterade levnadsförhållanden- visar att

- Den direkta inverkan från förtroende för föräldrar är starkast på låg hälsa totalt och låg livskvalitet samt bland tjejer på låg psykisk hälsa.
- Den direkta inverkan från hur man tycker om att gå i skolan är bland killar starkast på låg psykisk hälsa och förekomst av psykosomatiska besvär, bland tjejer på låg psykisk hälsa. Notabelt är att den direkta påverkan på förekomst av låg fysisk hälsa är svag både bland killar och tjejer.
- Den direkta påverkan från vad ungdomarna tycker om sin fritidssituation är bland killar starkast på låg psykisk hälsa och låg livskvalitet, bland tjejer på låg fysisk hälsa.

En jämförelse mellan könen visar att förtroende för föräldrar har en starkare påverkan på fysisk hälsa bland killar däremot på psykisk hälsa bland tjejer. När det gäller frågan kring hur man tycker om att gå i skolan har detta en starkare inverkan på psykisk hälsa och förekomst av psykosomatiska besvär bland killar, på låg livskvalitet bland tjejer. Upplevelsen av hur man har det på fritiden har en starkare påverkan på låg hälsa totalt bland killar, däremot på låg fysisk hälsa, förekomst av psykosomatiska besvär och låg livskvalitet bland tjejer. En jämförelse mellan de tre utsatta grupperna pekar mot att hälsosituationen är sämst för de som inte tycker att deras fritidssituation är bra, minst dålig för de som inte har förtroende för föräldrar. Ser vi till kön har bristande förtroende för föräldrar en klart mer negativ inverkan på tjejers hälsa och att man inte tycker om att gå i skolan en något större negativ inverkan bland killar.

Om vi ser till hälsorelaterade levnadsförhållanden gäller

- Att andelen fysiskt aktiva är lägre i alla de tre utsatta grupperna. Det som skiljer ut sig är att andelen fysiskt aktiva är relativt hög bland killar som inte tycker om att gå i skolan, i övrigt är skillnaderna begränsade.
- Ungdomarna i de utsatta grupperna har sämre matvanor. De äter i lägre utsträckning frukost, lunch respektive middag regelbundet. Skillnaderna mellan de tre grupperna är begränsade men det som kan noteras är att killar som inte tycker om att gå i skolan oftare äter frukost regelbundet, däremot mindre ofta lunch.

- När det gäller rädsla skiljer de utsatta grupperna inte ut sig speciellt bland killarna. Bland tjejerna är det något vanligare att de som inte tycker att de har en bra fritidssituation är rädda i något större utsträckning, i övrigt är skillnaderna begränsade.

Ett annat gemensamt mönster är att alla de tre utsatta grupperna i högre utsträckning skattar sina chanser i livet lägre. Minst är denna skillnad för de som inte har förtroende för någon förälder och bland killar störst hos de som inte tycker att deras fritidssituation är bra. Liknande skillnader framträder även när det gäller chanser i skolan och på fritiden.

I kapitel 18 visades att ungdomar som saknar förtroende för föräldrar har ett mycket svagt nätverk både bland kamrater och vuxna. Detta är något specifikt för denna utsatta grupp även om de sociala nätverken är något svagare även för de båda andra utsatta grupperna än bland övriga ungdomar.

**Ett gemensamt drag för de tre utsatta grupperna tycks vara utanförskap, att inte passa in i den traditionella ungdomsrollen. Detta torde vara en förklaring till den sämre hälsosituationen och även till att man på olika sätt har sämre hälsorelaterade levnadsvanor.** Även om det finns stora likheter mellan de tre grupper vi studerat handlar det om skilda delgrupper. Detta innebär och kräver att insatser måste riktas mot att förbättra familjeförhållanden, att förbättra skolsituationen liksom att förbättra fritidssituationen.

**Här behövs mer forskning för att identifiera dessa tre grupper och finna arbetsformer för att hitta arbetsformer så att deras hälsosituation liksom skol- och fritidssituation förbättras**

## 21.9 Avslutning

Hälsosituationen är i Stockholm liksom i andra kommuner inte jämställd. Tjejer har sämre hälsa än killar och dessa skillnader ökar med åldern och har ökat över tid. Speciellt stor är försämringen när det gäller psykisk hälsa och förekomst av psykosomatiska besvär och främst bland tjejer.

