



Barnen i folkhälsorapporterna

Hur mår barn och unga vuxna i Stockholms län?

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:02

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta School of Public Health i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: BUF-gruppen (Barn, ungdomar och folkhälsa)
Andrea Friedl, Birgitta Greitz, Thérèse Juvall,
Malin Kark, Ann Post, Cecilia Sjölander, John van
den Tempel, Britta Alin Åkerman och Gunnar Åberg
samt Lena Backman

Redigering och formgivning: Viktoria Jonze

ISBN: 978-91-86313-01-2

Stockholm 2009

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Solna

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	4
Bakgrund	6
Barndomens betydelse för framtida möjligheter i vuxenlivet	6
Familjens betydelse	6
Ekonomins betydelse	7
Mödra- och barnhälsovårdens betydelse	7
Tandvårdens betydelse	8
Skolans betydelse	8
Ungas studier som bas för arbetslivet	10
Livsstilsfaktorer och levnadsvanor.....	12
Matvanor	12
Fysisk aktivitet	12
Sexualitet och hälsa	13
Tobaksbruk	13
Alkohol- och drogvanor	14
Utfall i hälsa och ohälsa	15
Barn och ungas hälsa och ohälsa	15
Sammanfattande diskussion – att satsa förebyggande.....	22
Referenser.....	27

Inledning

Det är svårt att få en samlad bild av barns hälsa. I Stockholms län görs inga ämnesövergripande och återkommande folkhälsoenkäter eller folkhälsorapporter som gäller barn. Att studera barns hälsa genom att bara beskriva förekomst av olika sjukdomar är också ett trubbigt instrument då barn i stor utsträckning är friska. Mer relevant är att beskriva olika bestämningsfaktorer för hälsa och barnens självskattade hälsa i enlighet med barnkonventionen.

Syftet med föreliggande rapport är att ta vara på och samlat presentera aktuella data avseende barn och ungas hälsa i Stockholms län. *Barnen i folkhälsorapporter* bygger huvudsakligen på kunskap som finns i Stockholms läns landstings båda rapporter Folkhälsorapport 2007 (FHR2007) och Arbetshälsorapport 2007 (AHR2007). Vi har här tagit med de uppgifter som berör barn ur dessa rapporter, vilka för övrigt i huvudsak beskriver den vuxna befolkningen, 18–84 år. Ur dessa folkhälsorapporter och bakomliggande folkhälsoenkät har vi kompletterat med kunskap om unga vuxna, 18–24 år, vilka var barn då, när de två föregående folkhälsorapporterna skrevs år 1999 och år 2003. Förutom material taget från de två folkhälsorapporterna har vi kompletterat med en del material ur *Årsrapport från barnhälsovården 2007* samt rapporten *Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006* den sistnämnda bygger på enkäter till barn och föräldrar.

Barnen i folkhälsorapporter beskriver först olika bestämningsfaktorer och levnadsvillkor som påverkar barns hälsa (familjen, socioekonomi, förskola, skola, kamrater, fritid och arbetslivsmöjligheter). Avsnittet därefter beskriver utfall i form av hälsa/ohälsa samt levnadsvanor/livsstilar hos barn, ungdomar och unga vuxna. På vår hemsida (www.folkhalsoguiden.se) finns en annan rapport, Hälsoläge och åtgärder – folkhälsoarbete för barn och ungdomar i Stockholms län vilken beskriver olika metoder och åtgärder som görs för att förbättra barns hälsa.

För denna sammanställning står BUF- gruppen (Barn, ungdomar och folkhälsa) som är ett samarbete mellan avdelningarna inom Centrum för folkhälsa, från och med den 1 januari 2009 Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Lena Backman har ansvarat för en första sammanställning ur nämnda rapporter. Denna har därefter diskuterats och bearbetats av gruppen. I BUF gruppen ingår Andrea Friedl, Birgitta Greitz, Thérèse Juvall, Malin Kark, Ann Post, Cecilia Sjölander, John van den Tempel, Britta Alin Åkerman och Gunnar Åberg (sammankallande).

