



Folkhälsomyndigheten

# Skillnader i positiv psykisk hälsa bland skolungdomar

Analys utifrån Liv och hälsa ung undersökningsåren 2014 och 2017





# Skillnader i positiv psykisk hälsa bland skolungdomar

Analys utifrån Liv och hälsa ung undersökningsåren 2014 och 2017

## **Bindningar och jäv**

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

---

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material)

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2018.

Artikelnummer: 18087

# Förord

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Det bidrar Folkhälsomyndigheten till bland annat genom att följa hälsoläget i olika befolkningsgrupper och genom att sammanställa forskning om de faktorer som påverkar hälsa och ojämlikhet i hälsa. Kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället är dock fortfarande begränsad. Därför fick myndigheten år 2016 ett uppdrag av regeringsuppdrag regeringen att sammanställa kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa – ett uppdrag som även faller inom ramen för den nationella strategin för psykisk hälsa. Innehållet i den här rapporten är ett bidrag till den kunskapssammanställningen och behandlar specifikt området god psykisk hälsa.

Begreppet psykisk hälsa används ofta i betydelsen psykisk ohälsa. Däremot är god psykisk hälsa inte detsamma som frånvaro av sjukdom utan har en egen betydelse. För att betona att det inte handlar om ohälsa används ibland begreppet positiv psykisk hälsa. I denna rapport undersöks hur den positiva psykiska hälsan är fördelad bland ungdomar i årskurs 9 i grundskolan och årskurs 2 i gymnasiet. Materialet som användes kommer från enkäten Liv och hälsa ung Västmanland, undersökningsåren 2014 och 2017. Skillnaderna i god psykisk hälsa studerades utifrån: socioekonomisk status (SES), kön, ålder, sexuell läggning, födelseland och fem typer av funktionsnedsättningar.

I rapporten beskrivs den psykiska hälsans fördelning bland skolungdomar och hur den förändrats sedan 2014. Resultaten är tänkta att utgöra underlag för forskare, beslutsfattare och verksamhetsansvariga på de områden som är viktiga för barn och ungas uppväxtvillkor. Det är även intressanta resultat för de som är intresserade av positiv psykisk hälsa och vill arbeta utifrån ett hälsofrämjande istället för det sjukdomsfokuserade perspektivet.

Rapporten har tagits fram av Fredrik Söderqvist, medicine doktor och epidemiolog vid Region Västmanland. Rapporten i sin helhet är omfattande och lämpar sig för dem som är intresserade av fördjupande läsning och metodologiska aspekter. Resultaten kommer även att presenteras i kortfattade och förenklade format för de som snabbt vill tillgodogöra sig de viktigaste resultaten och slutsatserna. Ansvariga för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit Sara Fritzell och Nadja Trygg vid enheten för Psykisk hälsa och uppväxtvillkor.

Folkhälsomyndigheten

*Anna Bessö*

Avdelningschef

Avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor



# Innehåll

Förkortningar .....	10
Ordlista .....	11
Socioekonomisk status .....	11
Konfidensintervall .....	11
Linjär regressionsanalys .....	11
Betakoefficient .....	11
Standardavvikelse .....	12
Sammanfattning .....	13
Summary in English .....	14
Differences in positive mental health in adolescents: analyses of Survey of adolescent life 2014 and 2017 .....	14
Bakgrund .....	15
Psykisk hälsa .....	15
Skillnader i psykisk hälsa .....	16
Syfte .....	17
Frågeställningar .....	17
A priori-hypoteser .....	17
Metod .....	18
Studiedesign och population .....	18
Datainsamling .....	18
Frågeformulär och variabler .....	19
Indelningsgrunder för analys av skillnader .....	19
Mätinstrument för psykisk hälsa .....	20
Statistisk analys .....	22
Resultat .....	24
Beskrivning av materialet .....	24
Skillnader i psykisk hälsa inom respektive indelningsgrund .....	24
Multivariabel analys av skillnader i psykisk hälsa .....	28
Variation i psykisk hälsa mellan mättillfällen .....	31
Diskussion .....	33

Skillnader i ungdomars psykiska hälsa .....	33
Skillnadernas storlek .....	34
Variation i psykisk hälsa mellan mättillfällen .....	35
Skillnadernas praktiska betydelse .....	36
Om undersökningens styrkor och svagheter .....	38
Slutsatser .....	39
Referenser .....	41
Bilagor .....	46
Bilaga 1. Mental Health Continuum – Short Form.....	47
Bilaga 2. Kodning av Mental Health Continuum – Short Form.....	48





# Förkortningar

WHO:	Världshälsoorganisationen
SES:	Socioekonomisk status
Adhd:	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Add:	Attention Deficit Disorder
MHC-SF:	Mental Health Continuum – Short Form
ANOVA:	Analysis of Variance
M:	Medelvärde
S:	Standardavvikelse
<i>d</i> :	Cohens <i>d</i>
B:	Betakoefficienten
$\beta$ :	Standardiserad betakoefficient
P:	Probability

# Ordlista

## Socioekonomisk status

I den här studien används socioekonomisk status (SES) som en markör för social position. Den senare mättes med ungdomars upplevelse av sin familjs ekonomi. Deltagande i undersökningen var anonymt och därför saknas möjlighet att koppla svaren till respondenternas vårdnadshavare. Därmed kan studien inte ge faktiska uppgifter om vårdnadshavares utbildningsgrad, yrkesstatus och inkomstnivå, som vanligen innefattas av begreppet SES. Att tillfråga ungdomarna själva om dessa uppgifter har visat sig problematiskt då de som har svårast att svara på frågorna också är de som har det lite sämre ställt. Av den anledningen användes en fråga om upplevd SES. Frågan är validerad i internationell kontext (1).

## Konfidensintervall

Konfidensintervall redovisas i undersökningar där uppgifter inte samlas in för hela befolkningen utan enbart för ett urval av möjliga deltagare. I det här fallet rör det sig om en totalundersökning av västmanländska ungdomar, men då resultaten avses generaliseras till en bredare grupp, svenska ungdomar, utgör den på så vis ändå ett sorts urval. Konfidensintervall består av en statistisk skattning av osäkerheten i de mått som samlas och beskrivs för viss konfidensgrad, vanligtvis 95 procent, som också används i den här rapporten. Intervallet anger mellan vilka värden som befolkningens sanna värde på ett visst mått ligger, med 95 procents säkerhet.

## Linjär regressionsanalys

Linjär regressionsanalys är en statistisk metod för att studera samband mellan en utfallsvariabel (i den här rapporten psykisk hälsa), och en eller flera förklarande variabler (i den här rapporten de olika indelningsgrunderna). Metoden används i det här fallet för att testa effekten av viss indelningsgrund samtidigt som justering görs för övriga indelningsgrunder. Det kan t.ex. vara att man vill veta vilka skillnader i psykisk hälsa som är relaterade till olika sexuell läggning, oberoende av kön. Det heter då att analysen är justerad för kön. När två eller flera förklaringsvariabler används kallas analysen även för multivariabel.

## Betakoefficient

De värden som studeras i en linjär regressionsanalys och som kvantifierar ett sambands styrka är betakoefficienter. En negativ betakoefficient står för ett negativt samband mellan förklaringsvariabeln och utfallsvariabeln, och en positiv betakoefficient innebär att sambandet är positivt. Ju högre värde (minus eller plus) på betakoefficienten, desto starkare samband. Vill man jämföra styrkan på olika samband med varandra, inom eller mellan studier, gör man det utifrån den standardiserade betakoefficienten, som i den här studien betecknas  $\beta$ . Den uttrycker sambandet i standardavvikelser av utfallsskalan i stället för dess originalenheter.

## Standardavvikelse

Standardavvikelse är det vanligaste måttet på spridningen i ett statistiskt material. Det anger hur mycket värdena i genomsnitt avviker från medelvärdet. Om värdena är samlade nära medelvärdet blir standardavvikelsen låg, och är de spridda långt under eller över medelvärdet blir den hög. Med hjälp av medelvärde och standardavvikelse kan en normalfördelad variabel beskrivas helt eftersom vi känner till den klockformade normalfördelningens egenskaper. Detta utnyttjas t.ex. när storleken på skillnader mellan grupper avseende ett visst utfall ska kvantifieras, i form av den så kallad effektstorleken.

# Sammanfattning

Folkhälsan i Sverige är generellt sett god men inte jämlikt fördelad. Medan det finns en del kunskap om skillnader i psykiska besvär och psykisk sjukdom mellan grupper är underlaget betydligt tunnare när det gäller skillnader i förekomst av (positiv) psykisk hälsa, som har ett värde i sig. Den nationella kommissionen för jämlik hälsa lyfter fram åtta områden som är viktiga i arbetet med att utjämna de påverkbara hälsoskillnaderna. Ett av dessa är likvärdiga villkor och möjligheter under det tidiga livet och i skolan. Av detta följer att barn och ungdomar blir särskilt viktiga att studera för att förstå skillnader i psykisk hälsa så att verkningfulla insatser kan utformas. Syftet med den här studien är att undersöka skillnader i psykisk hälsa bland ungdomar.

Rapporten baseras på den återkommande tvärsnittsstudien Liv och hälsa ung Västmanland, undersökningsåren 2014 och 2017. Datainsamling genomfördes på skoltid och under skrivningsliknande förhållanden. Studiepopulationen bestod av ungdomar i årskurs 9 i grundskolan och årskurs 2 i gymnasiet. Skillnaderna i psykisk hälsa studerades utifrån: socioekonomisk status (SES), kön, ålder, sexuell läggning, födelseland och fem typer av funktionsnedsättningar. Psykisk hälsa mättes med instrumentet Mental Health Continuum – Short Form. Deltagandet i berörda årkurser var 78 procent 2014 och 76 procent 2017, vilket motsvarar totalt 7 637 ungdomar varav 52 procent var tjejer.

Studien visar att det finns statistiskt signifikanta skillnader i psykisk hälsa inom fyra av sex studerade indelningsgrunder. Av dessa är det skillnader mellan grupper med olika SES som är av sådan storlek att de kan anses ha praktisk betydelse. Skillnader inom övriga indelningsgrunder – justerade bland annat för SES – är små eller mycket små men kan tillsammans få praktisk betydelse. Det gäller t.ex. de samlade skillnaderna inom kön, sexuell läggning och funktionsnedsättningar såsom add, adhd och Tourettes. Studien visar också signifikanta skillnader i psykisk hälsa mellan de två mätillfällena. Totalt sett är dessa skillnader att betrakta som mycket små. Ändå är de bekymrande eftersom de kan kopplas till fyra funktionsnedsättningar inom vilka ojämlikheten i psykisk hälsa ser ut att ha ökat mellan 2014 och 2017. Visserligen finns det metodologiska skillnader mellan de två undersökningsåren men det är inte troligt att ökningarna beror på dem.

Åtgärder för att reducera skillnader i psykisk hälsa bör anpassas så att de i omfattning och utformning tar särskild hänsyn till grupper med låg SES eller dem med låg SES i kombination med kön (tjej), sexuell läggning (icke-heterosexuell) och funktionsnedsättningar i form av add, adhd, Tourettes eller liknande.

## Summary in English

### Differences in positive mental health in adolescents: analyses of Survey of adolescent life 2014 and 2017.

The public health in Sweden is good but not equally distributed. While there is some knowledge about differences in mental problems and mental illness between groups much less is known about inequality in positive mental health, which has a value in itself. The national commission for equal health highlights eight areas as important for closing the health gaps between different population groups. Among these are mentioned equal conditions and opportunities in early life and in school. As a result, children and adolescents become particularly important to study to understand differences in mental health in order for effective interventions to be developed. The purpose of this investigation was to study differences in mental health in adolescence.

The report is based on the recurring cross-sectional Survey of Adolescent Life in Västmanland in 2014 and 2017. Data collection was conducted during school hours and under exam-like conditions. The study population consisted of adolescents in 9<sup>th</sup> grade of compulsory school and 2<sup>nd</sup> year of upper secondary school. The differences in mental health were studied by: socioeconomic status, gender, age, sexual orientation, country of birth and five types of functional impairments. Mental health was measured by Mental Health Continuum – Short Form. The participation rate was 78 percent in 2014 and 76 percent in 2017, which in total corresponds to 7637 adolescents. Fifty-two percent of those were girls.

The study shows statistically significant differences in mental health in four out of six studied grounds for inequality. Of these differences only those within SES can be considered of having practical implications. The higher SES adolescents experience the better mental health they have. Differences within the other studied grounds for inequality – when adjusted for SES – are considered small or very small but may have practical ramifications collectively. This applies, for example, to the differences related to gender, sexual orientation and ADD, ADHD, Tourettes or the like. The study also shows significant differences in mental health between the two points of measurement. Overall, these differences are considered to be very small. Still they are of concern since they can be linked to four types of functional impairments in which inequality in mental health appears to have increased between 2014 and 2017. Methodological differences between the two surveys are unlikely to explain the latter differences.