Ungdomar som saknar förtroende för föräldrar, som inte tycker om att gå i skolan och/eller tycker att deras fritidssituation inte är bra har klart sämre hälsa. Till viss del kan inverkan från dessa faktorer återföras till skillnader när det gäller hälsorelaterade levnadsförhållanden såsom fysisk aktivitet, matvanor och rädsla men detta förklarar långt ifrån hela inverkan från dessa faktorer. Individuella sociala och psykologiska faktorer har en tydlig inverkan. Ser vi till könsskillnaden torde även hormonvariationer kopplade till menstruationen ha en klar inverkan. Detta pekar mot behov av sociala/psykologiska insatser som berör ungdomarnas familjesituation liksom deras situation i skolan och på fritiden. Här behövs ytterligare kunskaper.

**En stor utmaning är att identifiera barn och ungdomar i dessa utsatta grupper och att finna arbetsmetoder för att förbättra inte endast deras hälsa men också deras relationer till vuxna (och kamrater) samt deras skol- och fritidssituation. När det gäller grupperna som saknar förtroende för föräldrar liksom de som inte tycker om att gå i skolan framstår det som rimligt att dessa främst nås via skolan och lärarna. Däremot är det inte lika rimligt att man genom skolan kan fånga upp gruppen som tycker att deras fritidssituation inte är bra. Analyserna visa dock att även dessa personer (även om färre) nyttjat**

**stadens satsningar på idrott, kultur och öppen verksamhet. Här finns alltså möjligheter att fånga upp dessa utsatta genom föreningsledare, personal inom kulturskolan och andra fritidsledare.**

## Litteraturlista

**Agenda 2030.** Agenda 2030 (scb.se)

**Almhana Rand, Gebreslase Diana, Kirnaui Rooa.** "Jag vill liksom inte vara besvär för andra": En kvalitativ studie om gymnasieelevers upplevelser och syn av psykisk ohälsa och könsnormer. Mälardalens universitet, Akademin för hälsa, vård och välfärd. 2023.

**Alrobai D, Turalic M.** Uppkomsten av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna: En systematisk litteraturöversikt ur ett socialpsykologiskt perspektiv. 2021. Högskola i Halmstad

**Andersson Emelie.** Kroppsideal och ätstörningar ur ett genusperspektiv En kvalitativ studie om synen på kroppsideal och stört ätbeteende i förhållande till genus och könsroller. Karlstads Universitet. Fakulteten för Hälsa, natur- & teknikvetenskap. 2013.

**Axenström Massleberg, Ida, Boström, Joline.** Hur ungdomar påverkas av skärmanvändning: En systematisk litteraturöversikt. 2024. Högskolan i Borås, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd.

**Berglund LW, Melander A.** Skolan har stor betydelse för barnens hälsa—En kvalitativ intervjustudie om socioekonomiska faktorerens betydelse för likvärdig utbildning och jämlikhet i hälsa. 2023. Högskolan i Kristianstad. Fakulteten för hälsovetenskap

**Bergnéhr D, Enell S.** Ungdomars och unga vuxnas levnadsvillkor i Sverige En kunskapsöversikt med fokus på ojämlikhet. 2018.

**Blomdahl U, Elofsson S.** Hur många motionerar/idrottar för lite och vilka är dom? 2007

**Blomdahl U, Elofsson S.** Jämställd och jämlik! – en studie av hälsa och offentligt resursutnyttjande på fritidsområdet bland barn och ungdomar i Stockholms stad i jämförelse med andra kommuner. Stockholms stad, Stockholms universitet: institutionen för socialt arbete. Ung livsstil rapport nr 22. 2017

**Blomdahl U, Elofsson S.** Ung livsstil i Eskilstuna – en studie i högstadiet om levnadsvillkor, delaktighet och preferenser 2019/2020. Eskilstuna kommun, kultur- och idrottsförvaltningen. eskilstuna.se, Ung livsstil. unglivsstil.org. 2021

**Blomdahl U, Elofsson S, Bergmark K.** Ung livsstil Malmö 2021 – en studie i om levnadsvillkor, delaktighet och preferenser i åldersgruppen 10-19 år. Ung livsstil i Malmö stad: [www.malmo.se/Sa-arbetar-vi-med./Barn-och:ungas-fritid/ung-livsstil\\_Malmo.html](http://www.malmo.se/Sa-arbetar-vi-med./Barn-och:ungas-fritid/ung-livsstil_Malmo.html)

