

Stockholms universitet
Institutionen för socialt arbete
Höstterminen 2012

Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar i socialtjänstens öppenvård

- En kvantitativ studie om psykisk ohälsa, kön och socioekonomi i Södermalm och Rinkeby-Kista utförd med
“the Strengths and Difficulties Questionnaire”(SDQ)

Författare:
Margarita Alvarez, S6C
Åsa Bergvall, S6C

Handledare:
Stefan Wiklund

Ett stort tack!

Först och främst vill vi tacka de representanter från Rinkeby-Kista och Södermalm stadsdelsförvaltningar som vi har kommit i kontakt med under vårt uppsatsarbete. Särskilt vill vi nämna AnnSofie Johansson och Micke Jahn. Vi uppskattar verkligen att ni har gett oss möjlighet att ta del av ert spännande material och vara med på givande interna möten. Tack för den nyfikenhet och engagemang som ni har visat för vårt arbete!

Till vår handledare Stefan Wiklund vill vi också rikta ett varmt tack. Från början till slut har du uppmuntrat oss och funnits till hands när vi behövt hjälp. Tack för din engagerade handledning som vi lärt oss mycket av!

Vi vill också nämna Hugo Stranz som har varit delaktig och gett oss synpunkter.

Till slut vill vi tacka Jannis och Antonio, familj och vänner som har stöttat oss under den här uppsatsterminen.

Abstract

Alvarez, M. & Bergvall, Å. (2013). *Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar i socialtjänstens öppenvård. En kvantitativ studie om psykisk ohälsa, kön och socioekonomi i Södermalm och Rinkeby-Kista utförd med "the Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ)*

The aim of this quantitative study is to describe the prevalence of mental health problems within the group of children and adolescents who receive support from two in home care units within the social services of Rinkeby-Kista and Södermalm stadsdelsförvaltning in Stockholm. Another purpose is to examine whether socioeconomic background and/or gender are associated with the prevalence of poor mental health, or mental health problems of a specific kind, in the studied population. Mental health is measured with the SDQ, a behavioral screening questionnaire that is widely used in Sweden and internationally. The study is based on data collected by the two units, which routinely screen children and adolescents with the SDQ. The main results of this study indicate that mental health problems are common in the studied population. The proportion of the children and adolescents who are found to be at risk of developing mental health problems that amount to a psychiatric diagnosis is twice as large as in a community sample. Very few statistically significant associations were found between the variables gender or socioeconomic background and mental health. We have analyzed the results of this study with Bronfenbrenner's ecological theory.

Keywords: SDQ, mental health, gender, socioeconomy, social work, child, adolescents

Sökord: SDQ, psykisk hälsa, kön, socioekonomi, socialt arbete, barn, ungdomar

Antal ord: 15694

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	5
1.1 Bakgrund och problemformulering	5
1.2 Relevans för socialt arbete	6
1.3 Syfte och frågeställningar	6
1.4 Begreppsdefinitioner	7
2 BAKGRUND	8
2.1 Öppenvårdens arbete med utsatta barn	8
2.2 Att mäta psykisk ohälsa	10
2.2.1 Det medicinska perspektivet	11
2.2.2 Alternativa eller kompletterande synsätt	13
2.3 Instrumentet SDQ	15
2.4 Förekomsten av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar	17
2.4.1 Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar generellt	18
2.4.2 Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar i kontakt med socialtjänsten	19
2.5 Psykisk ohälsa, kön och socioekonomiska förhållanden	22
2.5.1 Socioekonomiska förhållanden	22
2.5.2 Socioekonomi i Södermalm jämfört med Rinkeby-Kista	25
2.5.3 Könsskillnader	26
2.6 Sammanfattning och positionering	27
3 TEORETISKT PERSPEKTIV	28
4 FORSKNINGSMETOD	31
4.1 Litteraturinsamling	31
4.2 Val av metod	32
4.3 Tillvägagångssätt	32
4.4 Databearbetning	33
4.4.1 Variabler	33
4.4.2 Analys	34
4.5 Metoddiskussion	35
4.5.1 Validitet	35
4.5.2 Reliabilitet	37
4.5.3 Etiska ställningstaganden	37
4.5.4 Metodens begränsningar	38
5 RESULTAT OCH ANALYS	38
5.1 Den psykiska ohälsan bland öppenvårdens barn och ungdomar	38
5.1.1 SDQ-resultaten "fråga för fråga"	38
5.1.2 Hur stor del av öppenvårdens barn och ungdomar tillhör en riskgrupp?	39
5.1.3 Spridningen i psykisk ohälsa inom gruppen	41
5.1.4 Konsekvenser för vardagslivet	43
5.2 Skillnader som har samband med kön och socioekonomi	45
5.2.1 Könsskillnader	45
5.2.2 Socioekonomiska skillnader	46
6 ANALYS	48
7 DISKUSSION	51
REFERENSER	54
Bilaga 1	60

1 INLEDNING

1.1 Bakgrund och problemformulering

Södermalms och Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltningar har sedan år 2009 respektive 2011 börjat undersöka den psykiska ohälsan hos de barn och ungdomar som kommer till socialtjänstens öppenvård med hjälp av skattningsinstrumentet “the Strengths and Difficulties Questionnaire”, SDQ.

Mätningarna infördes i samband med ett projekt kring implementeringen av evidensbaserad praktik som Södermalms stadsdelsförvaltning genomförde efter konsultation med Socialstyrelsen år 2008-2009 (Socialstyrelsen, 2010). Även Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning gör nu ett liknande arbete. Vi har fått möjlighet att ta del av de SDQ-enkäter som Preventionenheten vid Södermalms stadsdelsförvaltning och Resursenheten vid Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning¹ har fått in från föräldrar under 2012. Med hjälp av de data vi fått kan vi ge en bild av hur den psykiska ohälsan ser ut hos de barn och ungdomar som kommit till dessa öppenvårdsenheter i de två stadsdelarna under året.

Frågan om hur barn och unga mår psykiskt i Sverige idag är aktuell och debatterad.

Forskningsläget är samtidigt relativt outforskat, vilket kan hänga samman med att psykisk ohälsa är ett så vitt begrepp, och det därför är svårt att jämföra olika studier. Den kvantitativa forskning som finns om hur stor förekomsten av psykisk ohälsa är hos barn och ungdomar i Sverige är framförallt inriktad på att mäta hur vanligt det är med psykisk ohälsa hos svenska barn i stort. Ett vanligt tillvägagångssätt är att undersöka den psykiska ohälsan hos skolungdomar. Med materialet från stadsdelarna kan vi nu studera den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar som kommer i kontakt med socialtjänstens öppenvård. Vi har inte kunnat se att mätningar med SDQ gällande den gruppen redovisats tidigare. Det är vår förhoppning att vår uppsats kan bidra med ny kunskap.

¹ Härefter benämns de två enheterna som socialtjänstens öppenvård i Rinkeby-Kista och Södermalm.

Med hjälp av de data vi fått från öppenvården kan vi alltså beskriva de ungas psykiska ohälsa. Vi vill också undersöka om psykisk ohälsa är vanligare bland de barn och ungdomar som är i kontakt med socialtjänstens öppenvård i någon av de två stadsdelarna och om det finns några könsskillnader i den grupp vi studerar. Resultaten analyseras med hjälp av den s.k. utvecklingsekologiska teorin.

1.2 Relevans för socialt arbete

Vi tror att vår uppsats kan vara intressant av minst tre anledningar. För det första kan det vara användbart för de aktuella öppenvårdsenheterna att ha statistik om hur de barn och ungdomar som de träffar i det dagliga arbetet mår psykiskt. Utöver ett rent kartläggande värde skulle det också kunna ha betydelse för arbetssätt, val av samarbetspartners och ge uppslag kring behov av vidareutbildning.

För det andra har ämnet samband med diskussionen om evidensbaserad av det sociala arbetet. Uppsatsen skulle kunna bidra till diskussionen om vilka mätmetoder som kan vara relevanta att använda inom utvärderingar inom öppenvården för barn och unga. Det kan diskuteras om “sociala problem” verkligen fångas upp av det mer medicinskt än socialt orienterade instrumentet SDQ.

För det tredje är det relevant för det sociala arbetet att undersöka om barns och ungdomars uppväxtvillkor är jämlika eller inte, eftersom det är socialtjänstens mål att främja jämlika levnadsvillkor, se 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Då behöver vi veta hur stor roll barnens och ungdomarnas kön och socioekonomiska förhållanden spelar för deras psykiska ohälsa.

1.3 Syfte och frågeställningar

Det första syftet med uppsatsen är att beskriva på gruppnivå hur stor den psykiska ohälsan är bland barn och ungdomar mellan 4-16 år som kommer till socialtjänstens öppenvård i de två stadsdelarna. Vi vill också diskutera om våra resultat talar för att den psykiska ohälsan hos denna grupp är bättre eller sämre än bland barn och ungdomar i stort.

Det andra syftet är att belysa om det finns något samband mellan psykisk ohälsa och variablerna kön och socioekonomiska förhållanden i den studerade gruppen barn och ungdomar.

Frågeställningarna är:

1 a) Vilken psykisk ohälsa hade de barn och ungdomar som kom till socialtjänstens öppenvård i Södermalm och Rinkeby-Kista under perioden januari 2012 till oktober 2012 (den studerade gruppen) enligt de SDQ-formulär deras föräldrar fyllde i anslutning till att en insats påbörjades?

b) Skiljer sig den psykiska ohälsan mätt med SDQ hos den studerade gruppen från en normalgrupp, och i så fall på vilket sätt?

2. Finns det skillnader i den psykiska ohälsan inom den studerade gruppen som har samband med a) kön b) socioekonomiska förhållanden?

1.4 Begreppsdefinitioner

Psykisk hälsa respektive ohälsa

Som vi tar upp i avsnitt 2.2 kan psykisk hälsa och ohälsa ses som varandras motsatser. De kan dock också tolkas som två olika fenomen. I denna uppsats använder vi psykisk hälsa och ohälsa som antonymer, dvs. motsatsord i den löpande texten.

Socioekonomiska förhållanden

En genomgång av vad som brukar definieras som socioekonomiska förhållanden finns i avsnitt 2.5.1. I denna uppsats antar vi att de socioekonomiska förhållandena i stadsdelen Rinkeby-Kista är sämre än de i Södermalm baserat på uppgifter om andelen arbetslösa, andelen som får försörjningsstöd, andelen förvärvsarbetande och medelinkomst, se Tabell 1. Vi utgår också från att de socialtjänstbesökare som tillhör en stadsdel med sämre socioekonomi i snitt kan drabbas av detta direkt och/eller indirekt genom att själva ha en sämre socioekonomi eller av att leva i ett område med mindre resurser på gruppnivå.

SDQ-skattning

En ifylld SDQ-enkät där någon bedömt eller skattat ett barns eller en ungdoms beteende. SDQ-enkäter är utformade för att fyllas i av barnet själv (s.k. självskattningar), en förälder eller av en lärare.

Cut-off

Cut-off-värden är satta gränsvärden, som delar in resultaten i olika kategorier. Ett cut-off-värde på en skala på SDQ sätter gränsen för vad som anses vara ett "normalt" värde, och vad som indikerar att barnet kan lida av psykiatrisk problematik och kan vara i behov av professionell hjälp (jfr Malmberg et al., 2003; Goodman, 1997). I denna uppsats menar vi att cut-off-gränsen skiljer mellan "normala" värden på SDQ och värden som talar för att barnet eller ungdomen tillhör en "riskgrupp" för psykiatrisk problematik.

Normalgrupp

När det gäller SDQ-skattningar utgår bl.a. Goodman (1997) från att ca 80 % av barn och ungdomar i en normalpopulation skattar under cut-off-gränserna. Vi tolkar skattningar som placerar barnet eller ungdomen under cut-off-gränsen som att barnet eller ungdomen tillhör en normalgrupp.

Riskgrupp

De barn och ungdomar som placeras över cut-off-gränsen tillhör enligt vår definition en riskgrupp. Enligt Goodmans (1997) uppskattning har ungefär hälften av barn och ungdomar som tillhör riskgruppen en psykiatrisk diagnos, medan de övriga befinner sig på gränsen.

2 BAKGRUND

2.1 Öppenvårdens arbete med utsatta barn

Socialtjänsten tillhandahåller ett yttersta skyddsnät för barn och ungdomar som behöver hjälp och stöd på grund av bl.a. egna svårigheter eller brister i omsorgen om dem. Även om man kan

anta att det finns en relativt hög koncentration av barn och ungdomar med psykisk ohälsa bland den population som kommer i kontakt med socialtjänsten (jfr SBU, 2010), hanterar socialtjänsten familjeproblem av starkt varierande karaktär. Det kan handla om allt från föräldrar som behöver stöd i sin föräldraroll till barn och unga som får tillfälliga insatser vid t ex konflikter i hemmet (Wiklund, 2006).

Socialtjänstens arbete med barn och ungdomar handlar bl.a. om att skilja ut vilka barn och ungdomar som har behov av en insats från socialtjänsten. När ett barn eller ungdom behöver sådant stöd utreder och beslutar socialtjänsten om hur det stödet ska utformas och vem som ska ge det (ibid.). Detta stöd kan antingen ges utanför hemmet vid institutioner eller familjehem, så kallad dygnsvård, eller när barnet eller ungdomen fortfarande bor hemma, så kallad öppenvård. Generellt kan man anta barn och unga inom öppenvård har mindre utpräglad problematik än dem i dygnsvård och insatsformen brukar ibland anses som en rent förebyggande i avsikt att förhindra placeringar i dygnsvård (jfr Lundström & Vinnerljung, 2001). Inom socialtjänstens egen öppenvård utförs sedan många av de insatser som barn och ungdomar beviljats efter ett beslut om bistånd. Dessutom utförs många insatser som en ”service” dvs. utan att det finns något biståndsbeslut (Forkby, 2006). Öppenvårdsverksamheter utförs i mindre utsträckning också av bl.a. skola och av sjukvården (ibid.)

Socialtjänstens öppenvård ser mycket olika ut i olika stadsdelar och kommuner (se Forkby, 2006; Sallnäs M., 2012). Det beror på att de sociala problemen har olika karaktär i olika områden, och att tillgången på resurser skiljer sig åt mellan olika kommuner (Forkby, 2006). Det är vanligt att öppenvården tillhandahåller ett brett utbud av insatser. I snitt hade de undersökta kommunerna åtta olika insatser att erbjuda barn, och tio att erbjuda ungdomar. Den vanligaste insatsen var den kartläggning gjorde under 2005 enskilda familjesamtal (ibid.). Södermalm och Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltningar har ett på likartat sätt en starkt varierad öppenvård som sträcker sig från olika slags familjebehandlande insatser av mer traditionell karaktär till nyare, manualbaserade interventioner som t ex Komet (Stranz & Wiklund, kommande).

2.2 Att mäta psykisk ohälsa

Psykisk hälsa kan ses från en mängd olika perspektiv. Det finns inga givna mått på psykisk hälsa och ohälsa, och begreppens innehåll kan variera över tid och mellan olika människor och grupper (Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Forskningsfältet kring psykisk hälsa är mycket brett, och omfattar forskning inom bl.a. psykologi, psykiatri, sociologi, utbildning och folkhälsa (Landstedt, 2010).

Psykisk hälsa definieras ofta som motsatsen till psykisk ohälsa och förknippas med positiva faktorer som främjar barns välbefinnande, medan psykisk ohälsa medför symtom och beteendestörningar som kan påverka barns möjlighet till en optimal utveckling (se Dal, 2008). Psykisk ohälsa kan delas in i två huvudkategorier. Den ena omfattar s.k. internaliserade (inåtvända) symtom och den andra s.k. externaliserade (utåtvända). Som inåtvända symtom räknas t.ex. ångest, nedstämdhet, ätstörningar och andra psykosomatiska besvär. Till utåtvända symtom hör bl.a. aggressivitet och impulsivitet (SBU, 2010).