Measures to reduce mental health differences should be designed so that they consider in particular groups with low SES or those with low SES in combination with gender (girl), sexual orientation (non-heterosexual) or functional impairments such as ADD, ADHD, Tourettes or the like.

---

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

## Bakgrund

Folkhälsan i Sverige är generellt sett god men inte jämlikt fördelad (2). En ojämlik psykisk hälsa leder inte bara till skillnader i välbefinnande, lidande och andra hälsoutfall, utan den ökar också kostnaderna för samhället (3, 4). Det finns därför olika argument för varför det är viktigt att arbeta för en jämlik psykisk hälsa, dels moraliska och rättviseteoretiska argument, dels argument som är kopplade till utnyttjande av resurser och en hållbar utveckling (2).

För att effektiva insatser ska kunna utformas behövs kunskap om förekomsten av och storleken på skillnader mellan olika befolkningsgrupper (2, 5). Medan det finns en del sådan kunskap om psykiska besvär (6, 7) och psykisk sjukdom (8-15) är underlaget betydligt tunnare när det gäller skillnader i förekomst av (positiv) psykisk hälsa (16, 17). Det senare har delvis att göra med hur psykisk hälsa har definierats och mätts. För att kunna säga något om kunskapsläget när det gäller ojämlikheter i (positiv) psykisk hälsa behöver begreppet psykisk hälsa därför preciseras.

## Psykisk hälsa

Psykisk hälsa kan definieras och mätas på lite olika sätt. Den här rapporten har sin teoretiska utgångspunkt i Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition av psykisk hälsa som är en av de mest citerade i litteraturen. Den beskriver psykisk hälsa som *ett tillstånd av mentalt välbefinnande där individen kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av normala påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle han eller hon lever i* (18).

Psykisk hälsa i den här betydelsen innefattar både välbefinnande och funktion som också kan ses som uttryck för två skolor inom den vetenskapliga litteraturen om psykisk hälsa (19). Välbefinnande relaterar till den ena av dem, *hedonism*, som bland annat handlar om positiva känslor och att vara nöjd med livet (20, 21). God funktion relaterar till den andra, *eudaimonism*, som kan handla om självacceptans, personlig utveckling, autonomi, upplevelsen av mening, social integration och social acceptans (19, 22, 23). Den eudaimoniska traditionen innefattar alltså både psykologisk och social funktion – som känns igen i WHO:s definition. Tre komponenter av psykisk hälsa kan därmed urskiljas: en emotionell, en psykologisk och en social där de två senare handlar om funktion.

Med psykisk hälsa avses här alltså något annat än endast frånvaro av psykiska besvär eller psykisk sjukdom (3, 19, 23). Den har ett värde i sig (3, 19), vilket för med sig att systematiska skillnader i psykisk hälsa behöver studeras separat från dem som rör psykiska besvär och psykisk sjukdom (24). Psykisk hälsa bör då inkludera såväl eudaimoniskt som hedoniskt välbefinnande (25).

## Skillnader i psykisk hälsa

Skillnader i hälsa – psykisk hälsa inkluderad – uppkommer genom att sociala grupper har olika tillgång till ömsesidigt förstärkande livsvillkor och resurser (2, 3, 26). För vuxna handlar det om livsvillkor såsom utbildning, arbete, boende och levnadsvanor. För ungdomar handlar det dessutom om uppväxtvillkor såsom familjerelationer, vårdnadshavares utbildningsnivå, familjens ekonomi, skolmiljö och skolprestationer. Sambanden mellan hälsan och dess bestämningsfaktorer går åt båda hållen; samtidigt som hälsan formas av de livsvillkor och resurser som människor lever med utgör den också en förutsättning för att bibehålla och utveckla dem (2, 5). Därför är hälsa och psykisk hälsa i sig viktiga värden.

Kommissionen för jämlik hälsa lyfter i sitt slutbetänkande fram åtta områden som är viktiga för att åstadkomma en mer jämlik hälsa (2). Ett av dessa områden är likvärdiga villkor och möjligheter under det tidiga livet och i skolan. Skolan med sin kompensatoriska uppgift blir alltså en central arena för detta arbete (26). Det är viktigt att alla barn och ungdomar har resurser och möjligheter att nå utbildningsmålen. Ofullständiga betyg i grundskolan har inte bara en djup inverkan på ens socioekonomiska status som vuxen (27) utan är också en av de starkaste riskfaktorerna för framtida psykosociala problem (28). Den psykiska hälsan utgör en resurs som påverkar förutsättningarna för att lyckas i skolan (29). Därmed blir det angeläget att studera skillnader i psykisk hälsa bland barn och ungdomar så att verkningsfulla insatser kan utformas för att minska eventuella ojämlikheter.

Som nämndes inledningsvis finns en del kunskap om ojämlikhet beträffande psykiska besvär (psykisk ohälsa) och psykisk sjukdom (4, 7, 30-33) medan kunskapen om skillnader i förekomst av psykisk hälsa är betydligt mindre (16, 17). I en kartläggande litteraturöversikt av skillnader i psykisk hälsa (definierad som hedoniskt och eudaimoniskt välbefinnande) identifierades 17 studier. Av dessa gav 15 studier information om skillnader utifrån kön, 15 om ålder, 14 om socioekonomisk status (SES), 2 om födelseland och inga studier om sexuell läggning. Av de 17 studierna hade 3 ett särskilt fokus på ungdomar (34-36), men endast 1 studie inkluderade skillnader utifrån SES (35) och inga studier utifrån sexuell läggning eller födelseland (17). I Sverige saknas helt studier avseende systematiska skillnader i psykisk hälsa.

I den här rapporten definieras ojämlikhet i psykisk hälsa som systematiska skillnader mellan olika grupper. Skillnaderna kan ta sig uttryck dels som en gradient som löper genom hela samhället (2, 5), dels som problem mellan utsatta grupper och befolkningen i övrigt (2, 7, 37). I rapporten berörs tre olika typer av indelningsgrunder: *socioekonomiska* (socioekonomisk status), *diskrimineringsgrundande* (sexuell läggning, födelseland och funktionsnedsättning) och *kombinerade faktorer* (ålder och kön).



# Syfte

Syftet är att undersöka skillnader i psykisk hälsa bland ungdomar utifrån indelningsgrunderna: socioekonomisk status, kön, ålder, sexuell läggning, födelseland och fem typer av funktionsnedsättningar.

## Frågeställningar

För att uppfylla syftet besvaras följande fyra frågeställningar:

1. Finns det statistiskt signifikanta skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper av ungdomar inom de nämnda indelningsgrunderna?
2. Om det finns sådana skillnader, hur stora är de? Här undersöks storleken dels inom respektive indelningsgrund, dels med hänsyn till samvariation mellan de olika indelningsgrunderna och psykisk hälsa.
3. Finns det någon betydande variation i psykisk hälsa mellan mättillfällena och är den i så fall kopplad till de studerade indelningsgrunderna?
4. Vilka skillnader (om några) kan anses ha praktisk betydelse i sammanhanget?

## A priori-hypoteser

Kunskapen om skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper i samhället är liten, särskilt bland ungdomar. Ändå kan några förantaganden göras. Det finns stöd för ett positivt samband mellan SES och psykisk hälsa i 10 studier (35, 38-46). Endast 1 av dem rör ungdomar specifikt (35) men eftersom ungdomar påverkas av sina vårdnadshavares socioekonomiska förutsättningar är resultaten ändå relevanta.

Ytterligare förantaganden rör könsskillnader och skillnader som är relaterade till sexuell läggning. I båda avseendena är litteraturen dock tunn (16, 17).

Förantagandena här baseras därför främst på studier av skillnader i psykiska besvär och psykisk sjukdom samt relevant teori kring dessa. När det gäller könsskillnader förväntas tjejer i den här åldern ha en sämre psykisk hälsa än killar eftersom det är vanligare bland dem med olika internaliserande problem (13), vilket också har kopplats till sämre välbefinnande (47). Tjejer i den här åldern rapporterar också mer stressrelaterade besvär och är oftare utsatta för diskriminering och kränkande särbehandling än killar (48, 49). När det gäller sexuell läggning finns det stöd för att olika stressrelaterade besvär och självskadebeteenden är vanligare bland homo- och bisexuella personer (32). Enligt relevant teori kan problemen knytas till det stigma som det medför att tillhöra en sexuell minoritet (37).

Sammanfattningsvis har studien följande tre a priori-hypoteser\*:

H<sub>1</sub> → Högre socioekonomisk status innebär bättre psykisk hälsa.

H<sub>2</sub> → Killar har bättre psykisk hälsa än tjejer.

H<sub>3</sub> → Heterosexuella har bättre psykisk hälsa än icke-heterosexuella.

\* Samband och skillnader för dessa hypoteser antas vara statistiskt signifikanta.

# Metod

## Studiedesign och population

Rapporten baseras på den återkommande tvärsnittsstudien Liv och hälsa ung Västmanland, undersökningsåren 2014 och 2017. Det är Region Västmanland som är ansvarig för undersökningen som syftar till att beskriva ungdomars hälso-utveckling, levnadsvanor och livsvillkor. Som kunskapsunderlag används Liv och hälsa ung dels i folkhälsoarbetet, dels som grund för folkhälsovetenskaplig forskning om ungdomars hälsa. I den vetenskapliga litteraturen kallas undersökningen för ”Survey of Adolescent Life i Vestmanland” (50, 51). Liknande undersökningar genomförs i andra landsting och regioner, t.ex. Region Örebro län, Landstinget Sörmanland och Region Uppsala med vilka Region Västmanland samverkar när det gäller att följa trender i ungas hälsa och skriva folkhälso-rapporter. Erfarenheten är att resultaten från dessa undersökningar oftast är väldigt samstämmiga, t.ex. när det gäller trender och förändringar i hälsa över tid (52, 53). Rapportens resultat, särskilt vad gäller skillnader i psykisk hälsa mellan grupper, bör därmed kunna generaliseras till svenska ungdomar inom de studerade årskurserna.

Studiepopulationen består av skolungdomar i årskurs 9 i grundskolan och årskurs 2 i gymnasiet. Samtliga av länets skolor bjöds in att delta i undersökningen, såväl privata som kommunala. Vissa grupper exkluderades dock från deltagande i den ordinarie undersökningen: de med intellektuella handikapp – som i stället fick en anpassad enkät (Liv och hälsa ung i särskolan) – och asylsökande eller de som nyligen fått uppehållstillstånd och som därför inte ansågs klara av att fylla i enkäten, som var på svenska. Bedömningen av om en elev i den ordinarie skolan ansågs klara av att fylla i enkäten gjordes av respektive klasslärare innan undersökningen genomfördes. Det innebär alltså att asylsökande och de som precis hade fått uppehållstillstånd sannolikt inte är representerade i samma uträkning som ungdomar födda i Sverige. Bortsett från detta, är Liv och hälsa ung Västmanland för den ordinarie skolan att betrakta som en totalundersökning.

## Datainsamling

Bägge datainsamlingarna genomfördes på vårterminen vecka 4–8 och i samarbete med länets kommuner och skolor. Enkäten besvarades på skoltid och under skrivningslika förhållanden. Undersökningsåret 2014 användes en pappersenkät och 2017 ett webbformulär med personligt login. Webbenkäten var anpassad för datorer och läsplattor med talsyntes och var även lyssningsbar via ljudfil. Två svarspåminnelser användes till respektive skola, en efter två veckor och ytterligare en efter tre.

Enkäten administrerades båda undersökningsåren av klasslärare vid respektive skola som på förhand mottagit formulären/login och särskilda instruktioner från ansvarig forskare vid Region Västmanland. Den regionala etikprövningsnämnden i

Uppsala hade före det granskat och gett så kallade rådgivande yttranden gällande studieinformationen till lärare och elever samt enkätinnehållet (Dnr: 2013/464; 2016/480). Information och enkäter justerades sedan i enlighet med dessa yttranden innan datainsamlingen påbörjades.

Informationen till lärare omfattade båda undersökningsåren syftet med studien, praktisk information om genomförandet och vikten av att ge den bifogade informationen om studien till eleverna innan datainsamlingen påbörjades. Informationen till eleverna gavs 2014 i skriftlig form samt lästes upp av lärare, och 2017 gavs information i form av en tre minuters informationsfilm som alla som loggade in i webbformuläret för att delta i undersökningen fick ta del av. Filmen kunde ses individuellt eller på storbild i grupp, beroende på vilket som passade bäst. Informationen innefattade bland annat studiens syfte, varför den genomfördes, vem som var ansvarig för den, att deltagandet var frivilligt, att inga namn- eller personnummeruppgifter sparas och att resultat från studien endast kommer att redovisas på gruppnivå. Filmen finns på Youtube (54).