**Blomdahl U, Elofsson S.** Ung livsstil i Jönköping 1994-2022. 2024

**Blomdahl U, Elofsson S.** Ung livsstil i Kristianstad – en studie om fritid, kultur samt hälsa i högstadiet. 2024.

**Blomdahl, Elofsson.** Barns och ungdomars nyttjande av Stockholms stads satsningar på idrott, kultur och andra fritidsaktiviteter. Kommande rapport, 2025. Ung livsstil..

**Currie C, Molcho M, Boyee W, Holstein B, Torsheim T, Richter M.,** Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale, 2008, Social Science & Medicine 66(2008); 1429-1436

**Elofsson S.** Rädd att gå ut om kvällarna. En studie av högskoleelever i Malmö med jämförelser med högstadieelever i Stockholm, Jönköping, Kalmar, Haninge, Huddinge, Nacka, Täby, Värmdö och Vallentuna. 2024. Ung livsstil.

**Elofsson S.** Rädd att gå ut om kvällarna. 1998. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete. Stockholms stad: Kultur- och idrottsförvaltningen: forskningsenheten..

**Elofsson S.** Låg hälsa och livskvalitet hos barn och ungdomar som saknar förtroende för föräldrar. En studie av barn och ungdomar i åldersgruppen 10-19 år. Kommande rapport. Ung livsstil.

**Elofsson S.** *Hur barn/ungdomar tycker att de har det på fritiden och dess inverkan på hälsa/livskvalitet. En studie av barn och ungdomar i åldersgruppen 10-19 år.* Kommande rapport. Ung livsstil.

**Elofsson/Bergmark/Blomdahl,** *Ung livsstil Malmö, 2018,* Stockholms universitet, Malmö stad och Ung livsstil.

**Elofsson S, Blomdahl U.** *Ung livsstil i Mark – en studie om levnadsvillkor, delaktighet och preferenser bland ungdomar i högstadiet.* 2024

**Folkhälsomyndigheten** *Skolbarns hälsovanor 2009/10 grundrapport.* 2018

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/53d5282892014e0fbfb3144d25b49728/skolbarns-halsovanor-2017-18-18065.pdf>

**Folkhälsomyndigheten** *Skolbarns hälsovanor 2017/18.* 2018 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/53d5282892014e0fbfb3144d25b49728/skolbarns-halsovanor-2017-18-18065.pdf>

**Folkhälsoinstitutet.** *Ojämligheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning.* 2019.

Ojämligheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning — Folkhälsomyndigheten (folk-halsomyndigheten.se)

**Folkhälsomyndigheten.** *Utveckling av barns och ungas hälsa.* 2020. Utveckling av barns och ungas hälsa — Folkhälsomyndigheten

**Folkhälsomyndigheten** *Statistik om suicid.* Statistik om suicid — Folkhälsomyndigheten

**Folkhälsomyndigheten.** *Suicid bland barn i Sverige – Kunskapsstöd.* 2021 Suicid bland barn i Sverige – Kunskapsstöd — Folkhälsomyndigheten

**Folkhälsomyndigheten.** *Pojkar mår bättre än flickor i tonåren.*

**Forte -** Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd website: <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hj:diva-39223>

**Fosse NE, Haas SA,** *Validity and stability of self-reported health among adolescents in a longitudinal, nationally representative survey.* Pediatrics. 2009

**Hellström I.** *Hur mår våra barn och unga?: Förändringar i barns och ungas hälsa över tid: en kunskapsöversikt.* Malmö universitet, Fakulteten för lärande och samhälle (LS), Institutionen för skolutveckling och ledarskap, 2023.

**Idler EL, Benyamini Y,** *Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies.* Journal of Health and Social behavior, 1997

**Karlsson C,** *"Män är från Mars och kvinnor är från Venus": Könroller, kroppsuppfattning och självkänsla hos ungdomar.* 2012. Högskolan i Halmstad, Sektionen för hälsa och samhälle (HOS).