I den här uppsatsen mäts psykisk ohälsa med instrumentet SDQ. SDQ är ett väl utprövat instrument med avseende på validitet och reliabilitet och mäter såväl externaliserade som internaliserade problem (Smedje et al., 1999). Som SDQ är utformat operationaliseras ”psykisk ohälsa” till känslomässiga besvär, uppförandeproblem, koncentrationssvårigheter/hyperaktivitet och problem i kamratrelationer. De tre första av dessa svårigheter är kopplade till psykiatriska diagnoser. Känslomässiga besvär kan vara depression och ångest. Uppförandeproblem är kopplade till diagnosen ”uppförandestörning” och koncentrationssvårigheter/hyperaktivitet till ADHD. Att vi använder instrumentet SDQ får därför till konsekvens att vi till viss del tillämpar ett sjukdomsorienterat eller, med andra ord, medicinskt/psykiatriskt perspektiv på psykisk hälsa i vår undersökning. SDQ innehåller dock också frågor som handlar om barnens styrkor, vilket vi menar är ett inslag av ett mer hälsofrämjande eller salutogent synsätt. Vi ska nu gå igenom dessa och andra perspektiv på psykisk hälsa för att sätta undersökningen i ett sammanhang. För att visa på för- och nackdelar med att använda instrumentet SDQ, och diskutera vilka alternativa mått som hade kunnat användas kommer några vanligt förekommande synsätt på psykisk hälsa tas

upp. I avsnitt 2.3 finns en mer grundlig genomgång av SDQ.

2.2.1 Det medicinska perspektivet

Ett mått på utbredningen av psykisk ohälsa är att mäta hur stor del av en population som lider av *psykiatrisk problematik*. Det innebär att fokus hamnar på det som räknas som ohälsa. I denna typ av undersökningar mäts exempelvis hur stor andel av en population som får en viss diagnos enligt hälso- och sjukvårdens diagnosmanualer (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-IV och (International Classification of Diseases) ICD-10. Det skattningsinstrument som används i denna uppsats, SDQ, har använts i kombination med andra instrument för att beräkna förekomsten av diagnoser enligt DSM-IV och ICD-10 bland barn och ungdomar i Norden och resten av världen (se bl.a. Heiervang et al., 2007)

Det finns baksidor med att endast räkna det som skulle kunna ge en diagnos som psykisk ohälsa. Dagens diagnosmanualer är omdiskuterade inom psykiatrin (Marcus et al., 2012; Anckarsäter et al., 2008; Jones, 2012; Chmura Kraemer et al., 2004; Helzer et al., 2006; Mellsop et al., 2007). Den kategoriska uppdelningen mellan de som får en diagnos och de som inte får en diagnos kritiserar för att ge en väl förenklad bild av komplexa problem. När det gäller psykiatriska diagnoser som t.ex. ADHD (Marcus et al., 2012) och Asperger, ångest och beteendestörningar (Anckarsäter et al., 2008) talar psykiatrisk forskning för att alla barn, på en glidande skala, har mer eller mindre av de symtom som beskrivs i diagnoskriterierna. Inom samma diagnos ryms dessutom barn med mycket olika problembilder, och det är väldigt vanligt med dubbla diagnoser (Jones, 2012). Det här gör att man kan ställa sig frågan om de nuvarande diagnosmanualernas möjligheter att dela in populationer i de homogena grupperna ”friska” respektive ”sjuka” är överskattad i samhället när det gäller psykiatriska diagnoser. Marcus et al. (2012) drar slutsatsen att det inte finns någon naturlig gräns för hur mycket hyperaktivitet en människa måste uppvisa för att beteendet ska diagnostiseras som psykiatrisk problematik och berättiga till behandling eller stöd. De argumenterar för att det är en pragmatisk eller t.o.m. politisk fråga var gränsen sätts.

En fördel med ett kategoriskt tänkande i normal-diagnosticerad kan vara att det finns ett enkelt svar på vilka som har rätt till hjälp och behandling, nämligen de som fått en diagnos. Ett

alternativ som länge debatterats inom psykiatrisk forskning är att mäta psykiatrisk problematik på en skala, så att man kan ta hänsyn till hur svåra problemen är. Jones (2012) beskriver att dagens diagnosmanualer kan kompletteras med skalor som handlar om hur allvarliga, intensiva och vanliga olika symptom i DSM-kategorierna är. Dessutom skulle skalor kring bl.a. humör, oro och missbruk enligt Jones kunna vara gemensamma för alla diagnoser. Mellsop et al. (2007) argumenterar för att psykiatrin bör utveckla skalor som är mer "dimensionella" och att nya diagnosinstrument skulle kunna ta in positiva dimensioner som t.ex. motståndskraft, "life skills", copingstrategier, och attityd till tillfrisknande.

Jutel (2009) tecknar en översikt över samtida sociologiska perspektiv på medicinska diagnoser. Diagnoser binder samman det biologiska med det teknologiska, sociala, politiska och med den levda erfarenheten. Diagnosen kan ses som ett uttryck för vad som kulturellt är accepterat som normalt, och vad som ska behandlas. Det kan innebära att den diagnostiserade, med Parsons terminologi, anses kunna göra anspråk på en rätt till "undantag", som att vara ledig från arbetet eller att få ett särskilt parkeringstillstånd. För vissa enskilda blir diagnosen en ingång till en gruppstillhörighet, som att kunna delta i forum på internet som gäller just den diagnosen och dela subjektiva upplevelser inom gruppen. Genom olika organisationer kan grupper av diagnostiserade gå samman och verka för sina intressen i samhället. Men diagnosen kan också laddas med en negativ innebörd och kan även innebära att ses som avvikande i samhället på ett institutionaliserat sätt (Hawthorne, 2010a, 2010b)

Diagnoser kan, vilket Jutel (2009) även tar upp, ses som ett verktyg för den pågående medikaliseringen av allt fler fenomen i samhället, där bl.a. blyghet, ADHD, fetma och barnuppfostran betraktas som angelägenheter för medicinen. Jutel tar upp förekomsten av "screening" för medicinska problem som en tveksam åtgärd. Riskerna med att leta efter problem, som patienten själv ännu inte uppmärksammat, är att det skapar onödig oro och behandling. Jutel nämner här Armstrongs tankar om övervakningsmedicin, där risken för sjukdom hela tiden ses som överhängande, och måste övervakas hos hela befolkningen. Hejlskov Jørgensen et al. (2012) framför liknande tankar och argumenterar för att det är som mest relevant att ge någon diagnoser som ADHD om personen själv upplever att han eller hon inte kan hantera sitt vardagliga liv pga. svårigheterna. De menar därför att det inte behöver vara ett problem att förekomsten av

diagnoser som ADHD i befolkningen uppskattas vara högre än den andel som verkligen “upptäckts” och fått en diagnos. Den som kan leva ett liv med arbete, studier, familj osv. behöver inte ha någon nytta av en diagnos enligt dem.

Våra slutsatser i detta avsnitt är att det medicinska perspektivet på psykisk hälsa är omdiskuterat och under förändring. SDQ är ett modernt psykiatriskt instrument på så sätt att det möjliggör att svårigheter mäts på en skala. SDQ innehåller, som vi kommer att utveckla under avsnitt 2.3 dessutom frågor kring barnets styrkor, och hur stora konsekvenserna av svårigheterna blir i vardagslivet. Det innebär att instrumentet kan ge en något mer komplex bild av psykisk hälsa.

Eftersom det valda instrumentet tillhör en psykiatrisk diskurs kan det fånga individer med förhöjd risk för diagnoser. De symptom som vi mäter; bl.a. koncentrationssvårigheter- hyperaktivitet, känslomässiga besvär som ångest och depression samt uppförandeproblem är välkända både inom och utanför psykiatrin. Därigenom möjliggörs jämförelser med tidigare studier som har använts sig av SDQ på olika populationer.

2.2.2 Alternativa eller kompletterande synsätt

Det sjukdomsorienterade perspektivet är, i alla fall för närvarande, i huvudsak inriktat på ohälsa. Det finns naturligtvis andra sätt att mäta psykisk ohälsa än att studera hur vanliga diagnoser är bland befolkningen. I många undersökningar mäts i stället hur utbrett det är att barn lider av *vardagligare besvär*, som psykosomatiska symptom och lågt psykiskt välbefinnande (jfr Dal, 2008). *Psykosomatiska symptom* handlar om sömnsvårigheter, ont i magen och/eller upplevelsen av stress (Sallnäs et al., 2010; Östberg, 2001). Med *psykiskt välbefinnande* avses bl.a. det som barnet själv berättar om hur ofta det känner sig ledset, irriterat, spänt eller nervöst (Östberg, 2001).

En tydlig kontrast till det traditionella sjukdomsorienterade eller medicinska perspektivet kommer fram i Antonovskys salutogena perspektiv. Antonovsky (1991) flyttar fokus till frågan om vad som gör att många människor, även om de utsätts för många belastningar och stressfaktorer under livet, trots allt kan behålla sin hälsa. Han menar att det som är hälsofrämjande är något annat än motsatsen till sådana som skapar ohälsa. Hans teori är att det

handlar om människans förmåga till motståndskraft. Kärnan i hans teori är att människor med god motståndskraft kännetecknas av en livshållning som ger en hög känsla av sammanhang (KASAM). Den som har en hög känsla av sammanhang tenderar att uppfatta sitt liv med dess upp och nedgångar som begripligt, hanterbart och meningsfullt.

Antonovsky (1991) tar upp att kön, etnicitet, klass och nationalitet kan påverka vilka livserfarenheter en människa gör, och därmed främja en högre eller lägre grad av KASAM. Som barn kan man uppnå en viss KASAM, i ungdomsåren en provisorisk KASAM och först som vuxen antar Antonovsky att KASAM är mer stabil. En hög KASAM gör att individen har en tendens att uppleva livets påfrestningar som utmaningar snarare än något som bryter ned. Personer med svag KASAM har lägre tilltro till att något positivt kommer att komma ur svårigheter. Hypotesen är att en stark KASAM leder till en bättre hälsa eftersom en person med stark KASAM har större benägenhet att agera konstruktivt när den utsätts för påfrestningar. Moksnes et al. (2011) har funnit ett visst stöd för att insatser för att stärka känsla av sammanhang hos ungdomar leder till att de upplever en bättre subjektiv hälsa.

Ett annat alternativt sätt att se på psykisk hälsa, är att betrakta den som en resurs snarare än som ett mål i sig. Det är så psykisk hälsa används i levnadsnivåundersökningar. Idén bakom levnadsnivåundersökningar är att en rad olika resurser, bl.a. en god psykisk hälsa, materiella tillgångar och socialt stöd ger människan möjlighet att styra sina levnadsvillkor (Jonsson & Östberg, 2010; Sallnäs et al. 2010). Resurserna ses i dessa undersökningar framförallt som ett medel för att kunna leva ett självstyrkt liv. Jonsson & Östberg (2010) har studerat levnadsnivån hos svenska 10-18-åringar. Som viktiga resurser för åldersgruppen valdes åtta resurser ut, bl.a. familjerelationer och sociala relationer, hälsa (inkl. psykologiskt välbefinnande), säkerhet och ekonomiska resurser. Deras slutsats är att levnadsnivån generellt är mycket hög bland svenska unga, men att bristande välbefinnande och psykosomatiska besvär är relativt vanliga.

Slutligen intresserar sig forskare även för hur barn och ungdomar själva ser på begrepp som psykisk hälsa. Johansson et al. (2007) har med hjälp av fokusgrupper undersökt vilken mening som tonåringar mellan 13 och 16 år ger begreppet psykisk hälsa. De drog slutsatsen att tonåringarna i första hand tolkade psykisk hälsa som en positiv eller negativ känslomässig

upplevelse. Positiv hälsa hängde ihop med känslor av lycka, harmoni, självförtroende och att vara omtyckt. Dålig psykisk hälsa var bl.a. förknippat med en känsla av olycka, att vara utan mening och hopp och att inte vara omtyckt av andra. Medan de äldre tonåringarna betonade den inre upplevelsen var det relationer till andra och mobbing som var centralt för de yngre.

Sammanfattningsvis kan frågan om förekomsten av psykisk hälsa och ohälsa studeras med många olika utgångspunkter. I och med att SDQ innehåller frågor som handlar om barnens och ungdomarnas styrkor återfinns även ett inslag som har ett mer salutogent eller hälsofrämjande perspektiv. Dock hade vår undersökning blivit helt annorlunda om vi valt att mäta psykisk hälsa med Antonovskys instrument KASAM eller om vi undersökt barnens levnadsnivå med ett instrument där psykisk hälsa bara varit en liten del. SDQ kan bara mäta en del av det som skulle kunna ingå i begreppet "psykisk hälsa". Det finns ingen definition eller operationalisering som psykisk hälsa som i någon absolut mening är given. Snarare bidrar olika definitioner och operationaliseringar med olika aspekter där ett perspektiv inte med nödvändighet behöver utesluta ett annat.

2.3 Instrumentet SDQ

SDQ är ett av många skattningssinstrument för psykisk ohälsa. Det är för närvarande ett vanligt förekommande instrument. Enligt en kartläggning som gjorts inom Stockholms läns landsting under 2008 var SDQ ett av de 15 mest använda bedömningsinstrumenten inom länets barn och ungdomspsykiatri. Totalt var ett 180-tal instrument i bruk (Dunerfelt et al., 2010).

SDQ utvecklades av psykiatern Robert Goodman på 1990-talet (Goodman, 1997). Det innehåller 33 frågor och ger resultat i sju dimensioner: känslomässiga besvär, uppförandeproblem, koncentrationssvårigheter, problem i kamratrelationer, en summering av problemen, styrkor benämnda "prosocialt" beteende samt konsekvenser för vardagslivet (jfr Malmberg et al., 2003). Flera av dimensionerna i SDQ har, som vi tidigare nämnt, sin grund i det diagnostiska tänkandet i DSM-IV (Lundh et al., 2008; Goodman & Scott, 1999). Instrumentet är avsett att hitta barn och ungdomar med psykiatrisk problematik. Det är "dimensionellt" eftersom det fångar separata dimensioner av psykisk ohälsa. Dimensionerna kan även adderas för att ge en översiktlig bild av

personens psykiska hälsa. SDQ kan användas för att hitta både barn som skulle kunna få en diagnos, och barn som löper risk för det (Goodman et al., 2003).

SDQ översattes till svenska 1996 och har hittills blivit översatt till minst 60 olika språk (Lundh et al., 2008). Verktöget används både i epidemiologisk forskning och i utredning av enskilda barn (s.k. "screening"). På senare tid har det också börjat användas i utvärderingsprojekt, där den psykiska hälsan mäts före och efter en viss behandling eller insats (se bl.a. Socialstyrelsen, 2010). Goodman & Scott (1999) framhäver att en fördel med SDQ är att det är kort och enkelt. Det tar bara cirka fem minuter att fylla i.

I Sverige användes SDQ bl.a. i den totalundersökning av barn och ungas psykiska hälsa som genomfördes år 2009 (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

SDQ anses ha goda psykometriska egenskaper, dvs. god validitet och reliabilitet (Goodman, 2001; Hagquist, 2007; Socialstyrelsen, 2012a). Det har man kommit fram till bl.a. genom att jämföra hur väl SDQ kan skilja ut personer som har fått diagnos av en psykiatriker "i verkliga livet" och de som instrumentet indikerar har sådana problem (se Malmberg et al., 2003). SDQ bedöms som validerat både internationellt (Goodman & Scott, 1999; Goodman, 1997) och på svenska grupper (Malmberg et al., 2003) när det gäller att mäta psykisk ohälsa bland barn och ungdomar både för forskning och kliniskt. Att SDQ har hög validitet innebär att SDQ lyckas fånga psykiatrisk problematik och ger få falskt positiva och falskt negativa resultat (jfr Goodman, 1997). Ett falskt positivt resultat innebär att någon bedöms ha psykiatrisk problematik fast han eller hon egentligen inte har det. Ett falskt negativt resultat är det motsatta; någon som vid en klinisk undersökning skulle anses ha en diagnos har en SDQ-skattning som talar för "normala" värden.