## Frågeformulär och variabler

Enkäterna som användes innehöll frågor om levnadsvanor, livsvillkor och olika aspekter av hälsa. Båda formulären får anses relativt omfattande med över 230 frågor 2014 och 170 frågor 2017 (55). Den förstnämnda enkäten besvarades på papper och den sistnämnda via webbformulär. Mediansvarstiden med den digitala enkäten 2017 var 22 minuter. Rapporten använder sig endast av frågor som finns representerade båda undersökningsåren. Filtrering av oseriösa respondenter gjordes på lite olika sätt de två undersökningsåren; 2014 användes granskare som gick igenom alla sidor av alla enkäter efter det att enkäterna skannats in. Vid inskanning användes inställningar som gjorde att dataprogrammet som granskarna arbetade i reagerade på extrema kombinationer av svar, t.ex. om samtliga medicinska tillstånd var ikryssade eller om det fanns ett uppenbart mönster i hur man kryssat sig igenom frågorna. Respondenterna klassificerades som seriösa/oseriösa efter på förhand bestämda kriterier. Enligt detta sätt att filtrera oseriösa identifierades 80 enkäter, motsvarande 1,9 procent. Eftersom mätningen 2017 gjordes digitalt skapades i efterhand ett filter för att identifiera oseriösa svars personer. Filtret använde sig av en kombination av extrema och motsägelsefulla svar och identifierade 35 oseriösa, motsvarande 0,9 procent.

### Indelningsgrunder för analys av skillnader

Skillnader i psykisk hälsa studeras utifrån sex indelningsgrunder. Dessa var: kön, ålder, självupplevd SES, sexuell läggning, födelseland och fem typer av funktionsnedsättningar. Indelningsgrunderna omfattas alltså totalt av tio frågor (tabell 1A och 1B). Nedan ges en kort beskrivning av dessa frågor, deras bakgrund och aktuella variabeltransformationer.

*Kön* redovisas som en binär variabel där variabelkategorierna är kille eller tjej. En tredje kategori för kön infördes i undersökningen först 2017, varför denna kategori

har exkluderats. Frågan om *ålder* skiljer sig något mellan de två undersökningsåren; i 2014 års enkät fick ålder anges i en öppen fråga medan i 2017 års enkät användes tio fasta svars kategorier. Innan data från de två undersökningsåren slogs ihop transformerades variablerna om till en variabel med fyra kategorier:  $\leq 15$  år, 16 år, 17 år och  $\geq 18$  år.

SES baseras inte på något faktiskt mått eftersom enkäterna besvarades anonymt båda undersökningsåren. Därmed finns ingen registerkoppling till respondenternas vårdnadshavare, deras inkomst, utbildning etcetera som ungdomar kan ha svårt att återge (56, 57). Frågan som användes är särskilt utvecklad för att fånga in ungdomars uppfattning av familjens socioekonomi. Den har validerats i internationell kontext och har sitt ursprung i Goodman et al. (1). Frågan lyder: *Föreställ dig samhället som en stege. Om du tänker på din familjs ekonomi i jämförelse med samhället i stort, var skulle du placera din familj på följande skala?* Svartalternativen består av en 7-gradig likertskala från *Längst ner, minst pengar* till *Högst upp, mest pengar*. Svartalternativen däremellan betecknas med siffror, 2–6.

Frågan om *sexuell läggning* skiljer sig något åt för de två undersökningsåren, varför variablerna dikotomiserades till kategorierna: heterosexuell och icke-heterosexuell. I den senare ingår de kategorier som är gemensamma för båda undersökningsåren: homosexuell, bisexuell, annan och osäker. *Födelseland* redovisas i den deskriptiva delen och i en univariabel analys av skillnader i psykisk hälsa utifrån tre kategorier: född i Sverige, född i övriga Europa och född i övriga världen. I multivariabel analys dikotomiserades variabeln så att de två kategorierna med utlandsfödda slogs ihop.

Med *funktionsnedsättning* avses här den begränsning som nedsättningen innebär för en person i relation till omgivningen (58). Funktionsnedsättningarna som efterfrågas i studien är: 1) hörselnedsättning, 2) synnedsättning (där glasögon eller linser inte hjälper), 3) rörelsehinder, 4) läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller dyskalkyli, och 5) adhd, add, Tourettes eller liknande. Funktionsnedsättningarna fanns i båda undersökningsåren uppräknade i en matris. År 2014 löd frågan: *Om du har någon av följande funktionsnedsättningar, sätt ett kryss för det alternativ som bäst stämmer in på dig? Har du inte en funktionsnedsättning gå vidare till nästa fråga.* Frågan hade följande två svartalternativ för varje funktionsnedsättning: *Ja, lätt* och *Ja, svår*. De som inte svarade på frågan räknas alltså som om de inte har någon funktionsnedsättning. År 2017 löd frågan *Har du någon av följande funktionsnedsättningar?* och hade svartalternativen *Nej, Ja, lätt* och *Ja svår*. Inför analys dikotomiserades samtliga fem variabler genom att kategorierna *Ja, lätt* och *Ja, svår* slogs ihop.

#### Mätinstrument för psykisk hälsa

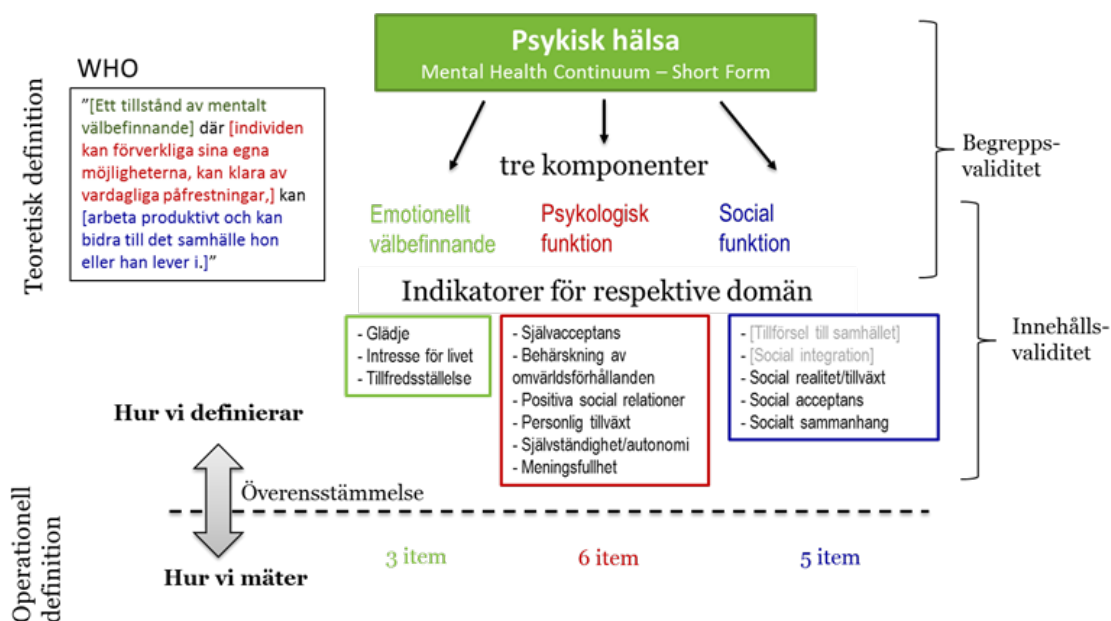
Psykisk hälsa mättes med Keyes Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). Den innehåller 14 tecken på psykiskt välbefinnande och speglar samtliga tre delar av WHO:s definition av psykisk hälsa (bilaga 1). Av de 14 tecknen handlar 3 om emotionellt välbefinnande, 5 om social funktion och 6 om psykologisk

funktion. För respektive item finns en sex-gradig skala med svarsalternativen: *Aldrig, En eller två gånger, Ungefär en gång i veckan, Ungefär två till 3 gånger i veckan, Nästan alla dagar* och *Alla dagar*. Ju oftare respondenten upplevt dessa tecken på psykisk hälsa under den senaste månaden, desto bättre psykisk hälsa. *Aldrig* kodas 0, *En eller två gånger* kodas 1 osv. till *Alla dagar* som kodas 5. Svaren från samtliga item summeras sedan så att man totalt sett kan få minst 0 och max 70.

Eftersom detta är den första populationsbaserade studien på svenska ungdomar som använder MHC-SF för att mäta psykisk hälsa går det inte att på förhand uttala sig om vad som är normala eller avvikande värden, det vill säga låga respektive höga värden. Det är också så att det finns en viss variation mellan olika länder och kulturer (36) samt även utifrån ålder, enligt studier på vuxna (17). I den här studien är det dock inte de faktiska nivåerna som är i fokus utan de relativa skillnaderna mellan olika grupper.

Skalan har utvärderats psykometriskt både internationellt (36, 59-62) och på svenska ungdomar – det senare på 2014 års material som används i denna studie (63). Den svenska utvärderingen gav stöd åt originalinstrumentets 3-faktorstruktur (figur 1) och uppvisade utmärkt inre reliabilitet. Utvärderingen visade även att instrumentet fungerar bäst på svenska ungdomar om 2 av de 14 itemen exkluderas: item 4 – *Tillförsel till samhället* och item 5 – *Social integration*. Skalan som ligger till grund för analyserna i den här rapporten baseras därför på 12 item och det innebär att maxvärdet för skalan blir 60 i stället för 70. Utfallsvariabeln är något snedfördelat men avviker inte mycket från normalfördelningen, framför allt inte residualerna. Utfallsvariabeln transformerades därför inte före analys.

**Figur 1.** Schematisk koppling mellan teoretisk och operationell definition av psykisk hälsa utifrån det psykometriskt utvärderade mätinstrumentet MHC-SF.



## Statistisk analys

För att beskriva materialet utifrån indelningsgrunder och undersökningsår användes frekvenstabeller med antal och procentandelar, se tabell 1A och 1B. För att beskriva skillnader inom respektive indelningsgrund jämfördes nivån (medelvärde) och spridningen (standardavvikelse) i psykisk hälsa mellan grupper (tabell 2).

Skillnader i psykisk hälsa testades inledningsvis med t-test för jämförelse mellan två kategorier och ANOVA för jämförelser mellan fler än två kategorier. Effektstorleken utvärderades sedan med medelvärdesskillnader och standardiserades genom beräkning av Cohens  $d$  (64). För indelningsgrunden SES med fler än två kategorier beräknades effektstorleken parvis. Att redovisa medelvärden, standardavvikelse och Cohens  $d$  underlättar jämförelser av effekter såväl mellan indelningsgrunder i den här studien som med andra studier. Cohen har gett förslag på vilken effektstorlek ( $d$ ) som motsvarar en liten (0,2), medelstor (0,5) respektive stor (0,8) effekt (64, 65). I den här studien gjordes först en bedömning av effekten utifrån Cohens förslag, och därefter utifrån minsta rekommenderade effekt med praktisk betydelse för socialvetenskapliga data som Ferguson med flera menar skiljer sig från data ur medicinsk vetenskap (66-68). Minsta effekten motsvarar  $d$  på minst 0,41 (68).

En multivariabel justerad analys av huvudeffekter i psykisk hälsa genomfördes med linjär hierarkisk regression, se tabell 3. Indelningsgrunderna introducerades blockvis och redovisas i fem modeller för att visa dels effekter av justering, dels betydelsen av respektive indelningsgrund. I de fall effekten av en introducerad variabel var liten eller mycket liten togs flera variabler med i samma modell, t.ex. modell 5. Endast indelningsgrunder inom vilka statistiskt signifikanta skillnader detekterades togs med i den slutliga modellen.

För att undersöka om skillnader i psykisk hälsa inom de studerade indelningsgrunderna förändrades mellan 2014 och 2017 producerades först figurer av medelvärden och konfidensintervall för psykisk hälsa som var uppdelade på såväl indelningsgrund som undersökningsår. I de fall en interaktionseffekt kunde misstänkas eller var visuellt uppenbar, t.ex. i figur 2, genomfördes i nästa steg interaktionsanalyser. Interaktionstermer för respektive indelningsgrund och undersökningsår introducerades separat i en sjuätte modell efter huvudeffekterna. Interaktionerna testades inte tillsammans utan en och en. De som testades för indelningsgrunder inom vilka någon huvudeffekt inte kunnat påvisas i modell 5 inkluderades också i modellen.

Effektstorlek för resultat i en multivariabel analys bedömdes inledningsvis utifrån sambandets styrka, det vill säga R-värdet som är detsamma som den standardiserade betakoefficienten ( $\beta$ ). En bedömning gjordes först utifrån Cohens rekommendation om vad som motsvarar en liten ( $R = 0,10$ ), medelstor ( $R = 0,30$ ) och stor effekt ( $R = 0,50$ ) (65). Dessa värderades sedan på samma vis som i en univariabel analys utifrån ett socialvetenskapligt snarare än medicinskt perspektiv. Minsta rekommenderade effekt med praktisk betydelse för enskilda indelningsgrunder fick då motsvara ett R-värde av 0,2 eller, då flera indelningsgrunder

samlade effekt bedömdes, med en förklarad varians ( $R^2$ ) av 0,04 (68). Samtliga statistiska tester använde en signifikansnivå på 0,05 och genomfördes med SPSS version 24.