**Keskin** *Hälsofrämjande och förebyggande insatser som motarbetar psykisk ohälsa i skolor: vilka faktorer hindrar deras effekter? En strukturerad litteraturstudie.* 2020. Högskolan i Skövde, Institutionen för hälsovetenskaper.

**Kleppang, Annette Løvheim.** *Mental health and physical activity in adolescence.* 2018. Karlstads universitet, Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap (from 2013), Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa (from 2013). Karlstads universitet, Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap

**Larsson, B. (2008).** *Ungdomarna och idrotten. Tonåringars idrottande i fyra skilda miljöer.* Pedagogiska institutionen vid Stockholms universitet.

**Lundahl, A.** *Socioekonomiska grupper, utbildning och tillgång till kontantmarginall.*

**Marklund U,** *Skolbarns hälsovanor under ett decennium. Health Behavior in School-Aged Children. A WHO Collaborative Study.*

**Mendoza, Österlund.** *Barns skärmanvändning: En litteraturstudie om hur skärmanvändning påverkar barns hälsa negativt.*

**Milerad Josef, Runeson Bo, Fernell Elizabeth, Widegran Helda.** *Kraftsamling för ungas psykiska hälsa Kunskapssammanfattning och förslag till interventioner.* Svenska Läkaresällskapet arbetsgrupp 2021. Stockholm: Svenska läkaresällskapet

**Myndigheten för ungdomsforskning MUCF.** *En sammanfattande bild av ungas levnadsvillkor i Sverige. Ung i dag 2023, s41.*

**Nilsson P.** *Fritid i skilda världar.* Stockholm: Ungdomsstyrelsen. 1998.

**Paz Rossebø Josefine, Hansson Robort.** *De unga bakom skärmen: En litteraturbaserad studie om kopplingen mellan ungas användande av sociala medier och deras psykiska hälsa.* 2023. Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap.

**Pearce A, Dundas R, Whitehead M, et al.** "Pathways to inequalities in child health. Archives of Disease in Childhood" 2019;104:998-1003.

**Region Stockholm.** *Tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län.* 2022.

**Socialstyrelsen.** *Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder Samspelet mellan barns munhälsa och deras sociala och demografiska bakgrund*

**Statens Folkhälsoinstitut.** *Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10 grundrapport.*

**Statistiska Centralbyrån, Fritid 1976-2002.**

**Statistiska Centralbyrån, Barns villkor.** Tabeller baserade på undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF). [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallande/Undersokningar-av-barns-levnadsforhallande/produktrelaterad-standard/Barns-villkor/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallande/Undersokningar-av-barns-levnadsforhallande/produktrelaterad-standard/Barns-villkor/)

**Statistiska Centralbyrån.** *Barns hälsa. Levnadsförhållanden rapport 115* <http://www.scb.se>.

**Stockholms stad,** (2017). *Program för barnets rättigheter och inflytande i Stockholms stad 2018-2022.* <https://start.stockholm/globalassets/start/om-stockholms-stad/politik-och-demokrati/styrdokument/program-for-barnets-rattigheter-och-inflytande-i-stockholms-stad-2018-2022.pdf>

**Stockholms stad,** (2017). *Program för ett jämställt Stockholm 2018-2022.* <https://start.stockholm/globalassets/start/om-stockholms-stad/politik-och-demokrati/styrdokument/program-for-ett-jamstallt-stockholm-2018-2022/>

**Stockholms stad,** (2023). *Budget 2024.* <https://start.stockholm/globalassets/start/om-stockholms-stad/sa-anvands-dina-skattepengar/stadens-budget-ar-fran-ar/stockholms-stads-budget-2024.pdf>

**Stockholms stad,** (2024). *Stockholms stads program för idrott, motion och friluftsliv 2024-2028.* <https://start.stockholm/globalassets/start/om-stockholms-stad/politik-och-demokrati/styrdokument/program-for-idrott-motion-och-friluftsliv-20242028.pdf>

**Stockholms stad.** *Undersökning om ungdomars levnadsvanor – Stockholmsenkäten.* Undersökning om ungdomars levnadsvanor – Stockholmsenkäten - Stockholms stad (start.stockholm)

**Stockholms stad.** *Program för barnets rättigheter och inflytande i Stockholms stad 2018-2022* [start.stockholm/globalassets/start/om-stockholms-stad/politik-och-demokrati/styrdokument/program-for-ett-jamstallt-stockholm-2018-2022/](https://start.stockholm/globalassets/start/om-stockholms-stad/politik-och-demokrati/styrdokument/program-for-ett-jamstallt-stockholm-2018-2022/)

**Undén A-L, Elofsson S.** *Självupplevd hälsa. Faktorer som påverkar människors egen bedömning.* Forskningsrådsnämnden. Rapport 98:7. 1998.