Sammanfattning

Förhållanden under barndomen har stor betydelse för hälsan under hela livet. Inom Stockholms län fanns 423 624 barn och ungdomar mellan 0–17 år och 159 624 unga vuxna i åldern 18–24 år (år 2007). För Stockholms län saknas återkommande undersökningar om barns hälsa. I Folkhälsorapporten och Arbetshälsorapporten, som kom ut år 2007 belystes barnperspektivet i några avsnitt. Denna rapport presenterar en sammanställning av de underlag som låg till grund för dessa avsnitt samt valda delar ur rapporten *Barns hälsa och miljö i Stockholms län år 2006* samt *Barnhälsovården i Stockholms årsrapporter*.

Barns och ungdomars hälsa är starkt relaterat till faktorer i deras omgivning – familjen, förskola, skolan, vänner och fritid. Totalt har 10 procent av barnfamiljerna i länet låg inkomststandard, fler bland ensamstående. Drygt 70 procent av barnen i Stockholms län lever med båda sina föräldrar.

Spädbarnsdödligheten fortsätter att minska trots att den redan ligger unikt lågt internationellt och historiskt sett. I ett internationellt perspektiv har Sverige ett gott smittskydd. Av barn i Stockholms län vaccineras 95–99 procent enligt det allmänna vaccinationsprogrammet.

Psykisk ohälsa, allergisjukdomar och övervikt/fetma är vanliga långvariga besvär hos barn. Förekomsten av psykisk ohälsa har minskat, framför allt bland unga kvinnor (18–24 år). Trots det är andelen som rapporterar psykisk ohälsa bland dem fortfarande hög (cirka 30%). För andelen personer som rapporterar astma ses för år 2006 en nedgång från 10 procent till 8 procent. I åldersgruppen 18–24 år minskar även förekomsten av andra allergiska besvär. Bland fyraåringar är omkring 10 procent av pojkarna och 13 procent av flickorna överviktiga. Bland tioåringar i länet är andelen cirka 20 procent. Det finns ökande sociala skillnader när det gäller övervikt och fetma för pojkar.

Tandhälsan i länet är som helhet mycket god. Allt fler 19-åringar lämnar den avgiftsfria tandvården kariesfria, men det finns stora skillnader i tandhälsa mellan geografiska områden i länet. Medelvärde för antal kariesskadade tänder bland trettonåringar är 1,1 men i det område där barn med sämst tandhälsa bor, är medelvärdet 5,2 skadade tänder.

Rökning bland ungdomar visar på en nedåtgående eller avstannande trend. Fler flickor än pojkar röker i årskurs 9, och i gymnasiet röker 35 procent av flickorna och 25 procent av pojkarna ”dagligen eller ibland”. Snusbruket medför dock att pojkar och unga män totalt sett exponeras för mer nikotin än flickor och unga kvinnor. Nationella undersökningar som är nedbrytbara på länsnivå visar att fler i årskurs 9 avhåller sig från alkohol men att andelen högkonsumenter ökar. Ökningen bland flickor är större och de ligger nu i nivå med pojkarnas konsumtion, 19 procent bland pojkar och 15 procent bland flickor.

Cirka en tredjedel av unga män och en fjärdedel av unga kvinnor i åldern 15–24 år har inte använt vare sig kondom eller annat preventivmedel vid sitt senaste samlag. En fjärdedel uppger att de alltid använder kondom. Under senare år har bruket av p-piller minskat i Stockholms län, och fler har använt akut p-piller. Samtidigt har antalet aborter bland tonåringar i Sverige ökat något under de senaste fem åren. I Stockholms län gjordes 1 606 aborter bland kvinnor upp till 19 år, vilket var 16 procent av samtliga aborter i länet.

Skolmiljön är viktig när det gäller att förebygga ojämlikhet i hälsa och skolans arbetsmiljö måste uppmärksammas för att inte bidra till ohälsa. Många elever uppfattar inte att de i någon större omfattning har möjligheter att påverka sin egen arbetsmiljö och 13 procent anger att de blivit illa behandlade av lärare. Elever som saknar slutbetyg (cirka 30 % avbryter, får ej godkända slutbetyg eller har ej påbörjat gymnasieskolan) är ofta hindrade från fortsatta studier och får svårt att konkurrera i arbetslivet. Detta gäller spe-

ciellt elever med utländsk bakgrund som därmed har sämre möjligheter till goda val i arbetslivet. Bland utlandsfödda 20–24 åringar hade 46 procent ett arbete år 2005 jämfört med 60 procent bland sverigefödda i samma ålder.