SDQ anses vara bättre på att fånga utåtvänd problematik än inåtvänd (se bl.a. Ullebø et al., 2011; Socialstyrelsen, 2012a). En av möjliga förklaringar till det kan vara att SDQ:s skalor kring hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter bygger på samma dimensioner som används inom DSM-IV och ICD-10 för att diagnostisera ADHD (Goodman, 1999). I en undersökning klarade SDQ av att identifiera över 70 % av barnen som har uppförandestörning, hyperaktivitet,

depression och viss ångestproblematik, men mindre än hälften av de som hade bl.a. fobi och ätstörningar (Goodman, 2003). Eftersom utagerande problematik är vanligare bland pojkar än bland flickor kan man säga att SDQ är relativt bra på att fånga sådan problematik som förekommer frekvent hos pojkar. Motsatt är SDQ sämre på att fånga den problematik som är relativt sällsynt bland flickor, internaliserade problem.

I en norsk studie av Ritcher et al. (2011) där man har testat norska versionen av SDQ på etniska norrmän och ungdomar med en annan utländsk bakgrund framkom det stora skillnader mellan olika etniska grupper. Två möjliga förklaringar var att vissa ungdomar hade språksvårigheter och inte förstod frågorna, eller att det var kulturella skillnader som resulterade i alldeles för låga/höga delskalapoäng.

2.4 Förekomsten av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar

I följande avsnitt kommer vi att behandla forskning som studerat utbredningen av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar generellt och de få studier som har behandlat motsvarande tema bland socialtjänstens barn. Vi kommer särskilt att beakta studier som har använt sig av SDQ, även om andra, viktiga studier på området kommer att beröras. Som en bakgrund inleder vi med en historik.

Även om det har gjorts ett litet antal epidemiologiska undersökningar som handlat om förekomsten av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar i Sverige sedan 1960-talet anses det finnas ett stort behov av vidare forskning på området (Barnpsykiatrikommittén, 1997). Eftersom fler psykiska problem uppmärksammas över tid, och nya mätmetoder tillkommer, kan det vara svårt att jämföra studier med varandra, och bedöma om ohälsan ökat eller inte. Mot bakgrund av detta föreslogs i slutet av 1990-talet att den psykiska ohälsan hos svenska barn och ungdomar skulle börja undersökas regelbundet och systematiskt.

Som ett resultat av förslaget genomfördes år 2009 på Regeringens uppdrag för första gången i Sverige en totalundersökning av den psykiska hälsan hos skolelever i åk 6 och 9 (Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Syftet var att undersökningen skulle kunna upprepas framöver, så att

jämförelser skulle bli möjliga. Mätinstrumentet hade satts ihop av Socialstyrelsen och bestod av frågor från olika etablerade instrument, bl.a. från SDQ.

Hälsoutskottet vid den Kungliga Vetenskapsakademien (2011) drog slutsatsen att det har skett en ökning av vissa typer av psykisk ohälsa hos ungdomar i Sverige, till exempel nedstämdhet och oro, från mitten av 1980-talet till mitten av 2000-talet. Problemen har ökat kraftigare bland flickor än bland pojkar. Därför menar utskottet att forskning kring vad som orsakat denna ökning bör prioriteras högt. De lyfter även fram att barnets perspektiv, genusaspekter och särskilt utsatta gruppers perspektiv måste lyftas fram.

2.4.1 Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar generellt

Här sammanfattar och redovisar vi några av de senaste studierna som gäller utbredningen av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar i Sverige, inklusive några undersökningar som gjorts med SDQ.

Kungliga vetenskapsakademins hälsoutskott publicerade år 2010 en systematisk kunskapsöversikt över drygt 600 publikationer som syftade till att beskriva trender i den psykiska hälsan hos barn och ungdomar (0-19 år) i Sverige i olika sociodemografiska och geografiska grupper mellan 1945 och 2009 (Petersen et al., 2010). Genomgången var avgränsad till studier inom sju huvudområden för psykisk ohälsa varav framförallt tre liknar de dimensioner som finns i SDQ; sinnesstämnings- och ångestproblem, hyperaktivitets- och uppmärksamhetsproblem och positiva aspekter av psykisk hälsa. Hälsoutskottet drog slutsatsen att forskningsläget generellt var för bristfälligt för att det skulle gå att bedöma hur den psykiska ohälsan hade utvecklats över tid. Underlaget bedömdes som "än mer bristfälligt" när gällde förändringar för stor del av den grupp som vi studerar, barn i åldrarna upp till tonåren.

Sedan den systematiska kunskapsöversikten kom har det genomförts en totalundersökning av barn och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. Sammanlagt svarade ca 170 000 barn och ungdomar på ett batteri av frågor kring deras psykiska hälsa. Frågorna var tagna från ett antal etablerade skattningsinstrument, bl.a. SDQ. Kartläggningen syftade till att bättra på kunskaperna om hur svenska barn och unga mår. I totalundersökningen (Statens Folkhälsoinstitut, 2011) valde

författarna att presentera psykisk ohälsa med hjälp av det statistiska måttet 90:e percentilen. De redovisade alltså resultaten för den tiondel av alla elever som skattade sämst psykisk hälsa, vilket de definierade som "betydande problem" (årskurs 6 och 9 sammanslaget). I dimensionen koncentrationssvårigheter, som mättes med SDQ, hade drygt 75 % av eleverna med betydande problem uppgett att de har svårt att sitta stilla och 31,4 % hade "svårt att tänka sig för innan". I dimensionen bristande välbefinnande (som byggde på mätinstrument Kidscreen) uppgav 18 % av de barnen att livet inte alls var bra och drygt 26 % att de inte alls kände sig nöjda. På Folkhälsoinstitutets hemsida redovisas svaren län för län och skola för skola.

Jonsson & Östberg (2010) har studerat levnadsnivån hos svenska 10-18-åringar. De valde ut åtta viktiga resurser för åldersgruppen, bl.a. familjrelationer och sociala relationer, hälsa (inkl. psykologiskt välbefinnande), säkerhet och ekonomiska resurser. Deras slutsats är att levnadsnivån generellt är mycket hög bland svenska unga, men att bristande välbefinnande och psykosomatiska besvär är relativt vanliga.

När det gäller mätningar med instrumentet SDQ sammanfattar Elberling et al. (2010) det så att i studier från Storbritannien och Tyskland har ca 10-15 % av barnen och ungdomarna mellan 5 och 15 år ansetts lida av så stor psykisk ohälsa att det försämrat deras förmåga att fungera i vardagen. Nordiska barn tenderar att i genomsnitt skatta lägre grad av problem på SDQ än barn i övriga Europa.

Resultaten från epidemiologiska undersökningar där man mätt förekomsten av psykiatriska diagnoser bland barn och ungdomar skiljer sig mellan olika studier, och mellan studier från olika länder. Heiervang et al. (2007) redovisar studier från en rad olika länder och kontinenter, där andelen barn och ungdomar som uppfyller kriterierna för att få en psykiatrisk diagnos uppskattats till mellan ca 7-15 %. Heiervang et al. studie talar för att ca 6-7 % av norska barn mellan 9-10 år har minst en psykiatrisk diagnos.

2.4.2 Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar i kontakt med socialtjänsten

Som vi tidigare beskrivit anses forskning om ungas psykiska hälsa vara ett högprioriterat

forskningsområde (Kungliga Vetenskapsakademien, 2011). Även om forskningsresultaten är relativt få inom detta område, finns det ändå vissa kvantitativa studier. När det gäller frågan om hur de barn som kommer i kontakt med socialtjänsten mår psykiskt finns det betydligt större kunskapsluckor. Vi kommer här presentera några av de befintliga studierna som rör hur barn och ungdomar som på något sätt har kontakt med socialtjänsten mår psykiskt i förhållande till de som inte har det.

Vi har inte hittat någon studie som behandlar vår första forskningsfråga, alltså om hur den psykiska hälsan ser ut bland hela den grupp av barn och ungdomar som är i kontakt med socialtjänstens öppenvård. Dock finns, vilket vi återkommer till nedan, Vinnerljungs et al. (2010) studie av öppenvårdsinsatsen kontaktfamilj/kontaktperson. Därutöver har vi funnit tre studier rör förekomsten av psykisk ohälsa i socialtjänstens barn- och ungdomsärenden i allmänhet. Vi redovisar resultaten från de tre studierna eftersom de enligt vår mening inte gett några tydliga svar på de frågor som ställts. Frågan om hur barn som är i kontakt med socialtjänsten mår är i mångt och mycket obesvarad.

De två första studierna utfördes med enkäter som skulle besvaras av personal på socialtjänsten. I den senaste av dem, som publicerades 2012, hade Socialstyrelsen bitt ett antal kommuner att redovisa hur vanligt det var att orsaken till anmälan var misstanke om att barnet hade psykiska problem. Socialstyrelsen menade att det saknas tillfredsställande statistik om antalet anmälningar som kommer in till landets socialtjänstkontor, och om orsakerna till anmälningarna. I sin rapport om undersökningen beskriver Socialstyrelsen att det har verkat svårt för socialtjänsten att ta fram sådan statistik. Socialstyrelsen (2012) redovisar inte heller någon statistik över svaren i den delen.

I den andra enkätstudien hade 150 verksamheter inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg ombetts att uppskatta hur stor andel av barnen och ungdomarna i deras barn- och ungdomsärenden som de trodde hade psykiska eller psykosociala problem. Enkätsvaren var mycket varierande, men cirka 70 % av barnen och ungdomarna antogs ha psykiska eller psykosociala problem när de kom till socialtjänsten (Barnpsykiatrikommittén, 1998). Validiteten i denna typ av undersökningar måste anses som mycket låg eftersom resultaten bygger på socialtjänstens ”allmänna uppfattning om det generella läget”, och inte på någon undersökning

av individuella barn och ungdomar.

Frågan har också studerats i en akt- och registerstudie om barn i Stockholm som fötts mellan 1968 och 1975 och varit aktuella för utredning hos socialtjänsten. Slutsatsen i den studien var att omkring en tredjedel av barnen hade psykiska problem under den tid de utreddes (Sundell, 2004). Denna studie bygger alltså på en bedömning av individuella barn. Sundell räknade ut i hur stor andel av akterna det fanns noteringar om psykisk ohälsa. Osäkerheten kring resultaten bör öka genom att de socialsekreterare som antecknat i akterna kan ha olika kunskap om och syn kring vad psykisk ohälsa är. Det den ena noterat som psykisk ohälsa kanske den andra skulle ha tolkat som en normal del av utvecklingen. Dessutom studeras i praktiken socialsekreterarnas bild av hur de unga mår, dvs. det saknas resultat som kommer från barnen och ungdomarna själva. Ett annat problem med studien kan vara att rutinerna kring dokumentation kan ha skiljt sig över tid och mellan olika socialsekreterare.

Vi övergår nu till att presentera två svenska studier som varit inriktade på barn och ungdomar som fått en viss typ av insats, varav den ena var en dygnsvårdsinsats och den andra en öppenvårdsinsats. I båda studierna fann forskarna att förekomsten av psykisk ohälsa bland barnen och ungdomarna som omfattades av en insats från socialtjänsten var högre än bland normalpopulationen.

Sallnäs et al. (2010) har studerat hur ungdomar i åldern 13-18 år som hade varit placerade på HVB-hem eller i familjehem mått psykiskt i jämförelse med en normalpopulation. Genom att undersöka de placerade ungdomarnas levnadsnivå kommer de åt förekomsten av psykosomatiska besvär och graden av psykiskt välbefinnande hos undersökningsgruppen. Deras resultat visar att de placerade ungdomarna led av mer psykosomatiska besvär och hade lägre grad av välbefinnande än normalpopulationen. I jämförelse med den population som vi själva studerar, dvs. barn och ungdomar i öppenvård, kan man dock anta att dygnsvårdades problem är mer djupgående, eftersom öppenvården i betydande utsträckning har en mer förebyggande funktion. Vinnerljung et al. (2011) har i en studie som syftat till att utvärdera insatsen kontaktfamilj/kontaktperson tagit fram resultat kring hur vanligt det är med psykisk ohälsa barn och unga som fått någon av de insatserna. Kontaktfamilj/kontaktperson är alltså vanliga

öppenvårdsinsatser inom socialtjänsten. De sammanställde data från register för att se hur det gick för dessa barn och unga efter insatsen. Det var nästan dubbelt så många flickor och pojkar som haft insatsen kontaktfamilj eller kontaktperson som fick ångestdämpande eller antidepressiva medel år 2009 som bland normalbefolkningen. I vår uppsats använder vi forskningsproblemet med en annan metod, eftersom vi använder ett standardiserat bedömningsinstrument i stället för registerdata. Det kan förhoppningsvis ge relativt precisa resultat kring de studerade barnens och ungdomarnas psykiska hälsa. Vår population är också en annan, eftersom vi studerar hela bredden av de barn och ungdomar som ska påbörja en öppenvårdsinsats. Vår grupp kan alltså inkludera vissa barn som får kontaktfamilj eller kontaktperson.

Sammanfattningsvis forskningsläget mycket oklart när det gäller hur vanligt det är med psykisk ohälsa bland de barn och ungdomar som är i kontakt med socialtjänsten. Denna uppsats tillför resultat kring förekomsten av psykisk ohälsa som gäller två öppenvårdsenheter. Så vitt vi vet har inte förekomsten av psykisk ohälsa bland barn och unga hos just öppenvården i Sverige redovisats förut. Vi tycker att det är en styrka med vår uppsats att vi utgår från uppgifter som kommer direkt från barnens föräldrar.

2.5 Psykisk ohälsa, kön och socioekonomiska förhållanden

2.5.1 Socioekonomiska förhållanden

Uppsatsens andra syfte handlar om att beskriva om det finns några skillnader i de studerade barnens och ungdomarnas psykiska hälsa som kan ha samband med socioekonomiska förhållanden eller kön. Vi har i vårt arbete endast tillgång till uppgifter om socioekonomiska förhållanden på stadsdelnivå och alltså inte individuppgifter i detta avseende för dem som fyllt i SDQ. Som vår uppsats är upplagd mäts alltså socioekonomiska förhållanden endast i de två grova kategorierna Södermalm/Rinkeby-Kista. Att vi gör så baseras på ett antagande om att de barn och ungdomar som besöker öppenvården i Rinkeby-Kista generellt är utsatta för svårare socioekonomiska förhållanden än barnen i Södermalm, antingen för att de deras familjer har en dålig socioekonomi eller för att de lever i ett område där många andra har det (se vidare i uppsatsens teoriavsnitt). I detta avsnitt presenteras forskning gällande hur socioekonomi

påverkar barns och ungdomars psykiska hälsa på individnivå. I slutet av avsnittet går vi in specifikt på tidigare studier av vikten av socioekonomi för den psykiska hälsan där instrumentet SDQ har använts för att mäta psykisk hälsa. Efter avsnitten om socioekonomi presenteras forskning om könsskillnader kring psykisk hälsa.

Barns och ungdomars socioekonomiska status kan mätas på olika sätt; t.ex. med föräldrarnas utbildningsnivå, barnens utbildningsinriktning, föräldrarnas ekonomi, föräldrarnas sysselsättningsstatus, bostadsområde eller blandningar av dem (se nedan). Majoriteten av de studier som vi har tagit del av talar för att socioekonomiska faktorer spelar en stor roll för förekomsten av psykisk ohälsa.

Statens Folkhälsoinstitut (2011a) har gjort en systematisk översikt av studier som genomförts mellan 1975 och 2011 om socioekonomiska faktorerens betydelse för barns och ungdomars fysiska och psykiska hälsa i Sverige. Som socioekonomiska förhållanden räknades föräldrarnas sociala status, bostadsområdets sociala typ, och barnets studieinriktning. Den sammantagna bedömningen av de cirka 30 ingående studierna var att psykiska hälsoproblem var omkring 80 % vanligare bland de barn och unga som levde under mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden. För att ge en fylligare bild av forskningsläget följer nu exempel på några enskilda studier där ett samband har funnits mellan socioekonomi och psykisk hälsa.

Vinnerljung et al. (2007) drar slutsatsen att ekonomisk utsatthet har en negativ verkan på barns psykiska och fysiska hälsa. De har funnit att psykosomatiska besvär är vanligast i ekonomiskt utsatta familjer. I Socialdepartementets (2004) "Ekonomiskt utsatta barn" uppmärksammas att barn i familjer som tar långvarigt ekonomiskt bistånd visar mindre positiva hälsoutfall och högre dödsfall (oavsett orsak), självmordsförsök och alkohol- och drogmissbruk än barn som har det bättre ställt (jfr Weitoft et al., 2008).