## Resultat

Deltagandet i berörda årkurser var 78 procent 2014 och 76 procent 2017. Bland de deltagande skolorna var 96 procent av klasserna representerade 2017. Det partiella bortfallet varierade mellan 0,4 procent för ålder till 10 procent för sexuell läggning, med ett genomsnittligt bortfall per fråga på 4,5 procent.

### Beskrivning av materialet

Tabell 1A och 1B ger en beskrivning av materialet uppdelat på indelningsgrunder och kategorier för respektive undersökningsår. Studien inkluderar svar från 7 637 ungdomar, varav 52 procent är tjejer. Mellan de två undersökningsåren ses statistiskt signifikanta förändringar i fördelningen över kategorier inom fyra indelningsgrunder. En ökning ses för andelen födda i övriga världen (3 procent). Därutöver ses en tydlig ökning av andelen som rapporterar dyslexi, läs- och skrivsvårigheter och dyskalkyli (5,7 procent) och adhd och liknande funktionsnedsättning (2,4 procent). En minskning ses även i andelen 15 år eller yngre (3,9 procent), vilket speglar det lägre deltagandet i årskurs 9 år 2017 jämfört med 2014.

### Skillnader i psykisk hälsa inom respektive indelningsgrund

I tabell 2 redovisas resultat från en univariabel analys som svar på den första frågeställningen: Finns det statistiskt signifikanta skillnader mellan kategorier inom respektive indelningsgrund? Av tabellen framgår att sådana skillnader finns inom fyra av sex indelningsgrunder: kön, SES, sexuell läggning och samtliga fem funktionsnedsättningar. Högre medelvärden visar att den psykiska hälsan är bättre bland killar än tjejer, bland heterosexuella jämfört med de som rapporterat annan sexuell läggning eller är osäkra, och bland de som inte rapporterat någon funktionsnedsättning jämfört med de som gjort det. Tabellen visar också ett tydligt samband mellan SES och psykisk hälsa. Ju högre familjens ekonomi rankats, desto högre är medelvärdet för psykisk hälsa.

Som en del av nästa frågeställning undersöks storleken på nämnda skillnader. För de flesta statistiskt signifikanta skillnader är effektstorleken att betrakta som liten (synnedsättning) eller mycket liten (undersökningsår). Undantagen är sexuell läggning, funktionsnedsättning såsom adhd, add, Tourettes eller liknande för vilka effektstorleken är medelstor, och SES, där effektstorleken varierar från liten mellan vissa kategorier (t.ex. 7 och 6) till stor mellan andra (t.ex. 7 och 2). En dikotomisering av SES där kategorierna 1 till 3 slås ihop ( $n = 837$ ) och jämförs med 4–7 ( $n = 6\,025$ ) ger en medelstor effekt,  $d = 0,53$  (ej i tabell). Vidare för samtliga parvisa jämförelser mellan SES kategori  $\leq 3$  och kategori  $\geq 5$  är skillnaderna statistiskt signifikanta och ger  $d > 0,41$ . Även för adhd, add, Tourettes eller liknande och sexuell läggning är  $d > 0,41$ .



**Tabell 1A.** Beskrivning av datamaterialet Liv och hälsa ung 2014 i antal (N) och procent (%) uppdelat på kategorier inom respektive indelningsgrunder.

Indelningsgrund	Kategori	N	%	
Kön	Tjej	2 066	51,6	
	Kille	1 938	48,4	
Ålder	≤ 15 år	1 673	42,1	
	16 år	385	9,7	
	17 år	1 486	37,4	
	≥ 18 år	430	10,8	
Socioekonomisk status	Högst upp, mest pengar	104	2,6	
	6	623	15,8	
	5	1 638	41,4	
	4	1 074	27,2	
	3	356	9,0	
	2	121	3,1	
	Längst ner, minst pengar	38	1,0	
Sexuell läggning	Heterosexuell	3 263	90,4	
	Bisexuell/homosexuell/annan/osäker	345	9,6	
Födelseland	Sverige	3 513	88,3	
	Land i övriga Europa	121	3,0	
	Land i övriga världen	346	8,7	
Funktionsnedsättning	Hörselnedsättning	Nej	3 725	93,0
		Ja lätt/ja svår	279	7,0
	Synnedsättning	Nej	3 776	94,3
		Ja lätt/ja svår	228	5,7
	Rörelsehinder	Nej	3 889	97,1
		Ja lätt/ja svår	115	2,9
	Dyslexi, läs- och skrivsvårigheter	Nej	3 640	90,9
		Ja lätt/ja svår	364	9,1
	Adhd, add, Tourettes eller liknande	Nej	3 677	91,8
		Ja lätt/ja svår	327	8,2

**Tabell 1B.** Beskrivning av datamaterialet Liv och hälsa ung 2017 i antal (N) och procent (%) uppdelat på kategorier inom respektive indelningsgrunder.

Indelningsgrund	Kategori	N	%	
Kön	Tjej	1 834	50,5	
	Kille	1 799	49,5	
Ålder	≤ 15 år	1 386	38,2	
	16 år	377	10,4	
	17 år	1 412	38,9	
	≥ 18 år	454	12,5	
Socioekonomisk status	Högst upp, mest pengar	147	4,6	
	6	454	14,1	
	5	1 329	41,3	
	4	913	28,3	
	3	274	8,5	
	2	75	2,3	
	Längst ner, minst pengar	29	0,9	
Sexuell läggning	Heterosexuell	2 904	89,0	
	Bisexuell/homosexuell/annan/osäker	358	11,0	
Födelseland	Sverige	3 067	85,5	
	Land i övriga Europa	101	2,8	
	Land i övriga världen	421	11,7	
Funktionsnedsättning	Hörselnedsättning	Nej	3 018	93,6
		Ja lätt/ja svår	206	6,4
	Synnedsättning	Nej	3 015	93,8
		Ja lätt/ja svår	199	6,2
	Rörelsehinder	Nej	3 095	97,1
		Ja lätt/ja svår	92	2,9
	Läs- och skriv-svårigheter, dyslexi eller dyskalkyli	Nej	2 775	85,2
		Ja lätt/ja svår	482	14,8
	Adhd, add, Tourettes eller liknande	Nej	2 937	89,4
		Ja lätt/ja svår	347	10,6

**Tabell 2.** Skillnader i skolungdomars psykiska hälsa (Mental Health Continuum) mellan kategorier inom respektive indelningsgrund utifrån medelvärden (M), standardavvikelser (S) och effektstorlek. Tabellen inkluderar båda undersökningsåren.

Indelningsgrund	Kategori	M	(S)	P-värde <sup>a</sup>	Effektstorlek <sup>b</sup>	
Undersökningsår	2014	38,36	(11,87)	< 0,001	<i>d</i> = 0,11	
	2017	36,98	(12,72)			
Kön	Tjej	35,98	(11,94)	< 0,001	<i>d</i> = 0,29	
	Kille	39,52	(12,41)			
Ålder	≤ 15 år	37,83	(12,46)	0,785	-	
	16 år	37,99	(12,99)			
	17 år	37,60	(11,87)			
	≥ 18 år	37,51	(12,48)			
SES	Högst upp, mest pengar	42,68	(14,44)	< 0,001	<i>d</i> = 0,10–0,89 <sup>c</sup>	
	6	41,28	(11,14)			
	5	38,77	(11,72)			
	4	36,41	(11,92)			
	3	32,59	(12,33)			
	2	30,81	(12,52)			
	Längst ner, minst pengar	33,11	(14,04)			
Sexuell läggning	Heterosexuell	38,34	(11,96)	< 0,001	<i>d</i> = 0,52	
	Bisexuell/homosexuell/annan/ osäker	31,49	(13,20)			
Födelseland	Sverige	37,70	(12,24)	0,148	-	
	Land i övriga Europa	36,63	(13,32)			
	Land i övriga världen	38,41	(12,26)			
Funktions-nedsättning	Hörselnedsättning	Nej	38,05	(12,20)	0,001	<i>d</i> = 0,17
		Ja lätt/ja svår	36,03	(12,07)		
	Synnedsättning	Nej	38,04	(12,15)	< 0,001	<i>d</i> = 0,17
		Ja lätt/ja svår	35,62	(13,16)		
	Rörelsehinder	Nej	38,01	(12,19)	< 0,001	<i>d</i> = 0,27
		Ja lätt/ja svår	34,69	(12,44)		
	Läs- och skriv-svårigheter, dyslexi eller dyskalkyli	Nej	38,16	(12,08)	< 0,001	<i>d</i> = 0,18
		Ja lätt/ja svår	35,80	(13,06)		
	Adhd, add, Tourettes eller liknande	Nej	38,36	(12,03)	< 0,001	<i>d</i> = 0,44
		Ja lätt/ja svår	32,74	(12,91)		

<sup>a</sup> T-test användes för testning av jämförelser mellan två kategorier och ANOVA för jämförelser mellan fler än två kategorier.

<sup>b</sup> Effektstorlek redovisas för parvisa jämförelser med Cohens *d*.

<sup>c</sup> Effektstorleken för parvisa jämförelser mellan kategorierna varierar mellan *d* = 0,10 (kategori 7 kontra 6) och 0,89 (kategori 7 kontra 2).

## Multivariabel analys av skillnader i psykisk hälsa

I en multivariabel analys (tabell 3) presenteras effekten av respektive indelningsgrund på medelvärden i psykisk hälsa då hänsyn tas till samvariation med övriga indelningsgrunder, det vill säga svar på den andra delen av frågeställning 2.

I den linjära regressionen anger betakoefficienten (B) den förändring i psykisk hälsa utifrån originalskalan (0–60) som är associerad med varje stegförändring inom respektive indelningsgrund. I modell 3 är t.ex. att vara heterosexuell jämfört med icke-heterosexuell associerad med 5,685 enheter bättre psykisk hälsa efter justering för SES och kön. För att kunna jämföra betydelsen av sexuell läggning, som är en dikotom variabel och endast kan anta två värden, med SES, som kan anta sju värden, används den standardiserade betakoefficienten ( $\beta$ ). Den anger i stället förändringen i psykisk hälsa uttryckt i standardavvikelser för respektive indelningsgrund, vilket är detsamma som R-värdet som beskriver styrkan på sambandet. I tabellen används R-värdet emellertid för att beskriva styrkan på sambandet utifrån respektive modell medan  $\beta$  används för att beskriva styrkan på sambandet utifrån respektive indelningsgrund. I modell 3 motsvarar således effektstorleken för SES, sexuell läggning och kön sammantaget ett R-värde på 0,305 medan den enskilda justerade effekten redovisad som  $\beta$  är 0,216 för SES, 0,139 för sexuell läggning och 0,129 för kön.

Vad som sker med resultaten i en multivariabel (tabell 3) jämfört med univariabel analys är att effekten av sexuell läggning och add, adhd, Tourettes eller liknande minskar då justering görs för samvariation med skillnader inom övriga indelningsgrunder som också är associerade med psykisk hälsa. De indelningsgrunder som har betydelse i justeringen är främst kön och SES. Justering för kön har betydelse för effekten av sexuell läggning och justering för SES för både effekten av sexuell läggning och add, adhd, Tourettes eller liknande (framgår ej av tabell). Vidare ses inte längre några signifikanta skillnader utifrån hörsel- och synnedättning eller rörelsehinder. Även detta beror på justering för SES (framgår ej av tabell 3). Ett statistiskt signifikant samband tillkommer för födelse-land efter att variabeln dikotomiserats till svensk- respektive utlandsfödda. De som är utlandsfödda har generellt sett en något bättre psykisk hälsa än svenskfödda ( $\beta = 0,049$ ) då justering görs för SES (att det är just SES framgår dock ej av tabellen). I övrigt ses inga förändringar vad gäller statistiskt signifikanta samband inom indelningsgrunderna jämfört med i en univariabel analys. Även könsuppdelade analyser genomfördes men eftersom inga skillnader i effekter som är relaterade till kön kunde påvisas har dessa exkluderats från redovisning.

Sammanfattningsvis ses i den fullt justerade modell 5 klart störst ojämlikhet i psykisk hälsa utifrån SES ( $\beta = 0,215$ ). Därefter kommer sexuell läggning ( $\beta = 0,128$ ) och kön ( $\beta = 0,131$ ) som med effekter uttryckt som  $\beta$  är lika stora. En något mindre effekt ses sedan för adhd, add, Tourettes eller liknande ( $\beta = 0,095$ ) följt av än mindre effekter som är kopplade till läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller dyskalkyli samt en mycket liten effekt av födelse-land.

**Tabell 3.** Hierarkisk regression av huvudeffekter i skolungdomars psykiska hälsa (Mental Health Continuum) och indelningsgrunder samt undersökningsår. Endast indelningsgrunder med ett P-värde < 0,05 har inkluderats i den slutliga modellen, modell 5. Analysen inkluderar data från båda undersökningsåren 2014 och 2017.