Många unga vuxna (18–24 år) har svårt att ta sig in på arbetsmarknaden. Unga vuxna, i synnerhet unga kvinnor upplever mer ofta än övriga grupper ekonomisk kris, de avstår från vård och är mer ofta arbetslösa. Unga kvinnor mår sämre av att kombinera studier och arbete jämfört med unga män. Orsaker till denna könsskillnad behöver undersökas närmare. Förvärvsarbetande unga kvinnor uppger att de mer ofta har brist på stöd och belöning för ett väl utfört arbete, medan förvärvsarbetande unga män uppger att de mer ofta har ett arbete med motstridiga krav och lågt inflytande. Resultaten i Stockholms läns landstings folkhälsoenkät 2006 bekräftar tidigare studier om en sämre hälsa bland unga arbetslösa jämfört med unga förvärvsarbetande och studerande.

Bakgrund

För Stockholms län saknas bra återkommande undersökningar om barns hälsa. I den vuxna befolkningen (18 och 84 år) genomförs däremot vart fjärde år en enkätundersökning. Resultaten rapporteras i en folkhälsorapport och i en arbetshälsorapport. Befolkningen i länet under 18 år belyses inte på samma omfattande sätt. För Stockholms län finns enstaka undersökningar utifrån olika huvudfrågor om barns och ungdomars hälsa eller levnadsvanor, men det saknas en kontinuerlig och samlad datainsamling och rapportering. I de rapporter som gavs ut år 2007 togs barnperspektivet med i två avsnitt i folkhälsorapporten och ett avsnitt om skolan som arbetsplats i arbetshälsorapporten. Denna rapport består av särtryck från dessa rapporter kompletterat med data om gruppen unga vuxna (18–24 år). Dessutom valda delar ur rapporten Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006 samt en del uppgifter från bland annat Barnhälsovårdens årsrapporter.

Barndomens betydelse för framtida möjligheter i vuxenlivet

I Sverige finns det knappt 2 miljoner barn och 22 procent av dem bor i Stockholms län. I länet finns 423 624 barn och ungdomar mellan 0–17 år och 159 624 unga vuxna i åldersgruppen 18–24 år (år 2007). Antal födda per år fluktuerar påtagligt och har varierat mellan cirka 19 000 och drygt 27 000 under de senaste 10 åren. Antalet nyfödda under år 2007 var 27 154 vilket är en ökning med drygt 30 procent under de senaste tio åren. De flesta barn är födda inom länet. Andelen utrikes födda är bara något högre för länet än för landet och i Södertälje som har högst andel är den 10 procent (1).

Familjens betydelse

Inom Stockholms län finns stora skillnader i levnadsvillkor mellan olika grupper och mellan olika områden. Familjens och vårdnadshavarens situation påverkar i hög grad barns möjligheter till en god hälsa och utveckling (2).

Den genomsnittliga barnfamiljen i Stockholms län kännetecknas av att mamman är äldre och har högre utbildning än i övriga Sverige. Cirka 9 000 barn i Stockholms län upplevde en separation mellan sina föräldrar under år 2005, vilket är en minskning se-

dan år 2003. Att bo växelvis hos sina separerade föräldrar har blivit mer vanligt och i Stockholms län ännu mer vanligt än i övriga landet. År 2004/2005 bodde i Stockholms län 28 procent av barnen växelvis hos sina separerade föräldrar (1).

Att ha barn verkar vara en gynnsam hälsofaktor för vuxna. Det visar sig genom att vuxna som bor med barn rapporterar bättre psykisk hälsa, känner sig tryggare, har färre ohälsosfaktorer och mer hälsofrämjande levnadsvanor än de som inte bor med barn enligt FHR 2007.