Att som barn leva med mer begränsade ekonomiska resurser eller tillhöra en familj med dålig ekonomi eller arbetslöshet har vidare funnits vara förknippat med lägre välbefinnande och en högre risk för psykosomatiska besvär (jfr Jonsson & Östberg, 2010; Östberg, 2001). Östberg (2001) framhåller att sambandet mellan dålig ekonomi och arbetslöshet hos familjen kan

förklaras av att familjerelationerna ofta är av lägre kvalitet i sådana familjer.

I levnadsnivåundersökningen (Jonsson & Östberg, 2010) konstateras att den genomsnittliga levnadsnivån för svenska barn är mycket hög, men barn till ensamstående och utrikesfödda föräldrar uppvisar en lägre levnadsnivå och ett lägre psykiskt välbefinnande. Jonsson & Östberg tolkar det som att föräldrarna i familjer som har det sämre ekonomiskt ställt ofta gör allt de kan för att barns ekonomi skulle ligga på ungefär lika nivå som vännernas. Vinnerljung et al. (2007) har dragit liknande slutsatser. Barn till ensamstående och immigranter har gemensamt att de oftare är rädda för sin egen säkerhet, då de oftast bor i förorter där det är vanligt med fattigdom, arbetslöshet och andra sociala problem (jfr Andersson et al., 2010; Jonsson & Låftman, 2001).

Östberg (2001) har i inte funnit något generellt mönster som visade på att psykisk ohälsa, mätt i form av välbefinnande och psykosomatiska besvär, varierade mellan barn i olika sociala klasser. I Östbergs studie fanns det alltså ingen större skillnad mellan sociala klasser och barns psykiska välbefinnande.

Det finns också internationella forskningsresultat som visat att socioekonomiska faktorer som föräldrarnas utbildningsnivå och inkomster inte påverkar risken för att utveckla psykisk ohälsa för barn och unga (Canino et al., 2004; Goodman et al., 2005b).

Sambandet mellan ekonomi och psykisk ohälsa har också framkommit i studier där psykisk ohälsa mätts med SDQ. I en norsk studie av 11-13-åringar var god ekonomi hos barnets familj och att föräldrarna hade hög utbildning kopplat till färre rapporterade problem i barnens SDQ-formulär (Bøe, 2012). Även Heiervang et al. (2007) fanns ett samband mellan att tillhöra den lägsta inkomstkategorin och att skatta hög psykisk ohälsa enligt SDQ.

Landstedt (2010) tar upp att det är ifrågasatt om barn och ungdomars socioekonomiska förhållanden verkligen bör definieras och mätas genom uppgifter om föräldrarna. Hagqvist (2007) framhåller att det inte behöver vara föräldrarnas utbildning eller inkomster som väger tyngst för ungdomars föreställning om sin socioekonomiska status. Hagqvist använder i stället ungdomens val av akademisk inriktning som huvudmarkör för ungdomens framtida sociala

position.

I vår studie har vi som vi tidigare nämnt ingen bakgrundsinformation om vilka socioekonomiska förhållanden som de föräldrar som fyller i SDQ-formulären har. Vi vet inte heller något om hur de berörda barnen upplever sin och sin familjs socioekonomiska status. Men eftersom de socioekonomiska förhållandena på stadsdelsnivå ser markant olika ut i de två stadsdelarna i stort, är det sannolikt att det finns en högre representation socioekonomiskt utsatta barn som svarat på formulären i Rinkeby-Kista. Dessutom kan man anta att socioekonomiska faktorer kan ha betydelse på strukturell nivå, i meningen att barn som bor i socioekonomiskt utsatta områden i flera avseenden är mer exponerade för olika slags samhällsinsatser (jfr Wiklund, 2006). Denna fråga behandlas vidare i teoriavsnittet. För att visa på att det sannolikt finns sådana skillnader går vi under nästa rubrik igenom statistik från USK (Stockholms stads utrednings- och statistikkontor) som talar för det.

2.5.2 Socioekonomi i Södermalm jämfört med Rinkeby-Kista

Tabell 1. USK, Områdesvis statistik, 2011.

	Södermalm	Rinkeby-Kista
Befolkning	120 356	46 792
Utländsk bakgrund, procent	17,5 %	79 %
Arbetslöshet, procent	2 %	7,4 %
Får försörjningsstöd, procent	1,3 %	11 %
Förvärvsarbetar, procent	81 %	55,6 %
Medelinkomst	340 400 kr	216 300 kr

I Tabell 1 redovisas hur de socioekonomiska förhållandena ser ut i stadsdelarna Södermalm respektive Rinkeby-Kista. I tabellen finns det fyra socioekonomiska faktorer som i studier har ansetts ha samband med psykisk ohälsa; arbetslöshet, sämre ekonomi (försörjningsstöd), förvärvsarbete och medelinkomst (se föregående stycke). Södermalm ligger bättre till än Rinkeby-Kista på alla de faktorerna. Andelen arbetslösa är mer än tre gånger högre i Rinkeby-

Kista än i Södermalm. Var tionde invånare uppbär försörjningsstöd i Rinkeby-Kista men bara drygt 1 av 100 i Södermalm. I tabellen redovisas även andelen som har utländsk bakgrund i de två stadsdelarna. Vi menar att andelen som har en viss etnicitet i ett bostadsområde i sig inte behöver säga något om socioekonomiska förhållanden. Eftersom dessa områden är så pass segregerade och det invandrantäta är fattigare än det svensktäta, har vi ändå med denna information som bakgrundsfakta.

2.5.3 Könsskillnader

Könsskillnader gällande psykisk hälsa har förklarats med biologi, psykologiska drag, psykosociala faktorer, strukturella faktorer och könsroller (Landstedt, 2010). Det förekommer både forskning som enbart beskriver könsskillnader och forskning där könsskillnaderna problematiseras.

I totalundersökningen från 2009 (Statens Folkhälsoinstitut, 2011) fanns det tydliga skillnader mellan könen när det kom till psykisk ohälsa. Flickorna i årskurs 9 mådde sämre än flickorna i årskurs 5, och flickorna mådde även generellt sämre än pojkarna i båda årskurserna. Flickorna utpekades som en problemtyngd grupp både generellt och när det gäller känslomässiga besvär medan pojkarna hade de största problemen med koncentrationssvårigheter. Även Kungliga Vetenskapsakademien observerade samma skillnad mellan pojkars (ADHD) och flickors (känslomässiga-) besvär i sin systematiska kunskapsöversikt (Petersen et al., 2010).

I studier som har mätt psykisk hälsa med instrumentet SDQ framkommer likartade skillnader mellan pojkars och flickors typer av problem. Lundh et al. (2008) beskriver att internationella studier har visat att flickor ofta skattar högt på känslomässiga problem och prosocialt beteende, medan uppförandeproblem är vanligare bland pojkar. Deras studie av svenska ungdomar i årskurs 7-8 bekräftar att detta kan gälla även i Sverige. Tydliga skillnader mellan könen syns i antalet 14-15-åriga flickor respektive pojkar som passerar cut-off-gränsen på känslomässiga skalan i SDQ, vilket indikerar att man tillhör en riskgrupp för känslomässiga problem av sådan styrka att de kan ge en diagnos. Cirka 16 % av flickorna passerade den gränsen men bara 4 % av pojkarna. Medelvärdena på summan ”Totala svårigheter” skilde sig inte åt mellan könen. Däremot var det olika andel som kom över cut-off-gränsen både på delskalorna och på

totalsumman. Lundh et al. drar slutsatsen att könsskillnaden kan döljas när man jämför medelvärden.

Resultat från en uppföljning av barn och ungdomar mellan 12-20 år som mellan år 1997-2001 placerats på SiS-institution visar på generella könsskillnader i motiveringen till placeringen. Den vanligaste grunden för placering var kriminalitet för pojkar och missbruk för flickor. I åldersgruppen 12-14 år placerades ca en fjärdedel av både flickorna och pojkarna pga. psykisk ohälsa. I äldre åldrar sjönk andelen pojkar som placerades av den anledningen (Shannon, 2011).

Det finns även kvalitativt inriktad forskning kring hur könsskillnaderna gällande psykisk ohälsa uppstår. Landstedt (2010) lägger fokus på att förklara och förstå hur pojkar och flickor upplever sin psykiska hälsa. Hon har även undersökt hur klass och genus som social konstruktion påverkar de ungas levnadsvillkor, och deras psykiska mående.

2.6 Sammanfattning och positionering

Sammanfattningsvis handlar de frågor som ställts inom detta forskningsområde om hur vanligt det är med psykisk ohälsa bland barn och unga, både internationellt och i Sverige, och om vilka kopplingar som finns mellan psykisk ohälsa och variablerna kön och socioekonomisk status. Fokus har varit på frågan om ifall den psykiska ohälsan ökar eller inte. Forskningsläget kring utbredningen av psykisk ohälsa har beskrivits som bristfälligt, framförallt när det gäller utvecklingen över tid, men även när det gäller hur vanligt det är med psykisk ohälsa. Denna typ av forskning genomförs framförallt med kvantitativ metod och utgår från en positivistisk utgångspunkt. De teoretiska utgångspunkterna är inte alltid särskilt uttalade. Statens Folkhälsoinstitut (2011) beskrev dock i totalundersökningen att de strävat efter att presentera sitt resultat så att psykisk ohälsa på gruppnivå kan jämföras mellan olika skolor, kommuner och stadsdelar. Avsikten bakom det var att framhäva livsmiljöns betydelse, och undvika att psykisk ohälsa endast behandlas som ett problem på individnivå (ibid.). Det finns även forskning där bl.a. könsskillnader gällande psykisk ohälsa problematiseras och undersöks mer ingående med kvalitativa metoder. Även behovet av sådan forskning har bedömts som stort.

Av naturliga skäl dominerar de kvantitativa forskningsmetoderna inom det forskningsområde som denna uppsats tillhör, gällande utbredningen av psykisk ohälsa i olika populationer. Vi har ett ganska traditionellt angreppssätt eftersom vi använder ett etablerat psykiatriskt inriktat instrument som frekvent används bl.a. i epidemiologiska undersökningar. Det som denna uppsats förhoppningsvis kan tillföra är ett fokus på barn och ungdomar i socialtjänstens öppenvård, som kan anses vara en särskilt utsatt grupp. Bakom syftet med uppsatsen finns utgångspunkten att psykisk ohälsa hos barn och ungdomar inte bara ska ses som individuella problem, utan bör undersökas i förhållande till variabler som kön och socioekonomiska förhållanden.

3 TEORETISKT PERSPEKTIV

För att relatera de resultat kring förekomsten av psykisk ohälsa hos enskilda barn och ungdomar hos öppenvården till gruppnivå och strukturell nivå vill vi använda Bronfenbrenners utvecklingsekologiska perspektiv. Perspektivet integrerar utvecklingspsykologin och sociologin (Klefbeck & Ogden, 2003). Det passar med vår utgångspunkt att behandla psykisk ohälsa som något som kan uppstå i samspel mellan individen och den omgivande miljön.

Bronfenbrenner (1979) beskriver den ekologiska utvecklingsmiljön med de ryska dockornas princip, där individen står i centrum och befinner sig i eller omges av system på allt högre nivåer som kallas mikro-, meso-, exo- och makronivå. På mikronivån upplever och deltar barnet i ett mönster av aktiviteter, roller och mellanmänskliga relationer i en viss närmiljö, t.ex. hemmet och skolan. Ju äldre barnet blir desto fler närmiljöer ingår det i, t.ex. skola, kamratgrupper och grannskap. Hur mikrosystemet fungerar, vilka aktiviteter som barnet är involverat i där, vilka roller det har och vilka relationer det upplever påverkar barnets utveckling. Enligt Andersson analyserar Garbarino vad som kan göra ett mikrosystem mer eller mindre gynnsamt för ett barn (Andersson, 2002). Han lyfter bl.a. fram betydelsen av att mikrosystemet är känslomässigt bekräftande och intellektuellt stimulerande (Klefbeck & Ogden, 2003).

På mesonivå pågår det interaktioner mellan de närmiljöer som finns runt barnet. Enligt Bronfenbrenner (1979) kan det förväntas vara gynnsamt för utvecklingen om de rollförväntningar som finns i de olika närmiljöerna är förenliga. Det är också positivt när det

finns gott om öppen kommunikation mellan de olika närmiljöerna, som t.ex. hem och skola. Vi kan anta att det har funnits problem på både mikro- och mesonivå för de barn och ungdomar som vi undersöker. Bara det faktum att de blivit anmälda till, och bedömts behöva hjälp av socialtjänsten, talar för att något varit otillräckligt i deras egna stödjande nätverk. Att barnet behöver stöd från socialtjänsten kan det ses som ett tecken på att barnet - i sina olika närmiljöer - inte får tillräckligt stöd och hjälp utifrån sina egna svårigheter och förutsättningar.

Beroende på kvaliteten på de närmiljöer som ett barn befinner sig i får det olika möjlighet att utvecklas och hantera vardagliga hinder och svårigheter. Här spelar det roll i vilken mån olika närmiljöer kan kompensera för brister i andra närmiljöer. Finns det brister hos föräldrarna kan de i bästa fall kompenseras av andra närstående, en bra skolsituation, mor-och farföräldrar osv. Tvärtom kan ett barn som är alltför isolerat, exempelvis med en ensamstående mamma med traumatiska erfarenheter från sin egen uppväxt och bristande nätverk, drabbas extra hårt av sina och familjens svårigheter. Att de familjer som de barn och ungdomar vi studerar tillhör bedöms behöva hjälp av socialtjänsten kan med detta perspektiv förklaras med att en rad olika möjliga, potentiella stödfunktioner för barnet i det egna nätverket saknas eller har brutit.

Det finns stöd för vårt antagande i en rapport om socialtjänstens arbete med barn och ungdom i Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning. I rapporten beskrivs vilka konsekvenser socialtjänsten menar att de utsatta socioekonomiska förhållandena i stadsdelen får för de familjer som socialtjänsten möter (Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning, 2012). Socialtjänstens bild är att föräldrarna i stadsdelen ofta har små chanser att ta sig in i samhället, vilket för många kan försvåras av att de har en låg utbildningsnivå och en fattig lantlig bakgrund. De tyngs ofta av traumatisering och osäkra försörjnings- och boendeförhållanden. De saknar ofta stödjande nätverk, eller ingår i nätverk där problemtygden är svår. Socialtjänsten upplever att föräldrarna har svårt att lita på socialtjänsten eller myndigheter i stort, och ofta försöker lösa problemen inom familjen. Med Bronfenbrenners terminologi är förutsättningarna för barnen att utvecklas i sådana fall försämrade pga. problem på mikronivå (problem hos föräldrarna, bristande nätverk). Det kan också vara så att kontakterna mellan närmiljöer, som hem och skola, är suboptimala, vilket kan påverka barnets psykiska hälsa.

I Södermalm är enligt statistiken de socioekonomiska förutsättningarna mer gynnsamma. Där kan man ändå anta att de barn som socialtjänsten möter har problem i mikrosystemet och mesosystemet, eftersom de behöver hjälp utifrån. Socioekonomi är långt ifrån den enda faktor som påverkar uppkomsten av psykisk ohälsa, och på Södermalm kan problemen finnas trots att den ekonomiska situationen i stadsdelen i stort är god.

Enligt den utvecklingsekologiska teorin påverkas barnets möjligheter att utvecklas även av interaktioner på exo- och makronivå. På exonivån finns det miljöer där individen inte är närvarande, men som indirekt kan påverka barns utveckling. Det kan vara föräldrarnas arbetsplatser eller utbildning. Vilken utbildning föräldern får kan t.ex. få indirekt betydelse för barnet genom att arbetsplatsen påverkar föräldrarnas värderingar och uppfostran av barnet (Bronfenbrenner, 1979). Alla dessa nivåer, plus samhällsförhållanden och normer, bildar en makronivå, eller nationell nivå. Här ryms enligt Bronfenbrenner samhällsideologier och strukturer av specifika kulturer och subkulturer, samt politiska beslut, och allmän ordning. Barns uppväxtmiljö påverkas av mesonivån bl.a. genom historiska händelser som präglar en hel generation, som t.ex. krig eller ekonomisk upp- eller nedgång (Klefbeck & Ogden, 2003).