	R	R <sup>2a</sup>	R <sup>2</sup> förändring	B <sup>b</sup>	SE B <sup>c</sup>	95 % konfidensintervall för B		β <sup>d</sup>	P-värde
<b>Modell 1</b>	0,235	0,055	0,055						
SES (1–7)				2,616	0,140	2,342	2,891	0,235	< 0,001
<b>Modell 2</b>	0,279	0,078	0,022						
SES (1–7)				2,488	0,139	2,216	2,760	0,224	< 0,001
Heterosexuell				6,137	0,509	5,139	7,136	0,150	< 0,001
<b>Modell 3</b>	0,305	0,093	0,015						
SES (1–7)				2,401	0,138	2,131	2,671	0,216	< 0,001
Heterosexuell				5,685	0,507	4,691	6,679	0,139	< 0,001
Kille				3,002	0,298	2,419	3,586	0,125	< 0,001
<b>Modell 4</b>	0,322	0,103	0,010						
SES (1–7)				2,319	0,137	2,050	2,589	0,208	< 0,001
Heterosexuell				5,265	0,507	4,272	6,259	0,129	< 0,001
Kille				3,144	0,297	2,563	3,726	0,131	< 0,001
Adhd, add, Tourettes eller liknande				- 4,596	0,556	- 5,686	- 3,507	- 0,102	< 0,001
<b>Modell 5</b>	0,329	0,108	0,005						
SES (1–7)				2,396	0,138	2,125	2,667	0,215	< 0,001
Heterosexuell				5,230	0,506	4,238	6,223	0,128	< 0,001
Kille				3,139	0,296	2,558	3,720	0,131	< 0,001
Adhd, add, Tourettes eller liknande				- 4,245	0,572	- 5,366	- 3,125	- 0,095	< 0,001
Utlandsfödd				1,860	0,467	0,945	2,776	0,049	< 0,001
Undersökningsår 2017				- 0,915	0,297	- 1,498	- 0,332	- 0,038	0,002
Dyslexi, läs-/skrivsvårigheter, dyskalkyli				- 1,072	0,503	- 2,059	- 0,085	- 0,027	0,033

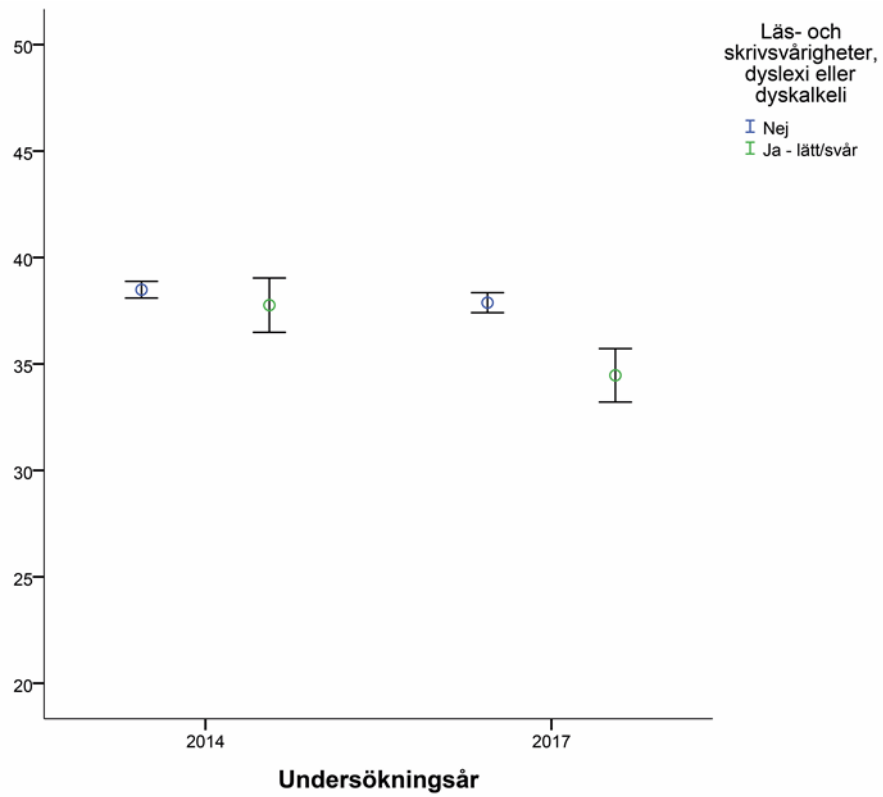
<sup>a</sup> R<sup>2</sup> = Förklarad varians

<sup>b</sup> B = Betakoefficienten (den förändring i skalan för psykisk hälsa som är associerad med varje stegförändring i den oberoende variabeln)

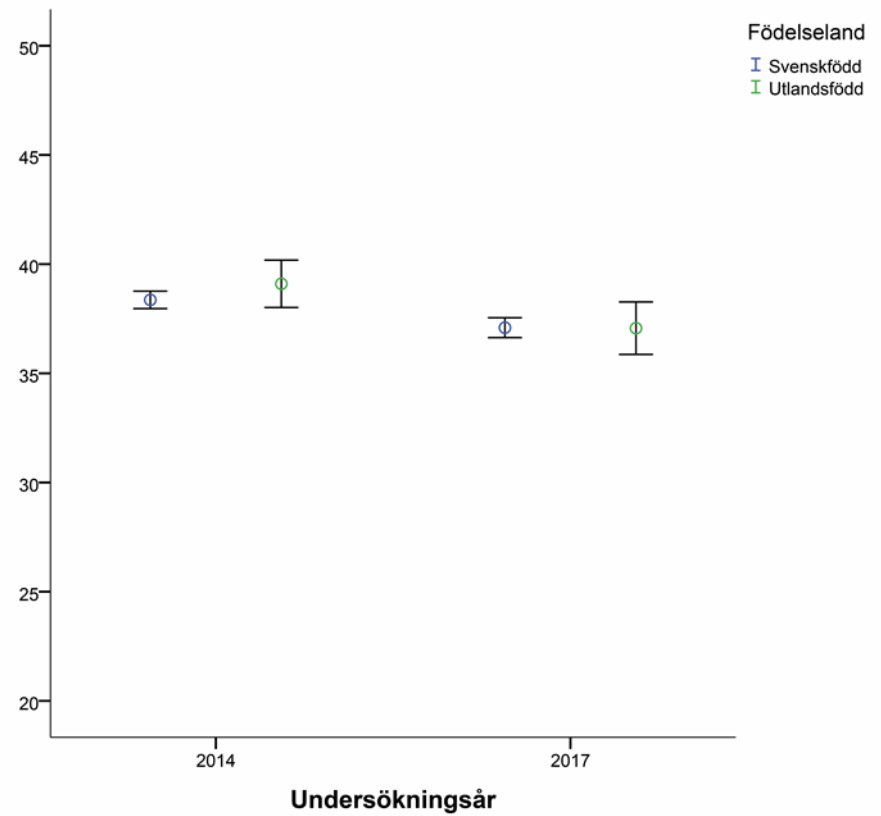
<sup>c</sup> SE B = Betakoefficientens medelfel

<sup>d</sup> β = Betakoefficienten standardiserad (dvs. förändring i psykisk hälsa uttryckt i standardavvikelser för jämförelser mellan indelningsgrunder med fler än 1 steg samt andra studier och utfall)

**Figur 2.** Medelvärden och konfidensintervall för psykisk hälsa bland skolungdomar (Mental Health Continuum) uppdelade på läs- och skriv- svårigheter m.m. och undersökningsår.



**Figur 3.** Medelvärden och konfidensintervall för psykisk hälsa bland skolungdomar (Mental Health Continuum) uppdelade på födelse land och undersökningsår.



## Variation i psykisk hälsa mellan mättillfällena

Av tabell 2 framgår att det föreligger en statistiskt signifikant skillnad i psykisk hälsa mellan de två mättillfällena. Gruppmedelvärdet för 2017 är 1,38 enheter lägre än 2014 ( $p < 0,001$ ). Medelvärdet för båda åren är 37,77. För att undersöka om den här förändringen i psykisk hälsa är kopplad till de studerade indelningsgrunderna producerades först medelvärden och konfidensintervall för psykisk hälsa uppdelade på såväl indelningsgrunder som undersökningsår. I de fall en skillnad mellan

**Tabell 4.** Skillnader i skolungdomars psykiska hälsa (Mental Health Continuum) mellan kategorier inom respektive funktionsnedsättning utifrån medelvärden (M), standardavvikelser (S) och effektstorlek uppdelat på undersökningsår.

Indelningsgrund	Kategori	M	(S)	P-värde <sup>a</sup>	Effektstorlek <sup>b</sup>
Kön 2014	Tjej	37,02	(11,44)	< 0,001	$d = 0,25$
	Kille	39,92	(11,97)		
Kön 2017	Tjej	34,86	(12,29)	< 0,001	$d = 0,35$
	Kille	39,27	(12,61)		
Hörselnedsättning 2014	Nej	38,51	(11,78)	= 0,09	$d = -$
	Lätt/svår	37,24	(11,78)		
Hörselnedsättning 2017	Nej	37,63	(12,51)	= 0,001	$d = 0,25$
	Lätt/svår	34,55	(12,06)		
Synnedsättning 2014	Nej	38,45	(11,81)	= 0,56	$d = -$
	Lätt/svår	37,98	(11,34)		
Synnedsättning 2017	Nej	37,68	(12,35)	< 0,001	$d = 0,34$
	Lätt/svår	33,11	(14,37)		
Rörelsehinder 2014	Nej	38,43	(11,80)	= 0,92	$d = -$
	Lätt/svår	38,32	(11,38)		
Rörelsehinder 2017	Nej	37,64	(12,46)	< 0,001	$d = 0,62$
	Lätt/svår	30,02	(12,25)		
Läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller dyskalkyli 2014	Nej	38,49	(11,77)	= 0,73	$d = -$
	Lätt/svår	37,76	(11,92)		
Läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller dyskalkyli 2017	Nej	37,88	(12,28)	< 0,001	$d = 0,26$
	Lätt/svår	34,46	(13,55)		

<sup>a</sup> T-test användes för testning av jämförelser mellan kategorierna.

<sup>b</sup> Effektstorlek redovisas med Cohens  $d$ .

undersökningsåren kunde misstänkas eller var visuellt uppenbar, t.ex. för läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller dyskalkyli i figur 2 där ingen skillnad finns mellan grupperna 2014 men en tydlig sådan 2017, genomfördes ytterligare regressionsanalyser som inkluderade en modell 6 som tillägg till modell 5 i tabell 3, med

interaktionsterm för indelningsgrund och undersökningsår. Analysen kom att inkludera interaktioner för fem indelningarna. Övriga fyra indelningar exkluderades alltså utifrån analys av medelvärden och konfidensintervall. Av figur 3 framgår t.ex. att skillnaden i psykisk hälsa mellan svensk- och utlandsfödda inte förändrades mellan undersökningsåren.

Statistiskt signifikanta interaktioner ses mellan undersökningsår och kön ( $p = 0,01$ ) samt fyra av fem funktionsnedsättningar: läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller dyskalkyli ( $p < 0,001$ ), rörelsehinder ( $p < 0,001$ ), synnedsättning ( $p = 0,004$ ) och hörselnedsättning ( $p = 0,008$ ). Storleken på effekterna varierar mellan  $R^2$  på 0,1 och 0,2 procent. I tabell 4 presenteras skillnaderna i psykisk hälsa närmare utifrån jämförelser av medelvärden uppdelade på indelningsgrund och undersökningsår. Ingen statistiskt signifikant skillnad i psykisk hälsa ses inom någon av de fyra funktionsnedsättningarna 2014 medan sådana skillnader ses inom samtliga 2017. Signifikanta skillnader ses dock för kön båda undersökningsåren. När personer som rapporterar minst en av de fyra funktionsnedsättningarna exkluderas från analysen av skillnader i psykisk hälsa mellan de två mättillfällena ses inte längre några signifikanta skillnader ( $p = 0,32$ ).

<sup>a</sup> Ålder, SES, sexuell läggning och adhd, add, Tourettes eller liknande.



## Diskussion

Syftet med den här undersökningen är att studera skillnader i psykisk hälsa bland ungdomar. Detta är viktigt för att kunna utforma verkningfulla insatser som syftar till att minska skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper. Att minska ojämlikheten i psykisk hälsa kan motiveras såväl utifrån moraliska och rättviseteoretiska argument som utifrån hur resurser bäst utnyttjas för en hållbar utveckling (2). Studien utgår ifrån fyra frågeställningar: den första handlar om huruvida det finns statistiskt signifikanta skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper, den andra om storleken på dessa skillnader, den tredje om det finns någon betydande variation i psykisk hälsa mellan de två mättillfällena och i så fall om den är kopplad till de studerade indelningsgrunderna, och den fjärde om vilka av skillnaderna som kan anses ha praktisk betydelse i sammanhanget.