Ekonomins betydelse

När folkhälsoenkäten genomfördes fanns det många indikationer på att samhället befanns sig i en ekonomiskt gynnsam situation. Sysselsättningen ökade liksom medelinkomsten. Allt fler är högutbildade och ett mindre antal personer behöver ekonomiskt bistånd. Trots detta finns det grupper i samhället som är fortsatt utsatta. Storstadslänen har ofta en något högre andel med barn i familjer med låg inkomststandard. Inom länet varierar denna siffra stort mellan kommunerna och för de flesta kommuner minskar också denna andel medan den däremot istället ökar i en tredjedel av kommunerna.

Låg inkomstskillnad:

Disponibel inkomst dividerad med norm för levnadsomkostnader. Om inkomststandard är lika med 1 innebär det att familjen ligger precis på en lägsta rimlig standard och inkomststandard under 1 innebär att familjen har det sämre ställt än vad våra normer skulle tillåta.

Det ekonomiska biståndet varierar mellan olika bostadsområden. Ekonomiskt bistånd är inte bara ett tecken på att familjen har ekonomiska problem. Det kan även vara en riskmarkör för barnens hälsa och framtida ekonomiska utveckling. En hög koncentration av invånare med ekonomiska svårigheter i ett bostadsområde kan påverka individerna som bor där på ett negativt sätt. Avsaknad av lokala förebilder, sociala nätverk och föreningsverksamhet samt hög arbetslöshet har tidigare framhållits som orsaker till möjliga negativa effekter av att vara bosatt i ett resurssvagt bostadsområde.

Unga vuxna upplever mer ofta än övriga grupper ekonomisk kris och är mer ofta arbetslösa. Nästan 10 procent bland 18–24 år var öppet arbetslösa (första kvartalet 2006) samt 7 procent befanns i arbetsmarknadspolitiska program. Det ger ett sammanlagt obalanstal (summan av arbetslösa och personer i program) på drygt 16 procent vilket är dubbelt så högt jämfört med resten av arbetskraften (25–64 år). Obalanstalet är lägst i Stockholms län (4 %) och högst i Gävleborgs och Norrbottens län där det är 15 procent (2).

Mödra- och barnhälsovårdens betydelse

Mödrahälsovården är en viktig aktör inom det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Dels för att man möter kvinnor under hela fertila perioden, dels för att man möter 99 procent av de gravida kvinnorna. Det övergripande målet för mödrahälsovården är en god reproduktiv och sexuell hälsa för hela befolkningen. Graviditeten är en period som en kvinna är mer förändringsbenägen än annars. Till exempel slutar cirka en tredjedel av rökande kvinnor att röka vid ett positivt graviditetstest.

Verksamheten på barnhälsovården har som mål att ge föräldrar stöd och hjälp i föräldraskapet och därmed även främja barnets och familjens hälsa. Flera undersökningar visar att stöd till föräldrarna på olika sätt ger en bra grund för barnets utveckling och psykiska hälsa. Föräldrarna ges stöd både individuellt och i grupp (3).

Tandvårdens betydelse

Tandvård är avgiftsfri till och med 19 års ålder. Allt fler 19-åringar lämnar barn- och ungdomstandvården helt kariesfria. Det föreligger små skillnader mellan pojkar och flickors tandhälsa men ojämlika uppväxtvillkor spelar stor roll för vilka som drabbas. De geografiska skillnaderna i barns tandhälsa är stora. Cirka hälften av alla barn och ungdomar har inga synliga tecken på karies men det finns också en högriskgrupp med tidiga och omfattande skador. Det är av stor vikt ur ett jämlikhetsperspektiv att minska skillnader i tandhälsa genom riktade preventiva åtgärder som dessutom kan minska tandvårdens kostnader för individ och samhälle (2).

Skolans betydelse

Förskola, skola och fritidsverksamhet kan spela en viktig roll för att kompensera skillnader i barns hemvillkor. I den obligatoriska skolan finns möjlighet att möta och stödja alla barn i åldergruppen 6 till cirka 16 år. Ökad segregering inom skolan kan därför bli ett problem i relation till barns lika rätt till trygga och goda uppväxtvillkor och lärande.