För vår uppsats kan exo- och makronivåerna vara relevanta på så sätt att de kan avspeglas i skilda förutsättningar i de olika stadsdelarna. Bostadspolitik och lågkonjunktur (makronivå) kan påverka sammansättningen i de geografiska stadsdelar, och få till konsekvens att andelen arbetslösa med utländsk härkomst koncentreras till vissa områden, som de rikare flyttar ifrån. På exonivå kan barn i områden med en hög andel arbetslösa antas bli påverkade indirekt av detta. Den här argumentationen talar för att Rinkeby-Kista skulle kunna vara mer drabbat av psykiska problem. Dock har vi här utgått från den socioekonomiska situationen i stort, utan att träffa eller utforska de aktuella familjer som vår undersökning gäller.

På motsvarande sätt kan man, ur ett utvecklingsekologiskt perspektiv, utgå från att skillnader mellan flickor och pojkars psykiska ohälsa har vuxit fram i ett samspel på flera av eller alla Bronfenbrenners nivåer.

Bronfenbrenner (1979) tar upp frågor om hur barnets utveckling kan se olika ut beroende på t.ex.

vilken etnicitet och klassbakgrund barnet har. Inom utvecklingsekologin har dock inte dessa begrepp något förklarande värde i sig (jfr Andersson, 2002). Bronfenbrenner (1979) anger att den som vill förstå hur t.ex. socioekonomisk status påverkar ett barns utveckling måste undersöka hur barnets ekonomiska status påverkar dess olika roller, aktiviteter och relationer. Man bör även studera vilka effekter de olika upplevelser som barn från olika socioekonomiska förutsättningar har på barnens utveckling. Bronfenbrenner menar att den typ av kvantitativ undersökning där barn med olika socioekonomisk bakgrund jämförs med varandra inte är tillräckliga för att förstå sammanhangen och hur interaktionerna påverkar barnets utveckling i praktiken.

För oss får det till konsekvens att vi endast kan använda det utvecklingsekologiska perspektivet för att få upp ögonen för möjliga förklaringar och för att diskutera våra resultat. I uppsatsens syfte ingår inte att försöka ge en mer ingående bild av hur de enskilda barnens psykiska hälsa har utvecklats i relation till miljön. Utvecklingsekologin ger dock ett teoretiskt förankrat stöd för varför kvantitativ forskning bör inkludera variabler som gäller områdesmiljön (se Wiklund, 2006). Vår teori, det utvecklingsekologiska perspektivet, motiverar oss med andra ord att undersöka om det finns några skillnader i förekomsten av psykisk ohälsa som har samband med kön eller socioekonomiska förhållanden.

4 FORSKNINGSMETOD

4.1 Litteraturinsamling

Vi har sökt efter undersökningar om psykisk ohälsa bland barn och ungdomar på Statens Folkhälsoinstituts-, Socialstyrelsens- och WHO:s hemsidor. Vi har läst det materialet för att identifiera återkommande termer och begrepp som kan vara relevanta att söka på (Östlund, 2006).

Vi har också sökt efter svenska och internationella artiklar och avhandlingar i LIBRIS, EBSCO och ProQuest. De kombinationer av sökord som vi använt i LIBRIS är psykisk hälsa, social*, ungdom, unga vuxna och barn. I övriga databaser använde vi kombinationer av: screen*, social

welfare, social services, you*, teen, child, "mental health", soc*, sdq, young*, assessment, measur* och "child protective services".

Som komplement har vi använt s.k. kedjesökning (Larsson et al., 2005) då vi har gått vidare till referenserna som fanns i de artiklar och rapporter som vi hittat. Vi har också fått en del förslag på litteratur från vår handledare.

4.2 Val av metod

Det anses finna ett stort behov av mer forskning om förekomsten av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar i Sverige (Kungliga Vetenskapsakademien, 2011). Vår bedömning är att forskningsbehovet är särskilt stort när det gäller den specifika grupp som vi studerar, och frågan om hur den psykiska hälsan hos den gruppen ser ut i förhållande till normalpopulationen. Med våra syften - att beskriva utbredningen av psykisk ohälsa på gruppnivå och att testa samband mellan psykisk ohälsa och variablerna kön och socioekonomi, blir den kvantitativa metoden ett logiskt val. Den kvantitativa metoden ger en bättre överblick och en mer samlad bild än den kvalitativa (Fangen & Sellerberg, 2011). Med den kan vi bearbeta uppgifter från många barn och ungdomar på kort tid.

4.3 Tillvägagångssätt

Som vi tidigare nämnt är vårt material framtaget av de två öppenvårdsenheterna i syfte att följa upp deras insatser till barn och ungdomar (Stranz & Wiklund, kommande). Forskare vid Institutionen för socialt arbete vid Stockholms Universitet utvärderar nu hur SDQ fungerat i bedömnings- och uppföljningsarbetet i de bägge stadsdelarna. Vår uppsats skrivs i anslutning till deras utvärdering.

Det material som vi fick från stadsdelarna kom i form av en Excel-fil med data från samtliga SDQ-formulär från den aktuella perioden. Stadsdelarna har använt det s.k. tvåsidiga SDQ-dokumentet som innehåller en bilaga med frågor om påverkan i vardagslivet, s.k. "impact supplement". Vi hade tillgång till både förmätningar och eftermätningar från föräldrar och barn i

olika åldersgrupper. Vi har valt att endast studera förmätningar, dvs. SDQ-data som samlats in i samband med att insatsen påbörjades. Det passar uppsatsens syfte. Vi hade få skattningar utförda av ungdomarna själva och gällande åldern 3-4 år. Vi valde därför att endast studera föräldraskattningar. I de data vi fick fanns det uppgifter om vilket kön det aktuella barnet hade, och vilken stadsdel det tillhörde. Dock saknades det uppgifter om barnets ålder. Vi vet endast att varje barn tillhör åldersgruppen 4-16 år.

I de data vi fick tillgång till fanns det mellan 1-4 skattningar på varje barn eller ungdom. Eftersom vi analyserar enheten "barn/ungdom", och ville att det skulle finnas samma antal SDQ-skattningar för varje studerat barn, valde vi att endast använda en SDQ-föräldramätning per barn/ungdom. När det fanns skattningar från flera föräldrar har vi i första hand använt mammas skattning. I andra hand användes en skattning från pappan. Att vi prioriterade mammornas skattningar beror på att de var flest i antal. För vissa respondenter förekom det dubletter. I sådana fall raderade vi konsekvent den senare mätningen. När vi tagit bort dubletterna blev det 111 skattningar kvar. Då fanns det alltså en föräldraskattning från i första hand mamman, och i andra hand pappan, på 111 individuella barn.

Av våra 111 analysenheter var 64 pojkar och 46 flickor. Ett barn kände vi inte till kön på. Vi hade 57 barn från Rinkeby-Kista och 54 från Södermalm. Totalt var 99 skattningar gjorda av mamman och 12 av pappan.

4.4 Databearbetning

Vår första frågeställning besvarar vi med hjälp av beskrivande statistik. För att besvara den andra forskningsfrågan använder vi både beskrivande statistik och av sambandsanalyser.

4.4.1 Variabler

Eftersom vi endast har uppgifter om till vilken stadsdelsförvaltning som barnen och ungdomarna har kommit, men saknar data om deras föräldrars inkomster, försörjning, exakt bostadsområde och deras egna uppfattningar om sin sociala status mäts socioekonomiska förhållanden i två

grupper: Södermalm respektive Rinkeby-Kista. *Socioekonomiska förhållanden* mäts alltså som en dikotom variabel, som någon av dessa två stadsdelar.

Frågorna i SDQ kan summeras till sju dimensioner eller delskalor. Det är vanligt förekommande i den forskning som finns kring SDQ att dessa delskalor används i dataanalysen (se bl.a. Lundh et al., 2008; Statens Folkhälsoinstitut, 2011). De sju dimensionerna är:

Totala svårigheter - en summering av alla de frågor i SDQ som gäller svårigheter. 0-40 p.

Känslomässiga besvär - en summering av 5 frågor om svårigheter i SDQ. 0- 10 p.

Uppförandeproblem - en summering av 5 frågor om svårigheter i SDQ. 0-10 p.

Koncentrationsproblem - en summering av 5 frågor om svårigheter i SDQ. 0- 10 p.

Kamratrelationer - en summering av 5 frågor om svårigheter i SDQ. 0-10 p.

Prosocialt beteende - en summering av 5 frågor om styrkor i SDQ. 0- 10 p.

Konsekvenser för vardagslivet - summering av 5 frågor på det aktuella temat. 0-10 p alt. 0-15 p.

I det material vi fick fanns redan värden för sex av dessa delskalor. Vi räknade själva fram värdet på delskalan "konsekvenser för vardagslivet" för varje barn eller ungdom. Denna delskala har i tidigare forskning mätts i två olika skalor (Malmberg et al., 2003). Vi valde att använda skalan 0 - 10 p (så gör även Goodman, 1999, Bøe et al., 2012).

För alla dessa sju delskalor finns s.k. cut-off-gränser (se bl.a. Lundh et al., 2008; Goodman, 1997). De gränserna är framtagna för att dra gränsen mellan vad som anses vara "normala" värden på SDQ och sådana värden som talar för att någon har, eller är i närheten av, en psykiatrisk diagnos. I studier av normalpopulation har man ofta dragit gränsen mellan "normal" och "riskgrupp" vid den 90:e percentilen, dvs. utgått från ett antagande om att cirka 10 % av normalpopulationen barn och ungdomar har en diagnos (Malmberg et al., 2003).

4.4.2 Analys

Frågan om hur den psykiska ohälsan ser ut hos hela gruppen analyseras med hjälp av beskrivande statistik.

För att besvara den första frågeställningen har vi även analyserat hur stor andel av skattningarna som placerar barnen och ungdomarna över cut-off-gränserna. Det anser vi är relevant särskilt eftersom dessa andelar kan jämföras med hur stor andel av en normalpopulation som brukar överskrida cut-off. Här måste vi göra en reservation. Goodman (1997) menar att det kan vara missvisande att jämföra en normalgrupp med en grupp där psykisk ohälsa är markant vanligare med hjälp av cut-off-värden. Man tenderar nämligen att "av statistiska skäl" att underskatta besvaren i gruppen där ohälsa är vanligare. Enligt Goodman bör vidare separata cut-off-värden tas fram för olika kön och åldrar. Goodman menar dock att hans cut-off-gränser kan användas till dess det finns framtagna normalvärden för olika typer av populationer. Såvitt vi vet finns det inga framtagna värden för vad som anses vara "normala" värden på SDQ för den grupp vi studerar, dvs. barn och ungdomar inom socialtjänstens öppenvård. Att jämföra med en normalgrupp är därför den metod som står till buds. Risken med att använda cut-off-värden för normalpopulationen på de aktuella barnen och ungdomarna – som kan antas vara en högriskgrupp - är dock förekomsten av psykisk ohälsa kan underskattas (ibid.).

Vi använde följande tillvägagångssätt för att svara på den andra frågeställningen. Vi tog fram frekvenser över hur stor andel av flickorna respektive pojkarna som skattats över cut-off för varje delskala. På samma sätt har vi gjort för respektive stadsdel. Med hjälp av att göra korstabeller och att testa med Pearson's X^2 har vi sedan undersökt om det fanns ett statistiskt signifikant samband mellan någon av variablerna kön och stadsdel och psykiska problem av en viss svårighetsgrad. Detta har gjorts för att undersöka om skillnaderna mellan grupperna kan bero på slumpen eller om det finns en verklig skillnad mellan dem (Djurfeldt et al., 2010).

4.5 Metoddiskussion

4.5.1 Validitet

Vi ser det som en viktig styrka med den valda metoden att vi använder oss av SDQ-skattningar. SDQ är, som vi tidigare nämnt, ett standardiserat mätinstrument som anses ha hög validitet. Det klarar med andra ord väl av att fånga upp det som medicinskt klassificeras som psykisk ohälsa.

Validiteten hos SDQ har testats upprepade gånger både i Sverige och internationellt (Smedje, 1999; Malmberg et al., 2003; Goodman, 1999). Vi använder instrumentet som det är avsett, dvs. för att mäta förekomsten av psykisk ohälsa i en population. Mot den bakgrunden konstaterar vi att både begreppsvaliditeten (överensstämmelsen mellan teoretisk definition och operationell indikator) och resultatvaliditeten (att vi mäter det vi påstår att mäta) kan antas vara god (jfr Esaiasson, 2007). Dock har tester i tidigare forskning visat att SDQ är bättre på att fånga upp sådan problematik som är vanlig bland pojkar. Detta kan få återverkningar på validiteten på så sätt att flickors problematik tenderar att underskattas. På det hela taget är ändå vår slutsats att instrumentet sannolikt bidrar till en hög validitet i vår studie. När det gäller resultaten kring betydelsen av socioekonomiska förhållanden har vi använt oss av en grov indelning i kategorierna Södermalm och Rinkeby-Kista. Hade vi haft tillgång till individuella data om de barnens och ungdomarnas socioekonomiska förhållanden hade vi kunnat uttala oss med mycket större säkerhet på frågan vilket betydelse socioekonomiska faktorer på individnivå har för psykisk ohälsa bland barn och unga i öppenvård. Däremot har vi större möjlighet att diskutera resultaten med avseende på hur socioekonomi på strukturell nivå kan tänkas ha betydelse för den psykiska ohälsan för öppenvårdens klienter. Att vi överhuvudtaget tar upp frågorna om socioekonomi i denna uppsats beror på att vi anser att det är en intressant aspekt av de data vi fått del av, att de kommer från unga i stadsdelar som – på gruppnivå – skiljer sig så markant när det gäller socioekonomi.

Vi använder oss av sekundärdata. Det kan försämra validiteten i undersökningen av flera anledningar. För det första har vi inte vare sig någon ingående kunskap eller erfarenhet av hur data-inhämtningen gått till. Vi kan därför inte analysera det externa bortfallet och kontrollerat att det inte varit systematiskt (Djurfeldt et al., 2010). Än mindre har vi kunnat korrigera för sådana faktorer. Risken är därför att svar angående en viss ”typ” av barn är underrepresenterat i vårt material. Båda stadsdelarna har dock haft som uttalat mål att SDQ ska fyllas i för alla barn och ungdomar i alla ärenden. För det andra saknar det material vi fått tillgång till uppgift om barnets eller ungdomens ålder. Eftersom ålder anses spela stor roll för förekomsten av psykisk ohälsa begränsar detta avsevärt våra möjligheter att dra säkra slutsatser av våra data.

Enligt vår kännedom finns det inga publicerade forskningsartiklar som behandlar SDQ:s validitet

när det används inom socialtjänsten. Det är möjligt att det finns problem med validiteten som är kopplade till att mätningarna utförs i socialtjänstmiljön. Det kan t.ex. inte uteslutas att barnen och föräldrarna skattar extra högt eller lågt för att visa att de verkligen behöver hjälp, eller av rädsla för att socialtjänsten i slutändan ska omhänderta barnet. Det finns vissa indikationer från socialsekreterare som använder SDQ på att föräldrar i familjer där det förekommer misshandel tenderar att uppge att deras barn mår oväntat bra (Stranz & Wiklund, kommande).

Möjligheter till generaliserbarhet likställs med den s.k. externa validiteten, då beskrivande eller förklarande slutsatser från denna undersökning kan appliceras till en större eller en alternativ grupp (jfr Esaiasson, 2007). Vilka som kommer till öppenvården och vilka av dessa som faktiskt får en insats kan skilja sig åt från enhet till enhet (Sallnäs. M., 2012). Det gör att vi menar att våra resultat måste ses som specifika för just de två öppenvårdsenheter som vi har studerat. Resultaten kan alltså inte generaliseras till ett större område utan får ses som exempel på hur det kan se ut.

4.5.2 Reliabilitet

Reliabiliteten kan minska på grund av slump- eller slarvfel vid datainsamlingen och databearbetningen (Esaiasson, 2007). Det data vi har fått från stadsdelarna har matats in av varje handläggare manuellt i ett dataprogram, och sedan överförts till Excel. Det är inte uteslutet att handläggare på stadsdelarna hade lagt in någon siffra fel. Det är inte heller uteslutet att vi under bearbetningen i SPSS av slarv orsakat fel. För att motverka detta har vi dubbelkollat de kodningar och tabeller som vi själva tagit fram. När vi fick data-filen från stadsdelarna tog vi noga reda på vad varje variabel stod för, och hur stadsdelarna poängsatt respektive fråga och skala. Vi har även testat om våra resultat verkat rimliga, och i ett fall när de inte gjort det har vi noga undersökt varför.