### Skillnader i ungdomars psykiska hälsa

När det gäller den första frågeställningen visar resultat av en univariabel analys att det finns statistiskt signifikanta skillnader i psykisk hälsa inom fyra av sex studerade indelningsgrunder. Dessa är: kön, SES, sexuell läggning och alla fem funktionsnedläggningar. Av de senare fem är det endast för add, adhd, Tourettes eller liknande och läs- och skrivsvårigheter som de signifikanta resultaten kvarstår när hänsyn i multivariabel analys tas till samvariation med skillnader inom övriga indelningsgrunder och psykisk hälsa (modell 5 i tabell 3). I den justerade analysen är det främst SES som har betydelse; när jämförelser mellan grupper görs oberoende av SES tillkommer en skillnad mellan svensk- och utlandsfödda samtidigt som skillnader för hörsel- och synnedläggning samt rörelsehinder försvinner. Som diskuteras senare ses tydliga skillnader som är kopplade till hörsel- och synnedläggning och rörelsehinder, men endast för undersökningsåret 2017.

När det gäller riktningen för studerade skillnader och samband får samtliga av studiens tre a priori-antaganden stöd: 1) Ju högre SES ungdomar upplever, desto bättre psykisk hälsa har de; 2) killar har bättre psykisk hälsa än tjejer; 3) heterosexuella har bättre psykisk hälsa än ej heterosexuella. Resultaten för SES är i linje med en annan studie (den enda) bland ungdomar (35) och flertalet (10 av 14) studier bland vuxna (17). Att killar har bättre psykisk hälsa än tjejer är i linje med en engelsk studie bland ungdomar (47) men inte litteraturen i stort där alla övriga studier utom en dock avser skillnader bland vuxna (17). Det tredje a priori-antagandet som får stöd – att heterosexuella har bättre psykisk hälsa än ej heterosexuella – är inte studerat tidigare. Däremot finns det som nämnts viss kunskap om sambandet mellan psykisk ohälsa, självskadebeteenden och sexuell läggning (32, 69). Tillsammans med det stigma som det kan medföra att tillhöra en sexuell minoritet (37) är resultaten i här den studien inte särskilt förvånande.

Ingen signifikant skillnad ses utifrån ålder, vilket inte heller är förvånande med tanke på det snäva åldersintervallet. Ålder är annars en indelningsgrund som visats vara kopplad till psykisk hälsa bland vuxna (16, 17). Det finns dock ingen tydlig

riktning på detta samband, det vill säga att den psykiska hälsan varierar med ålder. För övriga signifikanta skillnader i den justerade analysen gäller att de med add, adhd, Tourettes eller liknande eller läs- och skrivsvårigheter har sämre psykisk hälsa än de som inte har dessa funktionsnedsättningar samt att utlandsfödda har en förhållandevis bättre psykisk hälsa än svenskfödda när hänsyn tas till deras generellt lägre SES jämfört med svenskfödda. Ett positivt samband mellan psykisk hälsa och att vara utlandsfödd har också visats i en nederländsk studie (70). Skillnader i psykisk hälsa utifrån funktionsnedsättning är inte tidigare studerat bland ungdomar. Resultaten i den här studien ger i det avseendet ny kunskap som är intressant i relation till tidigare rapporterade samband mellan skolprestation/-funktion och psykisk ohälsa (71) samt funktionsnedsattas livsvillkor och självupplevda hälsa (72).

## Skillnadernas storlek

Statistiskt signifikanta skillnader mellan grupper behöver inte nödvändigtvis vara relevanta i annat avseende än att slumpen kan uteslutas som förklaring till dem. Särskilt när det gäller omfattande material såsom i den här studien blir precisionen i skattningarna hög, vilket gör förhållandevis små skillnader statistiskt signifikanta. Det är därför viktigt att värdera skillnadernas storlek, se frågeställning 2.

I en univariabel analys (tabell 2) är det tre indelningsgrunder som utmärker sig, samtliga med Cohens  $d \geq 0,41$ , och som motsvarar ungefär en medelstor effekt (64). Dessa är: SES, sexuell läggning och add, adhd, Tourettes eller liknande. Störst medelvärdeskillnader i psykisk hälsa ses mellan grupper med olika SES. Den näst största skillnaden ses inom sexuell läggning och därefter inom add, adhd, Tourettes eller liknande. I den justerade analysen minskar dock betydelsen av dessa två indelningsgrunder (tabell 3). Icke-heterosexuella och de som rapporterar add, adhd, Tourettes eller liknande är överrepresenterade bland dem med låg SES och därför minskar effekterna när analysen görs oberoende av SES. Justeringen gör att effekterna av dessa två indelningsgrunder är att betrakta som små snarare än medelstora, liksom i en univariabel analys. Även effekten av SES på den psykiska hälsan minskar något, vilket framgår av modell 5 i tabell 3 ( $\beta = 0,215$ ) och hamnar mellan vad Cohen (65) beskrev som en liten (0,10) och en medelstor effekt (0,3). En indelningsgrund vars effekt faktiskt ökar något i den justerade analysen är kön ( $\beta = 0,131$ ) som tillsammans med sexuell läggning ( $\beta = 0,128$ ) utgör de två indelningsgrunderna med näst störst effekt på den psykiska hälsan, följda av funktionsnedsättningar såsom add, adhd, Tourettes eller liknande ( $\beta = 0,095$ ). Övriga statistiskt signifikanta skillnader i den justerade analysen är att betrakta som mycket små (65, 68).

Den dominerande effekten av SES bland här studerade indelningsgrunder stämmer väl överens med slutsatserna i en nyligen genomförd litteraturöversikt (17). Effekten av SES är i den här studien dock något större än i andra, framför allt studier bland vuxna där flertalet använder sig av faktiska mått på SES (t.ex. utbildning och inkomst) snarare än självrapporterad eller som i den här studien

självupplevd SES. Den senare är kända för att vara starkare kopplad till psykologisk funktion (1, 30).

## Variation i psykisk hälsa mellan mättillfällen

Studiens tredje frågeställning undersöker om det finns någon betydande variation i psykisk hälsa mellan de två undersökningsåren och om den i så fall är kopplad till de studerade indelningsgrunderna. Frågan är viktig eftersom den kan ge viss ledning åt hur det pågående arbetet går för att åstadkomma mer likvärdiga förutsättningar för människor i olika grupper.

Resultatet visar en statistiskt signifikant skillnad i psykisk hälsa med lägre medelvärde 2017 jämfört med 2014. Skillnaden kan knytas till två av de studerade indelningsgrunderna. Interaktionsanalyser visar att för kön och fyra av fem studerade typer av funktionsnedsättningar ökade skillnaderna i psykisk hälsa mellan 2014 och 2017. Här är det totalt sett funktionsnedsättningar som har betydelse, för när personer med minst en av de fyra funktionsnedsättningarna exkluderas från jämförelsen av psykisk hälsa mellan de två undersökningsåren är skillnaden inte längre signifikant ( $p = 0,32$ ). För indelningsgrunden rörelsehinder ses 2017 en betydande medelvärdesskillnad i psykisk hälsa på 7,6 enheter utifrån MHC-SF mellan de med denna funktionsnedsättning och de som inte har den, vilket motsvarar en medelstor effekt (Cohens  $d = 0,62$ ). Effekterna av övriga tre indelningar 2017 – hörsel- och synnedsättning samt läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller dyskalkyli – är mellan små och medelstora. Visserligen bidrar de ökade skillnaderna mycket lite till den totala ojämlikheten i studien sett till resultaten i modell 6 ( $R^2: 0,1-0,2$  procent), men det är bekymrande att utvecklingen inom dessa indelningar verkar gå fel håll, alltså att ojämlikheten ser ut att öka.

En tänkbar förklaring till skillnaderna i psykisk hälsa mellan de två undersökningsåren kan vara att olika metoder för datainsamling användes. Gosling et al. har jämfört enkätdata från en omfattande webbaserad studie av 361 703 personer med data från 510 studier som baseras på pappersenkät och fann att resultaten för de två metoderna var jämförbara (73). En nederländsk studie bland ungdomar har undersökt skillnader i svar på frågor om psykisk hälsa mellan webb- och pappersbaserad enkät. Av studiens slutsatser framgår att i en kontrollerad skolmiljö ger de båda metoderna nästan identiska resultat (74). Dessa studier talar för att resultaten 2014 och 2017 är jämförbara. Det som komplicerar saken något i det här fallet är att resultaten rör personer med funktionsnedsättning som kan ha fått det enklare att besvara enkäten sedan den blev digital jämfört med när den bevarades på papper.

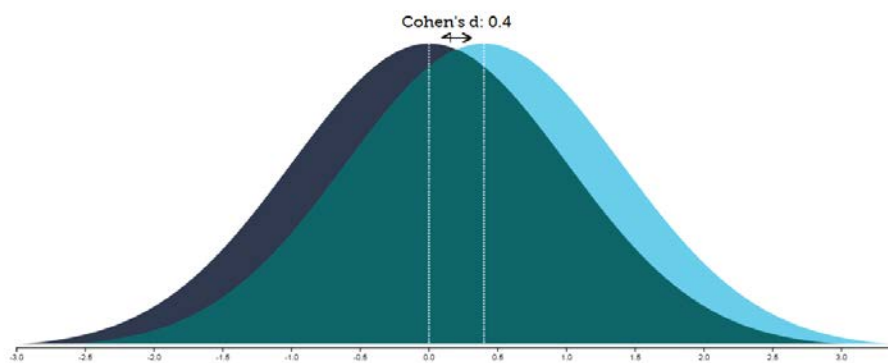
Med den digitala tekniken som användes 2017 var det möjligt att logga in vid flera tillfällen om enkäten inte besvarades under avsatt tid. Enkäten hade också stöd för talsyntes, vilket innebär att man kunde få frågorna upplästa för sig. Det är möjligt att den digitala enkäten på så vis blev mer tillgänglig för de med svårare funktionsnedsättning, något som i så fall skulle medfört ett högre deltagande i dessa grupper 2017 jämfört med 2014. I förlängningen skulle ett sådant högre

deltagande kunna utgöra en bias i studien om det också finns en koppling mellan det högre deltagandet och psykisk hälsa. Det som talar emot denna förklaring är att andelen som rapporterar dessa funktionsnedsättningar inte har ökat märkbart, eller alls (tabell 1A och 1B). Andelen med rörelsehinder, alltså den funktionsnedsättning inom vilken störst effekt ses 2017 (tabell 4), har inte ökat alls. För hörsel- och synnedsättning har endast små prevalensförändringar skett. Andelen som rapporterar läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller dyskalkyli har ökat med 5,7 procentenheter. Det är den grupp som det verkar mest rimligt att en mer tillgänglig enkät skulle påverka deltagandet i. Ökningen som i det här fallet motsvarar 186 personer är dock för liten för att förklara förändringar i det totala materialet. Vidare är personer med läs- och skrivsvårigheter (relaterat till hur man behärskar det svenska språket) generellt en grupp i befolkningen som växer, delvis på grund av att invandringen är fortsatt högre än utvandringen (75). När det gäller ungdomar skulle en ökning möjligen också kunna bero på förändringar som är kopplade till diagnostik; det finns nämligen mer än 50 olika tester för att konstatera specifika läs- och skrivsvårigheter men inget av dem var vetenskapligt utvärderat 2014 (76). Det är möjligt att ökningen i studien har med dessa två förklaringar att göra snarare än en bias som är kopplad till olika undersökningsmetodik 2014 och 2017.