Skolan är Sveriges största arbetsplats där eleverna tillbringar en stor del av sin uppväxttid. Sedan år 1991 likställer Arbetsmiljölagen eleverna från grundskolan och uppåt med arbetstagare. Arbetsmiljön sett ur elevernas perspektiv är dock fortfarande ett eftersatt område. En bra arbetsmiljö i skolan är viktig att uppmärksamma för både barn och skolpersonal.

Sambanden mellan trygghet och hälsa i relation till lärande är väldokumenterat. Delaktighet och inflytande påverkar elevernas hälsa. I flera olika undersökningar uppfattar dock elever att de inte i någon större omfattning har reella möjligheter att påverka sin egen arbetsmiljö.

Förskola och skola bör kunna erbjuda stödjande miljöer för hälsa. Barns utsatthet, mobbning och kränkande behandling är viktiga problemområden för skolan. Inga väsentliga förändringar avseende förekomst av mobbning, har skett sedan 1990-talet enligt samstämmiga uppgifter från olika nationella undersökningar. Mer än 10 procent anger att de blivit illa behandlade av lärare vilket är en annan sida av mobbningsproblematiken (2,4).

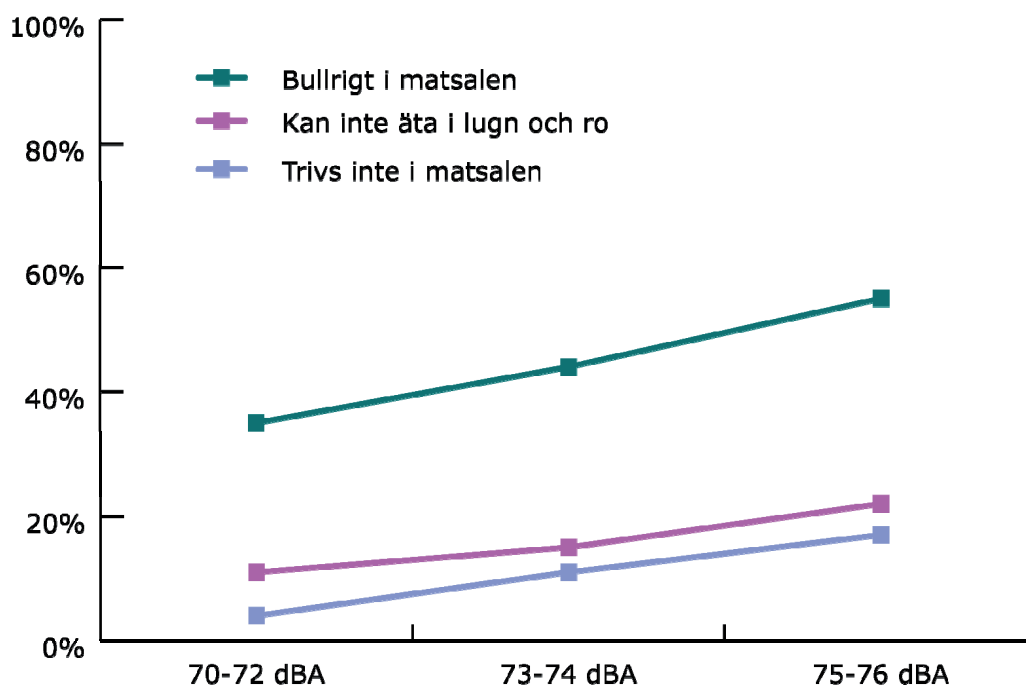
Elevernas synpunkter och attityder om skolan

Skolverkets rapport med nationella data om attityder till skolan visar att drygt åtta av tio, såväl yngre elever i mellanstadiet som äldre elever i högstadiet och gymnasiet, trivdes mycket eller ganska bra med skolarbetet. Av de äldre eleverna trivdes de allra flesta (93 procent) mycket eller ganska bra i sin skola. Vissa delar av skolmiljön till exempel matsalen och toaletterna, upplevdes inte lika positiva. Bland eleverna i mellanstadiet ansåg endast var femte att toaletterna var bra. Endast en tredjedel av de yngre eleverna upplevde alltid eller nästan alltid arbetsro, medan två av tre av de äldre eleverna hade arbetsro under de flesta lektionerna. En av fem elever upplevde miljön i matsalen som

mindre bra. En femtedel tyckte att det ofta var hög ljudnivå i matsalen.