4.5.3 Etiska ställningstaganden

Undersökningen har inte granskats av någon etisk nämnd, och informerat samtycke har inte heller hämtats in från barnen, ungdomarna eller deras föräldrar (Vetenskapsrådet, 2002). Vi har dock endast haft tillgång till avidentifierade uppgifter. Vi redovisar dessutom resultatet på

gruppnivå och använder bara uppgifterna till uppsatsen. Därför menar vi att genomförandet uppfyller Vetenskapsrådets etiska krav om information, konfidentialitet, samtycke och nyttjande.

4.5.4 Metodens begränsningar

Med den kvantitativa metoden får vi endast "siffror" på den psykiska ohälsan i den studerade gruppen. Det ger en överblick och underlättar jämförelser, men samtidigt missar vi de livshistorier, detaljer och de känslor som finns bakom statistiken. Den metod som vi använt fångar inte en mer ingående bild av upplevelser eller erfarenheter av psykisk ohälsa (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi hade också kunnat få upp ögonen för förhållanden som skulle kunna göra det lättare att värdera resultaten, t.ex. hur barnen upplever det att fylla i enkäterna och vad som är psykisk ohälsa för dem. Med andra ord intar vi inte ett sådant helhetsperspektiv som den kvalitativa metoden hade kunnat ge (Larsson et al., 2005).

5 RESULTAT OCH ANALYS

Våra frågeställningar handlar dels om att beskriva hälsan sammantaget för "samtliga barn och ungdomar". Dels handlar de om att undersöka vilka skillnader som finns mellan kön och stadsdel. Vi redovisar dessa delfrågor i tur och ordning och relaterar dem till det som tidigare forskning visar kring förekomsten av psykisk ohälsa. Vi redovisar tabell för tabell hur många som besvarat respektive fråga.

5.1 Den psykiska ohälsan bland öppenvårdens barn och ungdomar

5.1.1 SDQ-resultaten "fråga för fråga"

Vi har sammanställt statistik över hur föräldrarna har skattat sina barns och ungdomars psykiska hälsa, fråga för fråga. Här framgår det hur stor andel av svaren som faller inom kategorierna "stämmer inte", "stämmer delvis" respektive "stämmer helt". En sammanställning av alla 25 grundfrågorna finns i bilaga 1. Instrumentet i sin helhet finns att ladda ned från www.sdqinfo.com.

Oss veterligt finns det inga publicerade resultat från någon liknande grupp att jämföra öppenvårdens barns och ungdomars svar. För den som är intresserad finns dock resultat för hur skoleleverna från Stockholms län (åk 6 och 9 sammantaget) svarade på samma SDQ-frågor i den nationella kartläggningen av barns och ungas psykiska hälsa 2009 (www.statensfolkhalsoinstitut.se). Eftersom de resultaten kommer från självskattningar, som kan skilja sig åt från föräldraskattningar (Van der Meer et al., 2008; Koskelainen et al., 2000) och vi inte känner till åldersfördelningen i vår undersökningsgrupp kommer vi inte att uttala oss om skillnader mellan de två grupperna i denna uppsats.

Några resultat från enskilda frågor om öppenvårdens barn och ungdomar som vi vill peka på är följande. Fler än en fjärdedel blir retade eller mobbade av andra barn (stämmer helt och stämmer delvis sammantaget). Knappt hälften av föräldrarna har svarat att det stämmer åtminstone delvis att deras barn eller ungdom har svårt att sitta stilla. Mer än hälften av föräldrarna svarar att det åtminstone delvis stämmer att deras barn lider av psykosomatiska besvär. Dessa resultat talar i sig för att en stor del av barnen upplever olika typer av psykiska besvär.

5.1.2 Hur stor del av öppenvårdens barn och ungdomar tillhör en riskgrupp?

I det här avsnittet kommer vi att presentera våra resultat kring hur stor andel av öppenvårdens barn och ungdomar som kan tänkas lida av stora psykiska problem.

För att besvara den här frågan delar vi in barnen och ungdomarna i två grupper; de som kan anses ha ”normala” värden på SDQ och de som har så höga värden att de åtminstone kan antas riskera att få en psykiatrisk diagnos. Vi baserar indelningen på de cut-off-gränser som Goodman (1997) och Malmberg et al. (2003) tagit fram efter normalpopulationer i Storbritannien respektive Sverige.

Enligt Goodmans (1997) indelning är det bara 80 % av skattningarna i en normalpopulation som uppskattas visa på ”normala” värden på SDQ. De resterande 20 % av barnen och ungdomarna har poäng som talar för att de antingen riskerar att få en psykiatrisk diagnos eller har så höga poäng att de kan antas redan uppfylla kriterierna för minst en diagnos. Vi kallar den grupp av barn som har värden över denna cut-off-gräns för ”riskgrupp”. Inom riskgruppen ryms med

andra ord både barnen och ungdomarna med förhöjda värden på SDQ och de som skattat så högt att de förmodligen har en diagnos eller skulle få en diagnos efter en psykiatrisk utredning.

Goodman har utgått från hur unga i Storbritannien skattat när han tagit fram sina cut-off-värden. Svenska barn skattar i allmänhet lägre på SDQ (dvs. mår bättre) än barnen i Storbritannien (Malmberg et al., 2003). Om öppenvårdens barn och ungdomar skattar lika högt som de brittiska kan det därför tolkas som att de mår sämre än svenska barn normalt gör.

För att höja säkerheten i våra resultat presenteras även hur stor andel av den undersökta gruppen som ligger över de cut-off-gränser som Malmberg et al. (2003) tagit fram. Malmbergs et al. värden är framtagna från föräldraskattningar av en svensk normalpopulation i åldern 5-14 år. Med Malmbergs et al. cut-off-värde för ”Totala svårigheter” skattade 15 % av deras normalpopulation över gränsen för vad som anses normalt. Vi använder samma begrepp för de barn och ungdomar som placeras över Malmbergs et al. cut-off-gräns; nämligen att de tillhör en riskgrupp.

Tabell 2. Andel över cut-off, samtliga barn och ungdomar.

Samtliga barn, N=111, bortfall=6, bortfall på ”Konsekvenser för vardagslivet” = 37.

	Andel (%) över cut-off enl. Malmberg	Andel (%) över cut-off enl. Goodman
Totala svårigheter	47	31
Känslomässiga besvär	55	41
Hyperaktivitet/ koncentrationssvårigheter	49	21
Kamratrelationer	45	29
Uppförandeproblem	35	35
Prosocialt beteende	31	14
Konsekvenser för vardagslivet	85	85

Oavsett om vi väljer att utgå från Goodmans eller Malmberg et al cut-off-värden blir resultatet att en hög andel av öppenvårdens barn och ungdomar placeras över gränsen. Detta resultat talar för att en hög andel av öppenvårdens barn och ungdomar har tydlig psykisk ohälsa som den är definierad i denna uppsats.

Om vi undersökt hur svenska barn och ungdomar i allmänhet mått hade vi kunnat förvänta oss under 20 % skattat över Goodmans cut-off-gränser. Som vi ser i Tabell 2 är andelen som skattat högre än cut-off över 20 % för alla skalor som gäller svårigheter bland öppenvårdsenheternas barn och ungdomar.

Medan 15 % av Malmbergs et al normalpopulation skattade över cut-off för "Totala svårigheter" gör omkring hälften av den grupp vi studerat det. Andelen av öppenvårdens barn och ungdomar som överskrider gränsvärdena är påfallande stor för alla svårighetsskalor. De allra vanligaste problemen är känslomässiga besvär och hyperaktivitet-koncentrationssvårigheter.

5.1.3 Spridningen i psykisk ohälsa inom gruppen

För att få en fördjupad bild av hur stor den psykiska ohälsan är i den studerade gruppen presenterar vi nu hur poängen på delskalan "Totala svårigheter" fördelas inom hela undersökningsgruppen (Tabell 3). Eftersom tabellen gäller totala svårigheter ingår alla de fyra svårigheterna (uppförande, kamrat, hyperaktivitet och känslomässiga).

Vi konstaterar att spridningen inom gruppen är ganska stor. Den högsta skattade observationen är 29 av 40 möjliga poäng. Den lägsta är 0 p. Att spridningen i gruppen är hög kan innebära att öppenvårdsenheterna möter en ganska heterogen grupp. Det finns ett högt antal skattningar som anger låga värden, vilket indikerar att många av barnen troligtvis inte lider av psykisk ohälsa. Dock är det inte uteslutet att vissa av de låga skattningarna kan bero på att föräldrarna inte vill uppge för socialtjänsten att deras barn har svårigheter. Totala svårigheter är en skala som slår samman de olika svårigheterna i SDQ. De barn och ungdomar som har högst poäng kan ha problem inom flera områden.

Som referenspunkter när de vi ser på de högre skattningarna kan följande cut-off-värden användas:

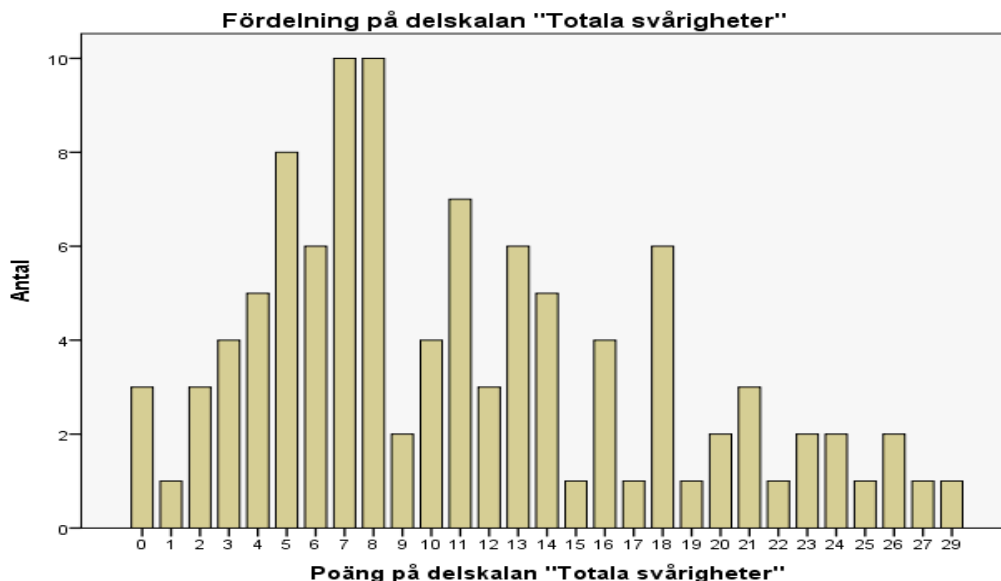
- Enligt Malmberg et al. (2003) innebär en skattning på minst 11 poäng att man tillhör en riskgrupp.

- Goodman (1997) drar gränsen för det vi kallar riskgrupp vid minst 14 poäng.
- Goodman (1997) har dessutom en högre cut-off-gräns som går vid 17 poäng. Den som har minst 17 p skulle enligt hans uppskattning sannolikt få minst en psykiatrisk diagnos om han eller hon genomgick en psykiatrisk utredning.

Vi konstaterar att det är en hög andel av skattningar som anger mycket höga poäng. Cirka 20 % har skattat minst 17 p, vilket motsvarar Goodmans gräns för att man kan antas ha en psykiatrisk diagnos. Det är alltså dubbelt så stor andel som Goodman funnit brukar få en diagnos i en normalpopulation. Enligt våra resultat kan alltså uppskattningsvis en femtedel de barn och ungdomar som vi undersökt ha minst en diagnos.

Ungefär hälften av de studerade barnen och ungdomarna inom öppenvården befinner sig i en riskgrupp efter Malmbergs cut-off-gräns (11 p). Malmberg fann, som vi tidigare nämnt, att 15 % av svenska barn i en normalpopulation brukar skatta över 11 p. Vi anser mot den bakgrunden att våra resultat talar för att en mycket större andel av öppenvårdens barn och ungdomar lider av en psykisk ohälsa som är betydligt större än den i normalpopulationen.

Tabell 3. Fördelning på delskalan "Totala svårigheter". N=111. Bortfall=6



5.1.4 Konsekvenser för vardagslivet

Eftersom en mycket hög andel av den undersökta populationen skattar över cut-off på delskalan om konsekvenser för vardagslivet går vi nu närmare in på hur resultaten fördelar sig i den delen. Den här skalan kan säga något om hur mycket de aktuella barnen och ungdomarna lider av de svårigheter de har. Det här knyter an till det som vi har skrivit i det om det medicinska perspektivet (se 2.2.1) om när någon kan tänkas behöva professionell hjälp. Enligt ett synsätt bör den enskildes personliga upplevelse av om vardagen fungerar eller inte vara avgörande för om han eller hon bör söka professionell hjälp och kan tänkas ha nytta av att få en diagnos eller inte.

Skalan om konsekvenser i vardagslivet kan också ge socialtjänsten information om hur deras klienter upplever sina behov av stöd och hjälp. Skalan möjliggör alltså att den subjektiva upplevelsen kring stödbehovet kommer fram.

Dessutom är det möjligt att denna delskala, även om det inte är avsett att göra det, kan fånga vissa svårigheter som inte täcks av de andra dimensionerna. Till exempel är det tänkbart att en förälder som inte ser sitt barns svårigheter som psykiska utan menar att familjen är hos socialtjänsten pga. missbruk i familjen, ändå kryssar i att svårigheterna får allvarliga konsekvenser i vardagslivet för barnet.

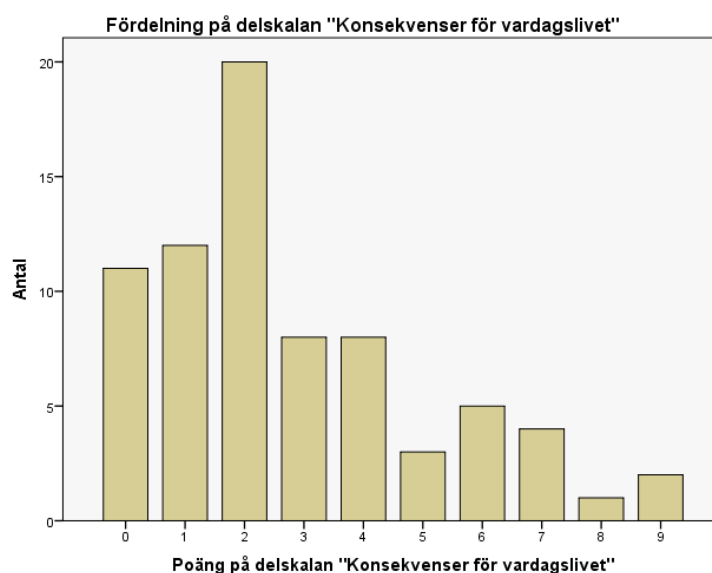
Det är bara 68 av de 105 respondenter som besvarade de första 25 frågorna som har besvarat frågorna om konsekvenser för vardagslivet. Det beror på att övriga inte ansåg att deras barn eller ungdom hade några problem. Frågan om problemens påverkan på vardagslivet var då inte tillämplig för dem.

Av de föräldrar som besvarade frågan skattade hela 85 % så att deras barn eller ungdom placerades över cut-off-gränsen för konsekvenser i vardagslivet. Andelen barn och ungdomar över cut-off utgör mer än hälften samtliga 105 barn och ungdomar, vilket får anses vara en mycket stor andel.

Vi ser det som en varningsklocka när föräldrarnas skattning överskrider cut-off på denna skala. Det

talar för att barnet, eller dess föräldrar, upplever en hög belastning i vardagslivet. De mest problematiska områdena är enligt föräldrarna hemmet/familjen och skolarbetet. En lägre andel upplever att svårigheterna stör barnets vardagsliv med kamrater och vid fritidsaktiviteter. För att få ökad förståelse för hur allvarliga konsekvenser för vardagslivet som föräldrarna skattar redovisar vi i Tabell 4 hur skattningarna av konsekvenser för vardagslivet fördelar sig. En relevant referenspunkt här är att skattningar om 2 p eller mer tyder på att barnen har stora problem i sin vardag enligt både Goodmans (1997) och Malmberg et al. (2003) gränser.