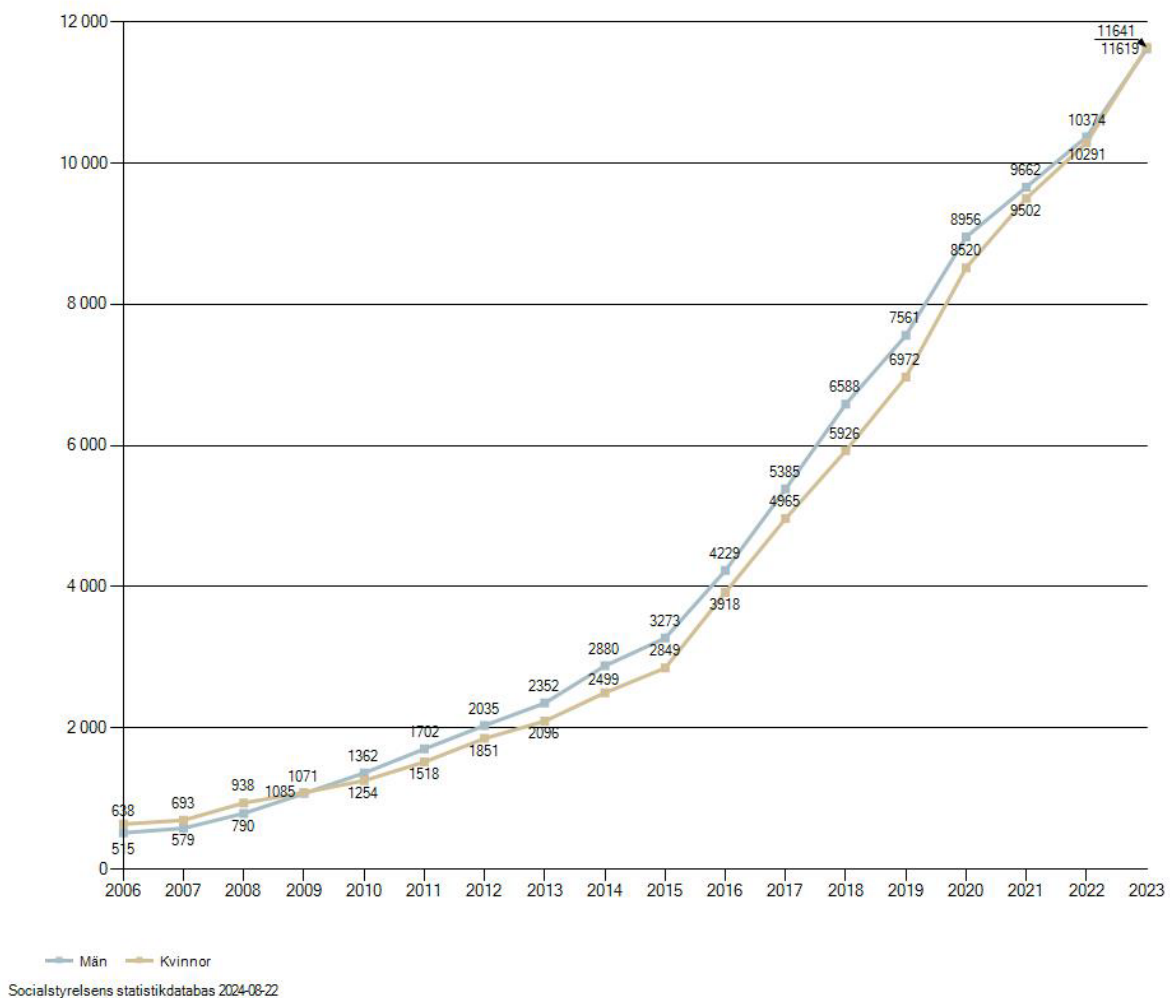
**UNDP.** *Om globala målen.* [www.globalamalen.se](http://www.globalamalen.se)

**WHO.** *Global recommendations on physical activity for health.* Geneva: World Health Organization, 2010. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>.