## Skillnadernas praktiska betydelse

Den fjärde och sista frågeställningen handlar om huruvida redovisade skillnader mellan grupper är av sådan storlek att de kan anses ha praktisk betydelse. Inom behandlingsforskning är det vanligt att ange att Cohens  $d \geq 0,41$  har sådan betydelse (65, 67, 68). I föreliggande studie har denna nivå använts. Det går visserligen att invända att alla skillnader är orättvisa om de går att påverka. Ett sådant förhållningssätt är dock opraktiskt. En illustration av vad effekten ifråga innebär i form av skillnader i observerade värden i psykisk hälsa mellan två grupper framgår av figur 4. Om värdena (t.ex. poäng på MHC-SF) någorlunda följer normalfördelningen så som i figuren gäller då att drygt 66 procent av värdena för gruppen med den bättre psykiska hälsan (den högra fördelningen) kommer att ligga över jämförelsegruppens medelvärde (den vänstra). Cirka 85 procent av värdena kommer fortfarande att överlappa. I en univariabel analys är det

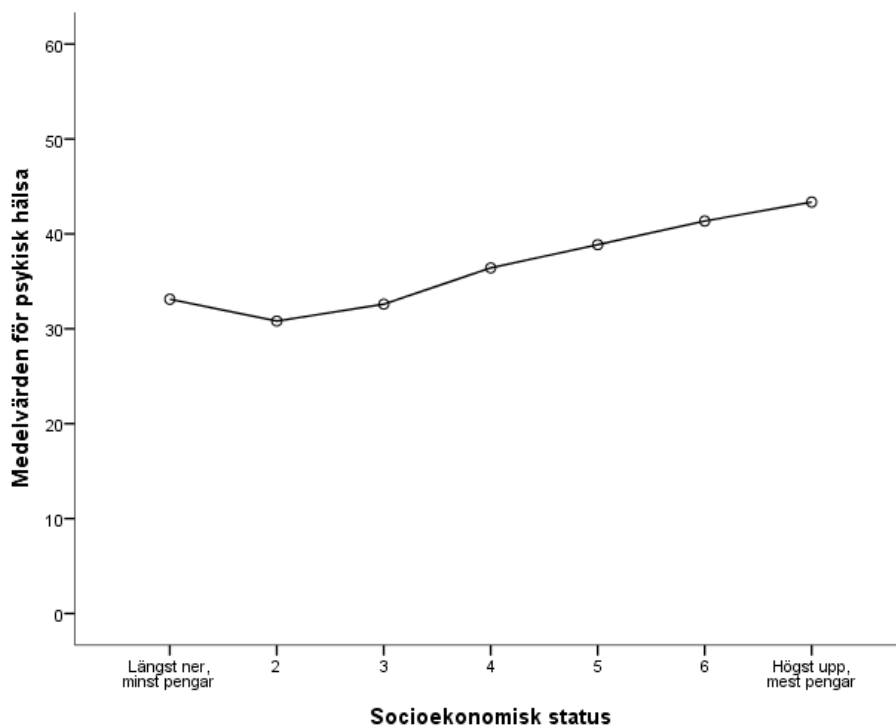
**Figur 4.** Illustration av den skillnad mellan två gruppers värden för en normalfördelad variabel som motsvarar en effektstorlek av Cohens  $d$ : 0,4.



Källa: R, "Statistic, Psychology, Open Science Data visualization" (77).

tre av indelningsgrunderna (fyra med rörelsehinder 2017) som uppvisar ett Cohens  $d \geq 0,41$ : SES, sexuell läggning och add, adhd, Tourettes eller liknande. Ingen av dessa effekter existerar dock i ett vakuum utan det finns en samvariation mellan de olika indelningarna och psykisk hälsa. Tolkningen av effekterna som är relaterade till respektive indelningsgrund behöver därför göras utifrån den justerade analysen. I den senare är det endast SES som har ett  $\beta$ -värde (tabell 3) som motsvarar minsta rekommenderade effekt, ett R-värde av 0,2 (68). En sådan effekt innebär att *en* standardavvikelses förändring i den oberoende variabeln (SES) ger 0,2 standardavvikelsers förändring i psykisk hälsa. I modell 5 i tabell 3 ser vi att SES har ett  $\beta$ -värde på 0,215, vilket motsvarar 2,396 enheters förändring i originalskalan (B) för varje steg av förändring i SES, som kan ge totalt sex sådana då variabeln har 7 skalsteg. Styrkan på sambandet (själva effekten) åskådliggörs i figur 5 där medelvärden för psykisk hälsa plottas mot de olika kategorierna av SES. Sambandet är så gott som linjärt förutom för kategorin med lägst SES där

**Figur 5.** Illustration av sambandet mellan medelvärden för psykisk hälsa och SES som i den här studien är den enda indelningsgrunden inom vilken skillnaderna är av sådan storlek att de kan anses ha en praktisk betydelse för folkhälsan i stort. Värdena är tagna från tabell 2.



medelvärdet är något högre än för kategori två, dock inte signifikant högre. Att medelvärdet i den lägsta kategorin ligger något högre kan kopplas till en överrepresentation av utlandsfödda (55 procent), en grupp som har bättre psykisk hälsa än svenskfödda när hänsyn tas till just SES.

Om vi bortser ifrån överrepresentationen av utlandsfödda i den nedersta kategorin av SES och utgår ifrån att sambandet mellan SES och psykisk hälsa är linjärt fås en medelvärdesskillnad i psykisk hälsa mellan lägsta och översta kategorin av SES på drygt 14 skalsteg i MHC-SF (2,396 x 6 steg). Om då t.ex. någon med högsta SES-

nivån kryssat att hen upplevt samtliga tolv tecken på hedoniskt och eudaimoniskt välbefinnande *Nästan alla dagar* kan en 14 skalstegs skillnad i medelvärde på MHC-SF innebära att någon med lägsta SES-nivån upplevt tio av dessa tecken *2–3 dagar/veckan* och två av dessa tecken *1 gång/vecka* (bilaga 2). Exemplet beskriver effekten av SES då den är som störst. Den minsta effekten (per stegförändring) i SES ger 2,396 skalstegs (poäng) förändring i MHC-SF ( $\beta$  i modell 5 i tabell 3).

De enskilda effekterna av sexuell läggning, add, adhd, Tourettes eller liknande är inte nära minsta rekommenderade praktiska effekt. Däremot kan dessa indelningar tillsammans med kön uppnå en förklarad varians ( $R^2$ ) på  $\geq 4$  procent (se modell 4 i tabell 3) som då skulle kunna vara av betydelse (68). Räknas även SES in har modellen totalt sett ett förklaringsvärde på 10,3 procent, vilket med marginal lever upp till minsta rekommenderade effekt av praktisk betydelse för socialvetenskapliga data (68). Den totala ojämlikheten i psykisk hälsa bland ungdomar, kvantifierad utifrån dessa fyra indelningsgrunder, har alltså klara praktiska implikationer.

## Om undersökningens styrkor och svagheter

Studiedesignen är lämplig för att undersöka skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper. Materialet är omfattande då det baseras på två totalundersökningar.

Deltagandet är relativt högt, 77 procent totalt, och representationen på skol- och särskilt klassnivå är mycket hög, 96 procent 2017. Det partiella bortfallet får anses acceptabelt med ett genomsnittligt bortfall på 4,5 procent per fråga.

Studien baseras visserligen på västmanländska ungdomar men de skillnader som studeras är relativa och bör därför kunna generaliseras till svenska ungdomar. Liv och hälsa ung-undersökningar i närliggande län och regioner uppvisar mycket lika resultat när det gäller såväl skillnader i upplevd hälsa mellan olika grupper som utvecklingen av dem över tid (53). Det talar också för att resultaten kan generaliseras till en större population. En styrka med studien är också det sätt som psykisk hälsa mätts på. Det är den första svenska ungdomsundersökningen av skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper som omfattar både hedoniskt och eudaimoniskt välbefinnande (17). Instrumentet som användes för att mäta psykisk hälsa är psykometriskt utvärderat på samma material som studien baseras på (63).

Studien saknar faktiska mått på SES, vilket har sin grund i att enkäten besvarades anonymt båda undersökningsåren. Därmed finns ingen möjlighet att koppla respondenterna till deras vårdnadshavare och i förlängningen deras inkomst, utbildning etcetera – som ungdomar kan ha svårt att själva återge (56, 57). Ett särskilt problem med att ställa frågor om föräldrarnas utbildning och inkomst till barn och ungdomar är att de som har svårast att svara på dessa frågor också är de som har det lite sämre ställt (78). Frågan som användes i den här studien är validerad internationellt och bygger ursprungligen på forskning av Goodman et al. (1). Den är enkel och intuitiv och bör kunna besvaras av ungdomar i åldern 15–18 år. Subjektiva mått på SES har emellertid visat sig ge något starkare samband med psykologisk funktion (som är en del av psykisk hälsa) jämfört med absoluta mått

såsom utbildning och inkomst (1). Det stämmer också i det här fallet; resultaten i föreliggande studie är i linje med de flesta liknande studier av sambandet mellan SES och psykisk hälsa (38, 40, 41, 43-46) men effektstorleken är något större.

## Slutsatser

Den här studien visar att det finns skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper av ungdomar. Statistiskt signifikanta skillnader ses för fyra av de sex studerade indelningsgrunderna. Av dessa är det endast skillnader mellan grupper med olika SES som är av sådan storlek att de kan anses ha praktisk betydelse. Skillnaderna inom övriga indelningsgrunder är små eller mycket små men kan tillsammans få praktisk betydelse. Det gäller t.ex. de samlade skillnaderna för kön, sexuell läggning och funktionsnedsättning såsom add, adhd, Tourettes eller liknande.

Studien visar också signifikanta skillnaderna i psykisk hälsa mellan de två mättilfällena. Totalt sett är dessa skillnader att betrakta som mycket små men ändå bekymrande eftersom de kan kopplas till fyra funktionsnedsättningar inom vilka ojämlikheten i psykisk hälsa ser ut att ha ökat. Det gäller: rörelsehinder, hörsel- och synnedsättning och läs- och skrivsvårigheter, dyslexi eller dyskalkyli. För dessa grupper försämrades den psykiska hälsan mellan 2014 och 2017 jämfört med övriga ungdomar. Visserligen finns det metodologiska skillnader mellan de två undersökningsåren men det är inte troligt att försämringen beror på dem.

Insatser som syftar till att reducera skillnader i psykisk hälsa mellan olika grupper bör vara universella och genomsyra hela samhället men samtidigt anpassas både i omfattning och i utformning till de grupper som har störst behov (8, 79). Den här studien talar för att sådana anpassningar bör ta hänsyn till grupper med låg SES eller dem med låg SES i kombination med kön (tjej), sexuell läggning (icke-heterosexuell) och funktionsnedsättningar i form av add, adhd, Tourettes eller liknande.

Den här studien lägger en grund för kunskapen om skillnader i psykisk hälsa bland ungdomar. Den begränsar sig dock till de sex indelningsgrunderna: kön, ålder, SES, sexuell läggning, födelseland och funktionsnedsättning. Fortsatta studier om skillnader i ungas psykiska hälsa bör inkludera ytterligare indelningsgrunder och en analys av mer komplexa ojämlikheter. Det kan vara röra sig om indelningar utifrån olika intermediära faktorer, det vill säga risk- och skyddsfaktorer för psykisk hälsa. Dessa faktorer kan förstås utifrån flera perspektiv (80): individens, familjens, den lokala gemenskapens och samhällets. Utifrån individens perspektiv kan det handla om levnadsvanor såsom fysisk aktivitet och drogbruk eller personliga förmågor t.ex. förmågan att klara av motgångar. Utifrån familjens perspektiv kan det handla om sociala relationer, familjens sammansättning, förhållningsregler och föräldraskap. Den lokala gemenskapens perspektiv handlar om delaktighet och engagemang i lokalsamhället, sociala nätverk, föreningsliv, skola och skolmiljö. Samhällsperspektivet handlar om politik, diskriminering, inflytande och delaktighet. De ojämlikheter i psykisk hälsa som presenterats i den här rapporten kan beror sannolikt på en ojämn fördelning av dessa risk- och skyddsfaktorer. Genom att analysera fördelningen av dessa faktorer och hur de påverkar den

psykiska hälsan kan vi få ännu mer kunskap att använda i arbetet med att minska  
ojämlikheter i psykisk hälsa bland barn och unga.



# Referenser

1. Goodman E, Adler NE, Kawachi I, Frazier AL, Huang B, Colditz GA. Adolescents' perceptions of social status: development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics*. 2001;108(2):E31.
2. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47) 2017 [Available from: <http://www.regeringen.se/>].
3. Friedl L. Mental health, resilience and inequalities. World Health Organization Regional Office for Europe: Denmark; 2009.
4. Ngui EM, Khasakhala L, Ndeti D, Roberts LW. Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(3):235-44.
5. Världshälsoorganisationen. Utjämnade hälsoskillnaderna inom en generation: Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna 2008 [Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/7/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_swe.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/7/WHO_IER_CSDH_08.1_swe.pdf)].
6. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Linden-Bostrom M, Nordstrom E, et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden. *BMC public health*. 2009;9:302.
7. Ahnquist J, Wamala SP. Economic hardships in adulthood and mental health in Sweden. The Swedish National Public Health Survey 2009. *BMC public health*. 2011;11:788.
8. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(4):392-407.
9. Campion J, Bhugra D, Bailey S, Marmot M. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *Lancet*. 2013;382(9888):183-4.
10. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:14.
11. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2010;71(3):517-28.
12. McNamara CL, Balaj M, Thomson KH, Eikemo TA, Solheim EF, Bambra C. The socioeconomic distribution of non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(suppl\_1):22-6.
13. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-9.
14. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2013;90:24-31.
15. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476-93.