Tabell 4. Fördelning på delskalan ”Konsekvenser för vardagslivet”



Vi vill påpeka att det är en ganska stor skillnad i den andel som passerat cut-off för delskalan totala svårigheter (en tredjedel) och den del som gjort det gällande konsekvenser för vardagslivet (mer än hälften). En möjlig förklaring kan vara att en hög andel av de barn och ungdomar som kommer till öppenvården upplever vardagen som så påfrestande att de vill ha hjälp. Det kan vara så oavsett om de passerat cut-off på någon eller några delskalor i SDQ eller inte. Det skulle kunna bero på att de upplever problem som inte täcks av SDQ som får dem att skatta högt på frågorna om konsekvenser för vardagslivet. Skattningarna kan alltså möjligtvis tolkas som ett mer allmänt uttryck för svårigheter i barnets eller ungdomens vardag, som kan vara av mer social natur än psykiatrisk. Detta har att göra med om det psykiatriska bedömningsinstrument SDQ

verkligen fångar de problem som socialtjänstens population erfar. En annan möjlighet är att föräldrarna upplever barnets eller ungdomens svårigheter som belastande även när de skattat under gränsvärdena på respektive delskala.

För att inte förstora betydelsen av detta resultat vill vi påpeka att det med Goodmans (1997) cut-off-gräns räcker att föräldern skattat att svårigheterna stört barnets vardagsliv ”ganska mycket” inom en arena (hemma, med kamrater, i skolan eller på fritiden) alternativt att barnet oroas ”ganska mycket” av sina svårigheter för att gränsen ska vara passerad.

5.2 Skillnader som har samband med kön och socioekonomi

Vi vill nu besvara frågeställningarna om ifall det finns skillnader i psykisk ohälsa som har samband med kön och vilken stadsdel barnet eller ungdomen tillhör (socioekonomiska förhållanden). För att undersöka könsskillnader har vi beräknat hur stor andel av flickorna respektive pojkarna som skattat så högt att de passerar cut-off, dvs. skattar på ”risk-nivå” eller sämre. Gränserna från cut-off togs både från Goodman (1997) och från svenska Malmberg et al. (2003), så att vi kunde se om det blev någon skillnad beroende på vilka värden vi utgick från. Vi har på samma sätt undersökt hur stor andel av barnen från respektive stadsdel som skattat högre än normalt. I båda fallen har vi prövat om skillnaderna är signifikanta med s.k. chi-2-test (se Djurfeldt et al., 2010).

5.2.1 Könsskillnader

Resultaten av undersökningarna om samband mellan kön och stadsdel och psykisk ohälsa i sin helhet finns i Tabell 5 och 6. Baserat på den tidigare forskningen kunde vi förvänta oss att flickorna skulle ha signifikant mer känslomässiga problem än pojkar. Hyperaktivitet-koncentrationssvårigheter kunde antas vara signifikant vanligare bland pojkar. Våra resultat (se Tabell 5) ger dock inte stöd för att sådana skillnader finns även i den grupp som vi har undersökt. Visserligen fanns det en högre andel pojkar än flickor som passerade gränsen för cut-off på uppförandeproblem, totalsvårigheter och hyperaktivitet. Men chi-2-testen visade att skillnaderna inte var statistiskt signifikanta med 95 % säkerhet, utan med hög sannolikhet kunde bero på slumpen.

Det är ett oväntat resultat att vi knappt hittar några statistiskt signifikanta samband mellan kön och psykisk ohälsa. Som väntat är dock tendensen att flickor tenderar att ha mer problem med känslomässiga besvär, medan hyperaktivitet-koncentrationssvårigheter är vanligare bland pojkar. Resultatet blir detsamma med både Goodmans (1997) och Malmberg et al (2003) cut-off-gränser.

Det finns dock ett statistiskt signifikant samband mellan att vara pojke och att ha bristande prosocialt beteende. Det är med andra ord betydligt fler flickor än pojkar som, enligt föräldraskattningarna, är hjälpsamma och hänsynsfulla mot andra.

Tabell 5. Andel barn som ligger över cut-off. Kön.

Delskalor	Andel (%) över cut-off enl. Malmberg			Andel (%) över cut-off enl. Goodman		
	Flicka (n=44)	Pojke (n=60)	P-värde	Flicka (n=44)	Pojke (n=60)	P-värde
Totalsvårigheter	43,2	48,3	0,603	27,3	35,0	0,403
Känslomässiga	61,4	51,7	0,325	47,4	36,7	0,258
Uppförande problem	27,3	40,0	0,178	27,3	40,0	0,178
Kamratrelationer	43,2	46,7	0,724	29,5	28,3	0,893
<i>Hyperaktivitet</i>	43,2	51,7	0,392	13,6	25,0	0,154
Prosocialt beteende	18,2	38,3	0,026*	4,5	21,7	0,014*
Konsekvenser för vardagslivet ¹	81,2	87,8	0,437	81,2	87,8	0,437

* P<0,05

¹ Frågan var endast tillämplig för 41 pojkar och 32 flickor.

5.2.2 Socioekonomiska skillnader

Invánarna i Rinkeby-Kista och Södermalm har väldigt olika socioekonomiska förutsättningar på stadsdelsnivå (se avsnitt 2.5.2). Våra resultat ger inte något stöd för att den generellt mer belastade miljön i Rinkeby-Kista avspeglar sig i att andelen barn och ungdomar hos öppenvården

som har stora psykiska problem är större där än i stadsdelen Södermalm (se Tabell 6).

I båda öppenvårdsenheterna är andelen barn och ungdomar som överskrider cut-off-gränserna hög. Andelarna skiljer sig något åt mellan olika typer av svårigheter. Vi ser ingen generell tendens att öppenvården i en viss stadsdel verkar tyngre belastad än den andra.

Vi har endast hittat ett statistiskt signifikant samband mellan stadsdelarna och delskalorna på SDQ. Det gäller delskalan kamratrelationer. Att tillhöra stadsdelen Rinkeby-Kista är på gruppnivå förknippat med sämre kamratrelationer. Det är dubbelt så hög andel av barnen och ungdomarna från Rinkeby-Kista än från Södermalm som är på risknivå eller sämre när det gäller kamratrelationer. I övrigt kan vi inte belägga att det finns något samband mellan att tillhöra en viss stadsdel och att ha en viss typ av problematik, eller problematik på en viss nivå.

Tabell 6. Andel barn som ligger över cut-off. Stadsdel.

Stadsdel/ delskalor	Andel (%) över cut-off enl. Malmberg			Andel (%) över cut-off enl. Goodman		
	RK (n=52)	Södermalm (n=53)	P-värde	RK	Södermalm	P-värde
Totalsvårigheter	51,9	41,5	0,285	32,7	30,2	0,782
Känslomässiga	50,0	60,4	0,285	38,5	43,4	0,607
Uppförande problem	28,8	41,5	0,174	28,8	41,5	0,174
Kamratrelationer	51,9	37,7	0,144	38,5	18,9	0,026*
<i>Hyperaktivitet</i>	55,8	41,5	0,144	19,2	22,6	0,668
Prosocialt beteende	25,0	35,8	0,227	13,5	15,1	0,811
Konsekvenser för vardagslivet ²	79,4	90,0	0,202	79,4	90,0	0,202

* P<0,05

² Frågan var endast tillämplig för 34 barn i Rinkeby-Kista och 40 på Södermalm.

Sammanfattningsvis har vi inte funnit några markanta skillnader som beror på vilket kön barnet och ungdomen har eller till vilken stadsdel som han eller hon hör.

6 ANALYS

I detta avsnitt kommer våra huvudresultat analyseras med hjälp av utvecklingsekologi. Vi sammanfattar även hur våra resultat förhåller sig till tidigare forskning, vilket vi redan delvis redan beskrivit löpande i föregående avsnitt.

Enligt den utvecklingsekologiska teorin utvecklas barnets psykiska hälsa i interaktioner mellan barnet och barnets egna närmiljöer, som hemmet, skolan, fritiden osv. Även interaktioner på meso- exo- och makronivå kan påverka barnets utveckling.

Vi har konstaterat att öppenvårdens barn och ungdomar förefaller vara en högbelastad grupp i båda stadsdelarna, och för båda könen.

Bara det faktum att deras familjer befinner sig hos socialtjänsten kan tala för att barnen och ungdomarna är utsatta för olika typer av sociala problem och påfrestningar. Att de behöver hjälp från öppenvården kan tolkas som att familjens "mikrosystem" behöver stödjas för att kunna erbjuda barnet eller ungdomen det som han eller hon behöver för att utvecklas väl. Att det finns brister på mikronivå kan i sin tur bero på interaktioner även på de övriga nivåerna. Hade konjunkturen varit bättre, arbetslösheten lägre, och hade det stöd som skola och barnomsorg och sjukvård samt släkt och vänner kunnat erbjuda familjerna både i Södermalm och Rinkeby-Kista varit större, hade en del av dem troligtvis kunnat klara sig utan socialtjänsten.

Enligt vår mening är den höga psykiska ohälsan hos denna grupp tyvärr inte särskilt förvånande utifrån den utvecklingsekologiska teorin. Med Bronfenbrenners terminologi kan barnen och ungdomarna ha haft sämre möjligheter att utvecklas hälsosamt eftersom deras omgivande ekologiska miljöer varit belastade av sociala problem. Det är värt att poängtera att barnen och ungdomarna inte är hos socialtjänsten med anledning av en psykiatrisk diagnos, eftersom det är sjukvården som är huvudansvariga för psykiatriska besvär. I stället kan vi befara att barnen och ungdomarna är dubbelt drabbade av dels sociala problem som våld i hemmet, missbruk, fattigdom och kriminalitet samtidigt som de dessutom utvecklat psykisk ohälsa. Dock kan även det faktum att barnen och ungdomarna har psykiska svårigheter även ha bidragit till att belastningen i mikrosystemet blivit så hög att föräldrarna inte klarat av att hantera situationen,

och har anmälts till socialtjänsten.

Ett sätt att tillämpa det utvecklingsekologiska perspektivet på vår frågeställning kring socioekonomi hade kunnat vara att göra följande antaganden: Fler barn och ungdomar i Rinkeby-Kista kan förväntas ha en låg psykisk hälsa än i Södermalm. De unga i Rinkeby-Kista har nämligen färre möjligheter att utvecklas pga. att de lever i en stadsdel som har sämre socioekonomiska förutsättningar. På mikronivån kan många barn och ungdomar i Rinkeby-Kista drabbas av oro för familjens ekonomi. Kanske har färre av barnen i Rinkeby-Kista råd att delta i organiserade fritidsaktiviteter som hade kunnat stimulera deras utveckling? Vi skulle också kunna anta att barnen drabbas av områdets relativa fattigdom genom interaktioner på meso- och exonivå, vilka påverkar dem indirekt. Kanske fungerar kontakterna mellan hem och skola generellt sämre i det socioekonomiskt mer utsatta området? Det skulle kunna leda till färre chanser att utvecklas och större psykisk ohälsa. Arbetslöshet och svag ekonomi skulle kunna påverka barnens interaktion på exonivån genom att rädslan för bli av med jobbet ökar på barnets föräldrars arbetsplatser, vilket i sin tur påverkar hur föräldrarna orkar stötta sitt barn i hemmet osv. Detta leder till att det är vanligare att de barn och ungdomar som är i kontakt med socialtjänstens öppenvård i den stadsdelen har en låg psykisk hälsa än i stadsdelen Södermalm.

Våra resultat stämmer inte överens med detta antagande när det gäller variabeln socioekonomiska förhållanden. Enligt våra resultat finns det inga signifikanta skillnader mellan stadsdelarna beträffande andelen barn och ungdomar med öppenvårdsinsatser som hamnar över cut-off. I stället har vi konstaterat att öppenvårdens barn och ungdomar förefaller vara en högbelastad grupp i båda stadsdelarna.

Detta skulle kunna tolkas som att socioekonomi inte spelat någon roll för utvecklandet av psykisk ohälsa för vår population. Vi anser dock att det är en alldeles för förhastad slutsats, och att några tvärsäkra slutsatser kring vad resultatet beror på inte kan dras. Vi måste enligt den utvecklingsekologiska teorin (Bronfenbrenner, 1979) lära känna de aktuella barnen och ungdomarna och deras livsomständigheter bättre för att kunna uttala oss om troliga orsaker.

Vi vill ändå tillåta oss att spekulera lite i den här delen. Vår undersökning gäller inte hur stor del

av barnen och ungdomarna i de aktuella stadsdelarna i stort som lider av psykisk ohälsa, eller är drabbade av sociala problem. Vårt fokus ligger endast på de barn och ungdomar som faktiskt kommer i kontakt med öppenvårdsenheterna. Det kan vara så att det totalt sett är vanligare bland barn och ungdomar i stadsdelen Rinkeby-Kista att lida av psykisk ohälsa än bland deras jämnåriga i Södermalm, men att detta inte avspeglas i sammansättningen av besökare hos socialtjänstens öppenvård. Många familjer i Södermalm som lider av sociala problem och vars barn har psykisk ohälsa kanske, med hjälp av stödjande nätverk och tillgång till egna resurser, klarar sig utan socialtjänsten. Kanske är det därför till stor del de familjer som är värst drabbade där som kommer i kontakt med öppenvården? Motsatsvis kanske resursbrist på mikro- och exonivå bland familjerna i Rinkeby-Kista gör att ribban för att de ska anmälas till socialtjänsten är lägre. Just Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning är den stadsdel där störst del av den unga befolkningen blir anmälda till socialtjänsten (Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning, 2012).

Enligt Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning (2012) är vidare misstron mot bl.a. socialtjänsten hög bland många familjer i den stadsdelen. Det är mot den bakgrunden troligt att många familjer där tackar nej till att få hjälp från öppenvården, eller avstår att berätta om de svårigheter som deras barn och ungdomar har när de fyller i SDQ-enkäter. Med andra ord kan det finnas kommunikationssvårigheter på exonivå mellan deras olika närmiljöer; bl.a. mellan hem och skola, och mellan hem och socialtjänst.

Psykisk ohälsa verkar vara ungefär lika vanlig i den studerade gruppen oavsett kön. Vi ser en tendens till att de könsmonster som tidigare forskning funnit visar sig även i våra resultat. Känsломässiga besvär är vanligare bland flickor och hyperaktivitet-koncentrationssvårigheter vanligare bland pojkar. Att barnen utvecklats så kan - spekulativt - tolkas som att dessa könsroller förstärkts av interaktioner på alla de fyra nivåer som Bronfenbrenner nämner.

Baserat på våra resultat vore det intressant att undersöka vidare *hur* barns och ungdomarnas ekologiska system ser ut och hur de påverkas av faktorer som kön, socioekonomiska förhållanden, etnicitet osv. (jfr Bronfenbrenner, 1979; Andersson, 2002).

7 DISKUSSION

Syftet med denna uppsats har varit att beskriva förekomsten av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar som är i kontakt med socialtjänstens öppenvård, samt att undersöka om det finns skillnader i psykisk ohälsa bland dem som har samband med kön eller socioekonomiska förhållanden. Barn och ungdomar inom öppenvården verkar vara en heterogen grupp när det gäller psykisk ohälsa. Vårt viktigaste fynd är att andelen barn och ungdomar som lider av stor psykisk ohälsa är betydligt högre bland de barn och ungdomar som besöker öppenvården i Rinkeby-Kista och Södermalms stadsdelsförvaltningar än bland en normalgrupp. Det har visat sig att det funnits få statistiskt signifikanta samband mellan kön och socioekonomiska förhållanden och psykisk ohälsa av en viss typ eller svårighetsgrad.