**WHO.** *En WHO-samarbetsstudie för att utvärdera kandidaten till 1st WHO International Reference Reagents for Gut Microbiome analysis by Next-Generation Sequencing.* WHO:S REFERENSNUMMER: WHO/BS/2021.2403. 2022

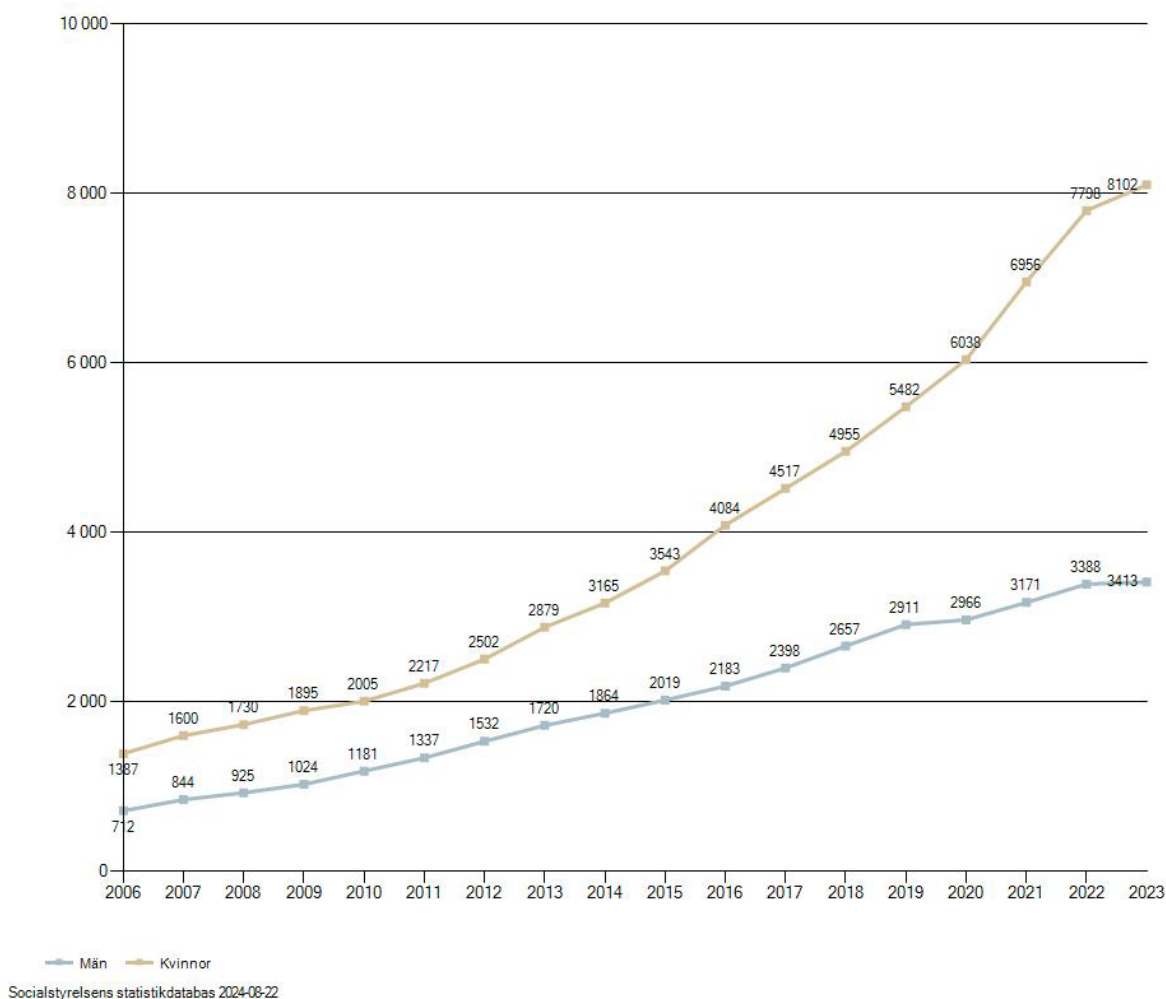
## Bilaga 1. Läkemedelsstatistik Stockholms län.