Andelen elever som upplevde att kraven som ställdes i skolan var för höga ökade från 8 procent i mellanstadiet till 15 procent i gymnasiet. En femtedel av gymnasieeleverna ansåg att skolan bidrog ganska lite till lusten att lära sig (5).

I projektet *Buller i skolmatsalar* insamlades data om elevers arbetsmiljö och hälsa. En faktor som kan påverka trivselen är ljudnivån i matsalen. Ljudnivå låg mellan 70 och 76 dBA under lunchtid bland mer än 90 procent av eleverna. Detta är betydligt högre än ljudnivån vid ett normalt samtal (65 dBA). Den viktigaste faktorn som bestämde ljudnivån i skolmatsalarna var antalet elever i matsalen (ju fler elever desto högre ljudnivå). Andra viktiga faktorer var elevernas ålder, närvaro av vuxna, matsalens volym (stor volym sänkte ljudnivån), förekomst av ljudabsorbenter och stolarnas utformning (6).



Figur 1. Andel (%) elever i årskurs 4–5 som upplever buller, dålig matro och som trivs i matsalen, ökar med ljudnivån. Källa: *Buller i skolmatsalar 2005–2006*.

Våld och hot i skolan

Arbetsmiljöverket har rapporterat att nästan hälften av alla hot och våldsbrott mot unga sker inom skolan och mellan elever (nationella data). Knappt 8 procent bland yngre och 3 procent bland äldre elever angav att de mobbades av andra elever. Bland eleverna i högstadiet uppgav 6 procent att det ofta förekom våld på skolan, i gymnasiet var det 2 procent. Trots det kände sig de flesta äldre eleverna, 96 procent, trygga i skolan jämfört med 78 procent av eleverna i mellanstadiet (7).

På väg ut i arbetslivet

Ungas studier som bas för arbetslivet

Det har blivit svårare för unga att ta sig in på arbetsmarknaden. Från början av 1990-talet har arbetskraftdeltagandet sjunkit markant bland yngre (16–24 år) jämfört med äldre. En konsekvens blir att unga vuxna har förlängt sin studietid för att öka sin konkurrenskraft och därmed möjligheten att få arbete. Detta leder till att unga har en längre etableringsperiod än tidigare för att ta sig in på arbetsmarknaden, flytta hemifrån samt bilda familj. År 2003 studerade var tredje 20–24-åring mot var åttonde år 1991. De flesta ungdomar studerar till 18 års ålder eller längre. I Sverige studerar cirka 60 procent i åldersgruppen 16–24 år, en ökning med 20 procent mellan åren 1980 och 2005. Andelen personer med treårig gymnasieutbildning eller högskoleutbildning har nästan fördubblats, samtidigt har färre kortare utbildningar än nioårig grundskola.

Skolverkets statistik visar att en av tio elever som gick ut årskurs nio år 2006 saknade behörighet till gymnasieskolans nationella program. Under de tio senaste åren har denna andel inte förändrats.

Stockholms län har en något högre andel (40 procent) 20-åringar utan grundläggande behörighet till universitet och högskola jämfört med övriga län. Av elever med svensk bakgrund fullföljer cirka 70 procent gymnasieskolan jämfört med varannan elev med utländsk bakgrund, det vill säga att eleven själv eller föräldrarna är utrikes födda. De som saknar fullständiga betyg kan ha svårt att ta sig in på arbetsmarknaden och riskerar att, redan i början av arbetslivet, hamna i en ond cirkel. Otrygga och tillfälliga arbeten är vanligast bland unga som inte påbörjat eller som avbrutit gymnasiestudier (4).

Av studerande kombinerar 10 procent bland kvinnor och 9 procent bland män studier med en tillsvidareanställning samt 20 respektive 11 procent kombinerar studier med en tidsbegränsad anställning. Kvinnor som kombinerar studier och arbete mår sämre än män i flera avseenden. En stor andel bland kvinnor som kombinerade studier med en tillsvidareanställning rapporterade ihållande trötthet (51 procent), sömnsvårigheter (36 procent), oro och nedstämdhet (42 procent) enligt folkhälsoenkät 2006.