16. Söderqvist F, Larm P, Månsdotter A, Bremberg S. Inequalities in positive mental health. European Public Health Conference; Stockholm: The European Journal of Public Health; 2017.
17. Folkhälsomyndigheten. Skillnader i (positiv) psykisk hälsa utifrån kön, ålder, socioekonomisk status och sexuell läggning: En klartläggande litteraturoversikt. 2018.
18. Mental health action plan 2013-2020 Geneva: World Health Organization; 2013 [Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)].
19. Huppert FA. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Appl Psychol.* 2009;1(2):137-64.
20. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984;95(3):542-75.
21. Kahneman D. Objective happiness. In: Kahneman D, Diener E, Schartz N, editors. *Well-being: The foundations of hedonic psychology.* New York: Russell Sage Foundation; 1999. p. 3-25.
22. Ryff CD. Happiness is everything, or is It - explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1989;57(6):1069-81.
23. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(3):539-48.
24. Socialdepartementet. Uppdrag att ta fram en kunskapssammanställning över bestämningsfaktorer för en jämlik psykisk hälsa (S2016/05699/FS). 2016.
25. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 2002;43(2):207-22.
26. WHO and the Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. 2014 [Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/gulbenkian\\_paper\\_social\\_determinants\\_of\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/)].
27. Suldo MS, Gormley MJ, DuPaul JG, Anderson-Butcher D. The Impact of School Mental Health on Student and School-Level Academic Outcomes: Current Status of the Research and Future Directions School Mental Health2013 [Available from: [https://www.researchgate.net/publication/262571894\\_The\\_Impact\\_of\\_School\\_Mental\\_Health\\_on\\_Student\\_and\\_School-Level\\_Academic\\_Outcomes\\_Current\\_Status\\_of\\_the\\_Research\\_and\\_Future\\_Directions](https://www.researchgate.net/publication/262571894_The_Impact_of_School_Mental_Health_on_Student_and_School-Level_Academic_Outcomes_Current_Status_of_the_Research_and_Future_Directions)].
28. Socialstyrelsen. Social rapport 2010 2010 [Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17957/2010-3-11.pdf>].
29. Jané-Llopis E, Braddick F, editors. *Mental Health in Youth and Education.* Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008.
30. Iversen AC, Holsen I. Inequality in Health, Psychosocial Resources and Health Behavior in Early Adolescence: The Influence of Different Indicators of Socioeconomic Position. *Child Ind Research.* 2008;1:291-302.
31. Veselska Z, Madarasova Geckova A, Gajdosova B, Orosova O, van Dijk JP, Reijneveld SA. Socio-economic differences in self-esteem of adolescents influenced by personality, mental health and social support. *Eur J Public Health.* 2010;20(6):647-52.

32. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer: Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor 2014 [Available from: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/)].
33. Folkhälsomyndigheten. European Health Interview Survey 2014: Resultat och genomförande i Sverige 2017 [Available from: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/)].
34. Keyes CL. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *The American journal of orthopsychiatry*. 2006;76(3):395-402.
35. Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A, et al. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC public health*. 2011;11:487.
36. Guo C, Tomson G, Guo J, Li X, Keller C, Soderqvist F. Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Chinese adolescents - a methodological study. *Health and quality of life outcomes*. 2015;13:198.
37. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-97.
38. Tennant R, Joseph S, Stewart-Brown S. The Affectometer 2: A measure of positive mental health in UK populations. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. 2007;16(4):687-95.
39. Keyes CL, Simoes EJ. To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality. *American journal of public health*. 2012;102(11):2164-72.
40. Bellis MA, Hughes K, Jones A, Perkins C, McHale P. Childhood happiness and violence: a retrospective study of their impacts on adult well-being. *BMJ open*. 2013;3(9):e003427.
41. Forero CG, Adroher ND, Stewart-Brown S, Castellvi P, Codony M, Vilagut G, et al. Differential item and test functioning methodology indicated that item response bias was not a substantial cause of country differences in mental well-being. *Journal of clinical epidemiology*. 2014;67(12):1364-74.
42. Gilmour H. Positive mental health and mental illness. *Health reports*. 2014;25(9):3-9.
43. Jones R, Heim D, Hunter S, Ellaway A. The relative influence of neighbourhood incivilities, cognitive social capital, club membership and individual characteristics on positive mental health. *Health & place*. 2014;28:187-93.
44. Gilmour H. Chronic pain, activity restriction and flourishing mental health. *Health reports*. 2015;26(1):15-22.
45. Schotanus-Dijkstra M, Pieterse ME, Drossaert CHC, Westerhof GJ, de Graaf R, ten Have M, et al. What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of Happiness Studies*. 2015.
46. Stewart-Brown S, Samaraweera PC, Taggart F, Kandala NB, Stranges S. Socioeconomic gradients and mental health: implications for public health. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2015;206(6):461-5.
47. Fahy AE, Stansfeld SA, Smuk M, Smith NR, Cummins S, Clark C. Longitudinal Associations Between Cyberbullying Involvement and Adolescent Mental Health. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2016;59(5):502-9.

48. Flickor och pojkar i skolan - hur jämställt är det? Delbetänkande av DEJA – Delegationen för jämställdhet i skolan (SOU 2009:64): Regeringskansliet; 2009 [Available from: <http://data.riksdagen.se/fil/1FD447BB-9E5F-4F06-80FE-5FB5A0753235>].
49. Hälsoutvecklingen bland barn och unga: Liv och hälsa ung Västmanland 2017: Region Västmanland; 2017 [Available from: <https://www.regionvastmanland.se/vardgivare/varksamverkan/folkhalsa2/halsoutveckling-bland-barn-och-unga/>].
50. Aslund C, Leppert J, Starrin B, Nilsson KW. Subjective social status and shaming experiences in relation to adolescent depression. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(1):55-60.
51. Aslund C, Nilsson KW. Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden. *Int J Equity Health*. 2013;12:33.
52. Liv och hälsa ung i Mellansverige: Resultat från ungdomsundersökningarna "Liv och hälsa ung" bland elever i skolår 9 år 2013/2014. Ett samarbete mellan landstingen i Uppsala, Sörmland, Västmanland och Örebro län; 2015.
53. Mår alla bra? Ojämlighet i hälsa i nionde klass - skillnader utifrån kön, sexuell läggning, födelseort, funktionsnedsättning och ekonomi. En rapportserie från Liv och hälsa ung-undersökningarna 2017 i Mellansverige. 2018 [Available from: <https://www.regionvastmanland.se/vara-ansvarsomraden/halsa-och-vard/folkhalsa/>].
54. Informationsfilm om undersökningen Liv och hälsa ung Västmanland 2017: Region Västmanland; 2017 [Available from: <https://youtu.be/R9SkkgsWlzo>].
55. Liv och hälsa ung Västmanland: Region Västmanland; 2017 [Available from: <https://www.regionvastmanland.se/vara-ansvarsomraden/halsa-och-vard/folkhalsa/>].
56. Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Educ Res*. 1997;12(3):385-97.
57. Lien N, Friestad C, Klepp KI. Adolescents' proxy reports of parents' socioeconomic status: How valid are they? *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(10):731-7.
58. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa - ICF Socialstyrelsen; [Available from: <http://www.socialstyrelsen.se>].
59. Lamers SM, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, ten Klooster PM, Keyes CL. Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *J Clin Psychol*. 2011;67(1):99-110.
60. Karas D, Ciecuch J, Keyes C. The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Pers Individ Differ*. 2014(69):104-9.
61. Lim YJ. Psychometric characteristics of the korean mental health continuum-short form in an adolescent sample. *J Psychoeduc Assess*. 2014;4(32):356-64.
62. Joshanloo M. Structural and discriminant validity of the tripartite model of mental well-being: differential relationships with the big five traits. *J Ment Health*. 2017:1-7.
63. Soderqvist F, Larm P. Monitoring positive mental health in Swedish Adolescents. *European Public Health Conference: The European Journal of Public Health* 2017.
64. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.): Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

65. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155-9.
66. Franzblau A. *A Primer of Statistics for Non-Statistician.* New York: Harcourt, Brace & World; 1958.
67. Lipsey MW, editor. *Design sensitivity: Statistical power for applied experimental research:* Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
68. Ferguson CJ. An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers. *Professional Psychology Research and Practice.* 2009;40(5):532-8.
69. Hälsa på lika villkor? Självskattad hälsa hos HBHO-personer i Mellansverige 2012: Örebro läns landsting; 2013 [Available from: <https://www.regionorebrolan.se>].
70. Westerhof GJ, Keyes CL. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of adult development.* 2010;17(2):110-9.
71. Gustafsson J-E, Allodi M, Westling., Alin Å, B., Eriksson C, Eriksson L, et al. *School, Learning and Mental Health: A systematic review.* Stockholm: The Royal Swedish Academy of Sciences, The Health Committee; 2010.
72. Ungdomsstyrelsen. Fokus 12: Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning: Ungdomsstyrelsen; 2012 [Available from: [https://www.mucof.se/sites/default/files/publikationer\\_uploads/wwwfokus12version3.pdf](https://www.mucof.se/sites/default/files/publikationer_uploads/wwwfokus12version3.pdf)].
73. Gosling SD, Vazire S, Srivastava S, John OP. Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *Am Psychol.* 2004;59(2):93-104.
74. Van De Looij-Jansen PM, De Wilde EJ. Comparison of web-based versus paper-and-pencil self-administered questionnaire: effects on health indicators in Dutch adolescents. *Health Serv Res.* 2008;43(5 Pt 1):1708-21.
75. Statistiksammanställning över funktionsnedsättningar - Bilaga till PTS marknadsöversikt för innovatörer: Post och telestyrelsen; [Available from: <https://www.pts.se/>].
76. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Dyslexi hos barn och ungdomar - tester och insatser. En systematisk litteraturoversikt* Stockholm; 2014. Report No.: 225.
77. Magnusson K. Interpreting Cohen's d effect size - an interactive visualization: Kristoffer Magnusson; [Available from: <http://rpsychologist.com/d3/cohend/>].
78. Wardle J, Robb K, Johnson F. Assessing socioeconomic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56(8):595-9.
79. Wahlbeck K, Cresswell-Smith J, Haaramo P, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2017;52(5):505-14.
80. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2016;36(1):1-10.

# Bilagor

## Bilaga 1. Mental Health Continuum – Short Form

Under den senaste månaden, hur ofta har du känt ...?

	Aldrig	En eller två gånger	1 gång/vecka	2–3 gånger/vecka	Nästan dagligen	Dagligen
lycka, glädje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ett intresse för livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dig nöjd/tillfredsställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att vårt samhälle håller på att bli en bättre plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att människor i grunden är goda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att det sätt som samhället fungerar på verkar begripligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du gillar det mesta av din personlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du är bra på att ta ansvar för ditt dagliga liv (t.ex. vardagliga uppgifter hemma och i skolan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du har varma och tillitsfulla relationer med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du upplevt saker som fått dig att växa som person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du har självförtroende att ha dina egna tankar och åsikter och att du vågar uttrycka dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du är på väg någonstans i livet och livet har en mening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bilaga 2. Kodning av Mental Health Continuum – Short Form

Under den senaste månaden, hur ofta har du känt ...?

	Aldrig	En eller två gånger	1 gång/vecka	2-3 gånger/vecka	Nästan dagligen	Dagligen
lycka, glädje	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
ett intresse för livet	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
dig nöjd/tillfredsställd	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
att vårt samhälle håller på att bli en bättre plats	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
att människor i grunden är goda	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
att det sätt som samhället fungerar på verkar begripligt	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
att du gillar det mesta av din personlighet	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
att du är bra på att ta ansvar för ditt dagliga liv (t.ex. vardagliga uppgifter hemma och i skolan)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
att du har varma och tillitsfulla relationer med andra	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
att du upplevt saker som fått dig att växa som person	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
att du har självförtroende att ha dina egna tankar och åsikter och att du vågar uttrycka dem	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
att du är på väg någonstans i livet och livet har en mening	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Den poäng som hela kolumnen ger: 0      12      24      36      48      60

↑  
Strecket indikerar medelvärdespoängen för båda undersökningsåren 37,77.



I den här rapporten presenteras resultat från en studie om skillnader i positiv (eller god) psykisk hälsa bland barn och unga i årskurs 9 i grundskolan och årskurs 2 i gymnasiet. Av studien framkommer att de största skillnaderna i positiv psykisk hälsa finns mellan de som uppger en hög socioekonomisk position och de som uppger en låg. Även skillnader mellan flickor och pojkar, heterosexuella och icke-heterosexuella och mellan de med funktionsnedsättning och de utan framkom. Studien visar också att skillnader i positiv psykisk hälsa, mellan de med funktionsnedsättning och de utan, har ökat mellan 2014 och 2017.

En positiv och jämlik hälsa är en grundförutsättning för en hållbar samhällsutveckling. I den här rapporten framkommer att det finns skillnader i positiv psykisk hälsa redan bland barn och unga. Det betyder att det krävs fortsatt arbete med att utjämna skillnaderna från en tidig ålder. Det betyder också att det finns behov av att följa upp och undersöka vad dessa skillnader beror på. Sådan kunskap skulle gynna utvecklingen av verkningfulla insatser för att minska ojämlikhet i positiv psykisk hälsa.

Analyserna som presenteras i rapporten är baserade på enkäten Liv och hälsa ung i Västmanland. Rapporten vänder sig till forskare och andra med intresse av fördjupande läsning om positiv psykisk hälsa och dess fördelning bland barn och unga.

-----  
*Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsopotentialer.*

*Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.*



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)