Läkemedelsstatistik, Antal patienter, Sömnmedel och lugnande medel , Stockholms län, Ålder: 10-19



**Diagram B1** Sömnmedel och lugnande medel. Antal patienter i åldersgruppen 10-19 år efter kön. Stockholms län.

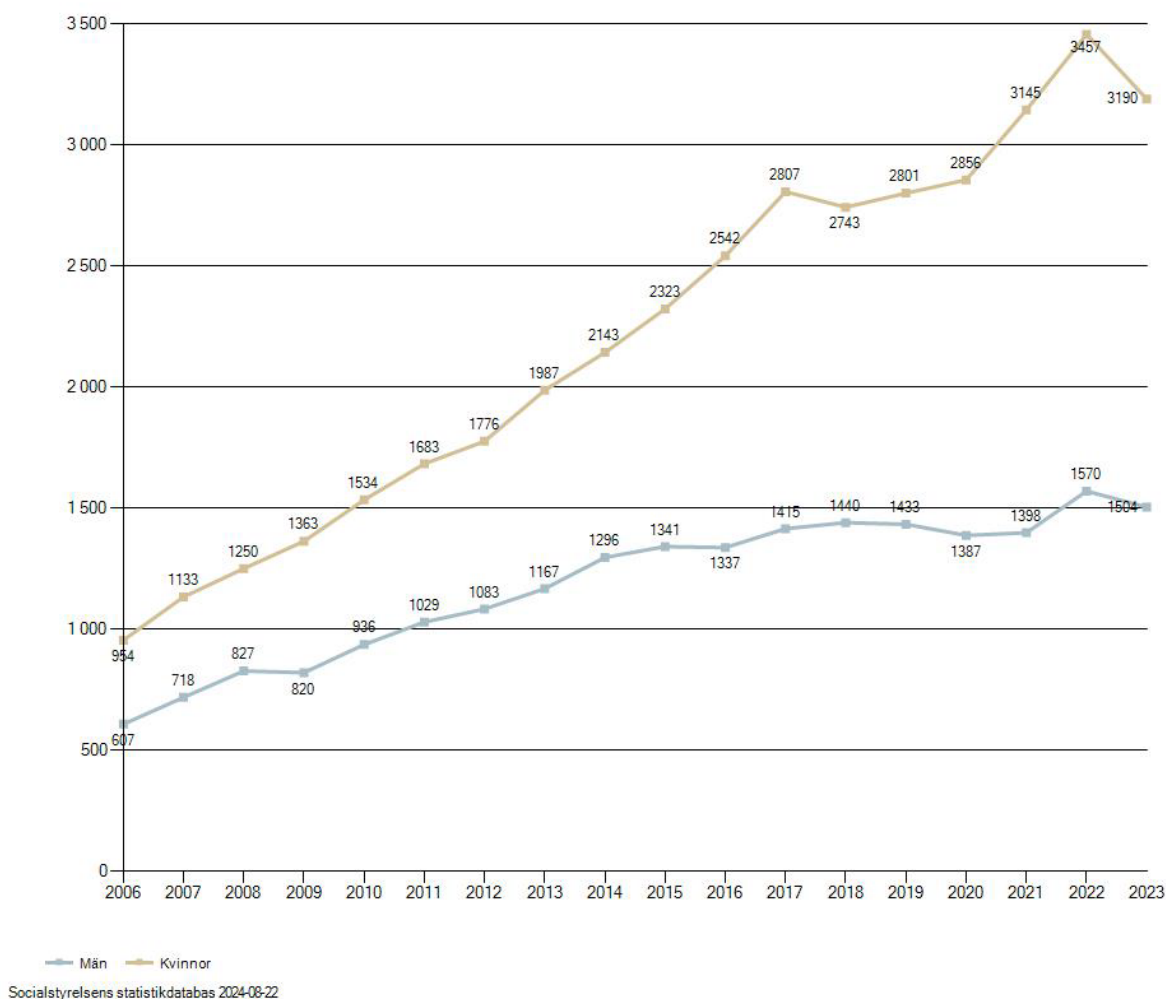
Läkemedelsstatistik, Antal patienter, Antidepressiva, Stockholms län, Ålder: 10-19



**Diagram B2** Antidepressiva medel. Antal patienter i åldersgruppen 10-19 år efter kön. Stockholms län.



Läkemedelsstatistik, Antal patienter, Lugnande och ångestdämpande medel, Stockholms län, Ålder: 10-19



**Diagram B3** Lugnande och ångestdämpande medel medel. Antal patienter i åldersgruppen 10-19 år efter kön. Stockholms län.