Tidigare forskning talar för att barn och ungdomar i Sverige i stort generellt mår bra, men att det kan ha skett en generell försämring av den psykiska ohälsan det senaste decenniet. Det finns även skillnader i psykisk ohälsa som beror på kön och socioekonomi. Våra resultat tillför en ny preliminär bild av en grupp vars psykiska hälsa till stor del är outforskad. Vår huvudslutsats, att psykisk ohälsa verkar vara vanligare bland öppenvårdens barn och ungdomar, än bland normalpopulationen, talar för att denna grupp förtjänar ett eget fokus i forskningen. Studerar man endast skolbarnens psykiska ohälsa kommer inte denna specifika grupp fram. Att den grupp barn och ungdomar som möter socialtjänstens öppenvård ofta lider av psykisk ohälsa bör enligt oss leda till en diskussion om vilken typ av hjälp de kan behöva. I de fall där barnen och ungdomarna inte redan har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ska kanske det övervägas. Enligt Stranz och Wiklund (kommande) finns det ännu inga etablerade rutiner för remittering till BUP vid de aktuella öppenvårdsenheterna.

När våra resultat tolkas och värderas är det viktigt att notera att det finns några brister i tillvägagångssättet som gör att osäkerheten kring dem är relativt hög. I det undersökta materialet saknas det uppgift om åldersfördelningen i de undersökta grupperna. Vidare är det externa bortfallet - den andel som inte fyllt i SDQ-enkäterna - inte känt. Socioekonomiska förhållanden mäts med ett mycket grovt mått. Det kan ha påverkat resultaten kring att vi inte hittat mer än ett par statistiskt signifikanta skillnader gällande kön och socioekonomiska förhållanden.

Förutom dessa svagheter menar vi att den valda metoden i allmänhet, att besvara frågorna med hjälp av analyser av data från SDQ, är väl lämpad. Att vi använder oss av det standardiserade bedömningsinstrumentet SDQ gör våra resultat användbara. Genom att det finns många tidigare studier där SDQ använts har vi haft tillgång till studier att jämföra med. Det har möjliggjort slutsatsen att öppenvårdens barn och ungdomar är en tungt belastad grupp.

Bronfenbrenners teori kastar ljus på behovet av vidare forskning kring *hur* barnen och ungdomarnas psykiska hälsa utvecklas, och vilken roll kön och socioekonomi spelar i de processerna. Vår studie fångar inte detta. Vi känner inte heller till vilka barn som faktiskt kommer till socialtjänstens kännedom. Den tidigare forskningen talar för att det finns skillnader i psykisk hälsa som beror på socioekonomi, men vi hittar inga sådana bevis i vår studie. Kanske befinner sig många av de barn och ungdomar som lider av psykisk ohälsa i Rinkeby-Kista någon annanstans än inom öppenvården?

Baserat på våra resultat kan det också diskuteras om det kan finnas andra skattningsinstrumentet än SDQ som är ännu lämpligare att använda för barn som är i kontakt med socialtjänsten. Att över hälften av föräldraskattningarna placerar barnen i en riskgrupp när det gäller skalan ”konsekvenser för vardagslivet” medan endast en tredjedel av barnen tillhör en riskgrupp när det gäller ”Totala svårigheter” indikerar att föräldrarna kan ha vägt in även andra belastningar än barnets psykiska svårigheter när de besvarat dessa frågor. Kanske rapporterar föräldrarna att barnets svårigheter får större konsekvenser i familjer som är drabbade av sociala problem? I sådana fall kanske de sociala problemen och de svårigheter de orsakar för barnen fångas upp bättre med ett annat skattningsinstrument.

Som vi har antytt tidigare menar vi att kvalitativ forskning bör kunna tillföra mycket kring hur psykisk ohälsa påverkas av de samspel som sker i barnens omgivning. Sådana studier kan ge en förståelse för barnets subjektiva upplevelse och för de kulturer och samspel som påverkar det. Även kvantitativ forskning kan bidra till insikter kring vilka miljöfaktorer som är viktiga för barns och ungdomars psykiska utveckling. Det kan finnas ett stort behov av mer kvantitativ forskning kring hur socialtjänstens besökare mår psykiskt i förhållande till andra grupper. Man

kan tänka sig kvantitativa undersökningar baserade på bedömningsinstrument som betonar olika aspekter av psykisk hälsa, med varierade val av respondenter (självskattningar, föräldraskattningar, lärarskattningar) och där hänsyn tas till bakgrundsvariabler som kön, ålder, socioekonomi. Sådan forskning blir meningsfull om resultaten används för att införa praktiska förbättringar för de enskilda barn och ungdomar som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa.

REFERENSER

- Anckarsäter H, Larson T, Hansson SL, Carlström E, Ståhlberg O, Gillberg C, Råstam M, Gillberg C, Lichtenstein P. (2008). Child neurodevelopmental and behavioral problems are intercorrelated and dimensionally distributed in the general population. *The Open Psychiatry Journal* 2008;2:5-11.
- Andersson, G. (2002). Utvecklingsekologi och sociala problem. I Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.). *Perspektiv på sociala problem* (s.185-198). Stockholm: Natur och kultur.
- Andersson, G., Grahn, O. & Swärd, H. (2010). *Vara utan: en skrift om barn och fattigdom*. Malmö: Égalité
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Barnpsykiatrikommittén (1998). *Det gäller livet: stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem: slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Barnpsykiatrikommittén (1997). *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa: delbetänkande*. Stockholm: Fritze.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- Bøe, T., Øverland, S., Lundervold, A., & Hysing, M. (2012). Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47(10), 1557-1566.
- Canino, G., Shrout, PE., Rubio-Stipec M et al. (2004), The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 61: 85Y93
- Chmura Kraemer, H., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal Of Psychiatric Research*, 38(1), 17. doi:10.1016/S0022-3956(03)00097-9
- Dal, Henrik (2008). *Att mäta barns psykiska hälsa: metod och resultat*. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistisk verktygslåda 1: samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Dunerfeldt, M., Elmund, A.M.R. & Söderström, B. (2010). *Bedömningsinstrument inom BUP i Stockholm: kartläggning och faktasammanställning*. Stockholm: Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting.
- Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E., Goodman, R., & Skovgaard, A. (2010). The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5–7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen Child Cohort 2000. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(9), 725-735. doi:10.1007/s00787-010-0110-z
- Esaiasson, P. (2007). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. (3., [rev.] uppl.) Stockholm: Norstedts juridik.
- Fangen, K. & Sellerberg, A. (red.) (2011). *Många möjliga metoder*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Forkby, T. (2006). *Öppenvårdens former: en nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 38: 581-586.
- Goodman, R., Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is Small Beautiful? *Journal of Abnormal Psychology*. 27: 17-24.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-134
- Goodman, R. R., Ford, T. T., Simmons, H. H., Gatward, R. R., & Meltzer, H. H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review Of Psychiatry*, 15(1/2), 166.
- Goodman R, Slobodskaya H, Knyazev G (2005b), Russian child mental health-a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14:28Y33
- Goodman, A., Heiervang, E., Fleitlich-Bilyk, B., Alyahri, A., Patel, V., Mullick, M., & ... Goodman, R. (2012). Cross-national differences in questionnaires do not necessarily reflect comparable differences in disorder prevalence. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47(8), 1321-1331. doi:10.1007/s00127-011-0440-2
- Hagquist, C. (2007). The psychometric properties of the self-reported SDQ – An analysis of Swedish data based on the Rasch model. *Personality & Individual Differences*, 43(5), 1289-1301. doi:10.1016/j.paid.2007.03.022
- Hawthorne, S. (2010a). Embedding values: how science and society jointly valence a concept—the case of ADHD. *Studies In History & Philosophy Of Biological & Biomedical Sciences*, 41(1), 21-31. doi:10.1016/j.shpsc.2009.12.005

Hawthorne, S. (2010b). Institutionalized Intolerance of ADHD: Sources and Consequences. *Hypatia*, 25(3), 504-526. doi:10.1111/j.1527-2001.2010.01113.x

Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M., & ... Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447. doi:10.1097/chi.0b013e31803062bf

Hejlskov Jørgensen, B., Veje, H. & Beier, H.M. (2012). *Utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar och psykisk sårbarhet: om annorlunda barn*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Helzer JE; Kraemer HC; Krueger, R. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological Medicine*, 36(12), 1671-1680.

Johansson, A., Brunnberg, E., & Eriksson, C. (2007). Adolescent Girls' and Boys' Perceptions of Mental Health. *Journal Of Youth Studies*, 10(2), 183-202. doi:10.1080/13676260601055409

Jones, K. (2012). Dimensional and Cross-Cutting Assessment in the DSM-5. *Journal Of Counseling & Development*, 90(4), 481-487. doi:10.1002/j.1556-6676.2012.00059.x

Jonsson, J. O., & Låftman, S. B. (2001). Boende, närmiljö och trygghet. In J. O. Jonsson & V. Östberg (red.), *Barns och ungdomars välfärd* (s. 155–181). Stockholm: Fritzes.

Jonsson, J. O. & Östberg, V. (2010). Studying Young People's Level of Living: The Swedish Child-LNU. *Child Indicators Research*. January 2010, Volume 3, Issue 1, pp 47-64

Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology Of Health & Illness*, 31(2), 278-299. doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x

Klefbeck, J. & Ogden, T. (2003). *Barn och nätverk: ekologiskt perspektiv på barns utveckling och nätverksterapeutiska metoder i behandlingsarbete med barn*. (2., [omarb.] uppl.) Stockholm: Liber.

Koskelainen M, Sourander A, Kaljonen, A (2000) The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school aged children and adolescents, submitted for publication. *European Child and Adolescent Psychiatry* 9:277± 284

Kungliga vetenskapsakademien (2011). *Arbetsmetodik och resultat*. Stockholm: Kungliga vetenskapsakademien.

Hämtad från

http://www.buph.se/download/18.519b8f6b132ea9f0892800014321/KVA_Halsoutsrottet_Uttalade_ArbetsmetodikResultat.pdf

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Landstedt, E. (2010). *Life circumstances and adolescent mental health [Elektronisk resurs] : perceptions, associations and a gender analysis*. Diss. Sundsvall : Mittuniversitetet, 2010. Sundsvall.
- Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (red.) (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundh, L., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 49(6), 523-532.
- Lundström, T. & Vinnerljung, B. (2001). *Omhändertagande av barn under 1990-talet. Välfärdstjänster i omvandling : antologi från Kommittén Välfärdsbokslut*. (S. 289-336).
- Malmberg, M., Rydell, A., & Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal Of Psychiatry*, 57(5), 357.
- Marcus, D. K., Norris, A. L., & Coccaro, E. F. (2012). The latent structure of attention deficit/hyperactivity disorder in an adult sample. *Journal of Psychiatric Research*, 46(6), 782-789. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.010>
- Mellsop, G., Menkes, D., & El-Badri, S. (2007). Releasing psychiatry from the constraints of categorical diagnosis. *Australasian Psychiatry*, 15(1), 3-5. doi:10.1080/10398560601083134
- Moksnes, U. K., Rannestad, T., Byrne, D. G., & Espnes, G. A. (2011). The association between stress, sense of coherence and subjective health complaints in adolescents: sense of coherence as a potential moderator. *Stress & Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 27(3), e157-e165. doi:10.1002/smi.1353
- Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Hägglöf B. (2010) *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet.
- Richter, J., Sagatun, A., Heyerdahl, S., Oppedal, B., & Roysamb, E. (2011). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)--Self-Report. An Analysis of Its Structure in a Multiethnic Urban Adolescent Sample. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 52(9), 1002-1011.
- Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning (2012). *Rapport om socialtjänstens arbete med barn och ungdom*. E-dokument. Nedladdad 2012-12-30

Sallnäs, M., Wiklund, S. & Lagerlöf, H. (2010). Social barnavård ur ett välfärdsperspektiv: Ekonomiska och materiella resurser, psykisk hälsa och tillgång till socialt stöd för ungdomar i familjehem och institutioner. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 17(1), 5-27.

Sallnäs, M., (2012) i Höjer, I., Sallnäs, M. & Sjöblom, Y. (red.) (2012). *När samhället träder in: barn, föräldrar och social barnavård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010). *SBU-rapporter 10*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Shannon D. (2011). *Follow-up of youths admitted to SiS youth care facilities 1997–2001*. Institutionsvård I fokus nr 4 2011. Stockholm: Statens institutionsstyrelse

Smedje, H. H., Broman, J. E., Hetta, J. J., & von Knorring, A. L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(2), 63.

Socialstyrelsen (2012). *Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – en undersökning om omfattning och regionala skillnader*.

Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-27>

Socialstyrelsen (2010). *Södermalmsprojektet – ett försök att implementera evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-10-21>

Socialstyrelsen, 2012a, *Socialstyrelsens granskning av SDQ* (pdf).

Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/sdq>

Statens folkhälsoinstitut (2011). *Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga: resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut (2011a). *Social health inequalities in Swedish children and adolescents - a systematic review, second edition*.

Hämtad från <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Social-health-inequalities-in-Swedish-children-and-adolescents--a-systematic-review-second-edition/>

Stranz, H. & Wiklund, S., /.../ (kommande)

Sundell, K. (2004). *Socialtjänstens barn [Elektronisk resurs]: hur många är de, vilka är insatserna, hur ofta återaktualiseras de och vad händer dem i vuxen ålder? / Knut Sundell ...* Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen.

Sverige. Socialdepartementet (2004). *Ekonomiskt utsatta barn [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialdepartementet, Regeringskansliet.

Ullebø, A., Posserud, M., Heiervang, E., Gillberg, C., & Obel, C. (2011). Screening for the attention deficit hyperactivity disorder phenotype using the strength and difficulties questionnaire. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(9), 451-458.

Van der Meer, M., Dixon, A., & Rose, D. (2008). Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire, the SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(8), 491-497. doi:10.1007/s00787-008-0691-y

Vetenskapsrådet, (2012). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vinnerljung, B., Hjern, A., Weitoft, G. R., Franzén, E., & Estrada, F. (2007). Children and young people at risk (chapter 7). *International Journal of Social Welfare*, 16, S163-S202. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621802217?accountid=38978>

Vinnerljung, B., Brännström, L. & Hjern, A. (2011). Kontaktfamilj/-person för barn: Uppföljning och utvärdering med registerdata. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

Weitoft, G. R., Hjern, A., Batljan, I., & Vinnerljung, B. (2008). Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance-A swedish national cohort study. *Social Science & Medicine*, 66(1), 14-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.031>

Wiklund, S. (2006). *Den kommunala barnvården: om anmälningar, organisation och utfall*. Diss. (sammanfattning) Stockholm: Stockholms universitet, 2006. Stockholm.

Östberg, V. (2001). Hälsa och välbefinnande. In J. O. Jonsson & V. Östberg (red.), *Barns och ungdomars välfärd* (s. 239-264). Stockholm: Fritzes.

Östlund, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

SDQ: Samtliga barn och ungdomar (n=111 bortfall=6 för alla frågor)

Avser de senaste 6 månaderna:	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
1. Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor	1,9	33,3	64,8
2. Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	48,6	38,1	13,3
3. Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	48,6	39	12,4
4. Delar gärna med sig till andra barn (t ex godis, leksaker, pennor)	10,5	29,5	60
5. Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	38,1	42,9	19
6. Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	66,7	21,9	11,4
7. Som regel lydiga, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	14,3	47,6	38,1
8. Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad	45,7	29,5	24,8
9. Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	5,7	25,7	68,6
10. Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	54,3	25,7	20
11. Har minst en god vän (kamrat)	4,8	9,5	85,7
12. Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	81	14,3	4,8
13. Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd	56,2	26,7	17,1
14. Vanligtvis omtyckt av andra barn	1	22,9	76,2
15. Lättstörd, tappar lätt koncentrationen	46,7	34,3	19
16. Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	48,6	30,5	21
17. Snäll mot yngre barn	1,9	12,4	85,7

18. Ljuger eller fuskar ofta	68,6	21,9	9,5
19. Blir retad eller mobbad av andra barn	72,4	24,8	2,9
20. Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	11,4	37,1	51,4
21. Tänker sig för innan han/hon gör olika saker	22,9	47,6	29,5
22. Stjäl hemma, i skolan eller på andra ställen	91,4	6,7	1,9
23. Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn	60	24,8	15,2
24. Rädd för mycket, är lättskrämd	59	30,5	10,5
25. Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga	19	35,2	45,7

SDQ-formulären i sin helhet, inklusive frågorna om konsekvenser för vardagslivet (på engelska "impact supplement"), finns att hämta ned från www.sdqinfo.com