## Bilaga 2. Sociala bestämningfaktorer för barns hälsa och utveckling (Folkhälsomyndigheten)

Barn och unga är en prioriterad grupp inom folkhälsopolitiken. Förhållanden under barn- och ungdomsåren har stor betydelse för både den psykiska och fysiska hälsan under hela livet. Folkhälsomyndigheten ansvarar för uppföljning av folkhälsopolitikens målområden. Två målområden handlar särskilt om barns och ungas livsvillkor: 1 Det tidiga livets villkor och 2 Kunskaper, kompetenser och utbildning.

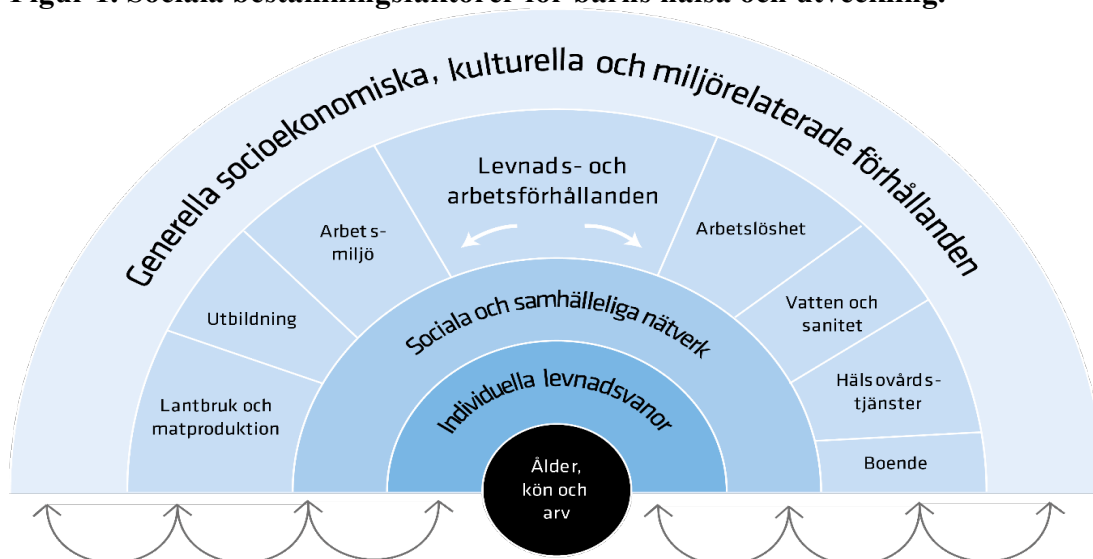
Här finner du information om de faktorer som påverkar barns och ungas hälsa och utvecklingen av dessa över tid. Här finner du även information om våra undersökningar av barns och ungas hälsa.

### Hälsans bestämningfaktorer för barn

Många faktorer påverkar människors hälsa och utveckling, hälsans bestämningfaktorer. En modell av Pearce och kollegor (figur 1) kan användas för att förstå dessa bestämningfaktorer särskilt för barn.

Längst in i modellen finns bestämningfaktorer som vi inte kan påverka, såsom ålder och arv. Övriga lager handlar däremot om påverkbara bestämningfaktorer. Det handlar exempelvis om barnets levnadsvanor, karakteristika hos föräldrar, hushållsresurser samt närområdets karaktär. Lagen längre ut handlar det om levnads- och arbetsförhållanden, exempelvis tillgång till barnhälsovård. Allra längst ut finns övergripande bestämningfaktorer som rör generella förhållanden i samhället. Enligt Pearces modell finns komplexa ömsesidiga relationer mellan faktorerna inom lagren, men också mellan de olika lagren i modellen.

**Figur 1. Sociala bestämningfaktorer för barns hälsa och utveckling.**



Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Källa:

Folkhälsomyndighetens bearbetning av Pearce A, Dundas R, Whitehead M, et al. "Pathways to inequalities in child health. Archives of Disease in Childhood" 2019;104:998-1003.