Många ungdomar med grundskola som högsta utbildning tvingas leva på ekonomiskt bistånd. Andelen som lever på ekonomiskt bistånd är större bland unga än bland äldre åldersgrupper. Även bland unga förvärvsarbetande män och kvinnor mellan 18 och 24 år uppgav var tjugonde kvinna och man att de under det senaste året tvingats begära ekonomiskt bistånd för att klara ekonomin (8).

Unga på arbetsmarknaden

Data från SCB visar att 16–24-åringar har lägst andel förvärvsarbetande, en minskning med knappt 20 procent mellan åren 1980 till 2005. Detta beror till viss del på att fler i denna grupp numera studerar. Samtidigt har andelen unga med heltidsanställning minskat och andelen med deltidsarbete ökat. Tidsbegränsade anställningar bland 16 till 24-åringar ökade från 32 procent i mitten av 1980-talet till 51 procent år 2005, vilket är mer än i de äldre åldersgrupperna.

Av länets unga yrkesarbetande år 2006 var 34 procent bland män och 39 procent bland kvinnor tidsbegränsat anställda, något lägre än i landet som helhet. Unga kvinnor (18–24 år) arbetade ofta inom detaljhandel, vårdyrken (barnskötare, vårdbiträden) och restaurang medan unga män ofta arbetade som vårdare eller personlig assistent, byggnads- och lagerarbete, brevbärare, kock eller inom detaljhandel. Knappt 40 procent bland personer under 25 år hade ett arbete som inte motsvarade deras utbildning och många såg sitt nuvarande arbete som tillfälligt i väntan på ett annat arbete.

Att ha en fast anställning är mycket viktigt anser cirka 65 procent bland unga kvinnor och män. De anser också att arbetskamrater, arbetsmiljö och fast anställning är viktigare än arbetsuppgifter, lön och utvecklingsmöjligheter. Bland unga (16–24 år) ökade andelen med jäktigt och enformigt arbete, från 15 procent i mitten av 1980-talet till 24 procent år 2005. Arbetsmiljöverket har vid inspektioner på arbetsplatser, med många unga anställda, bland annat funnit att många unga får en otillräcklig introduktion till sitt arbete (9).

I Stockholms läns folkhälsoenkät 2006 framkom att 90 procent bland unga förvärvsarbetande inte kände sig tidspressade i arbetet och att de hade ett bra stöd, främst från sina arbetskamrater. Däremot hade en stor andel (högre andel hos män än kvinnor), uppgett att de saknade stöd från chefer och att de inte belönades för ett väl utfört arbete.

Under senare år har sjukfrånvaron ökat mest bland unga, särskilt frånvaro på grund av psykiatriska diagnoser. Undersökningar från Socialstyrelsen har visat att dessa diagnoser utgör en större del av ungas sjukfrånvaro jämfört med äldre förvärvsarbetsares. Även om ohälsotalet totalt sett fortsätter att minska, ökar andelen unga med sjuk- och aktivitetsersättning, tidigare så kallad förtidspension (10).

Arbetslöshet bland unga

Att ha ett arbete är viktigt för ungas identitetsutveckling men allt färre unga förvärvsarbetsar. Enligt den internationella definitionen är 25 procent av den svenska arbetskraften i åldern 16–24 år arbetslösa eller deltar i arbetsmarknadsprogram. I Sverige ökade den öppna arbetslösheten bland 16–24 åringar från 4 procent år 1980 till lite drygt 5 procent juni år 2007. Andelen unga som är arbetslösa eller i arbetsmarknadsprogram är lägre i Stockholms län än i övriga län. Arbetslöshet bland unga utrikes födda (4,8 procent) är högre än bland dem som är födda i Sverige (3,3 procent). I Sverige räknas heltidsstuderande ”i väntan” på ett arbete inte in i arbetslöshetsstatistiken, vilket däremot är fallet i statistik från OECD och EU.

Unga arbetslösa har sämre psykisk hälsa än förvärvsarbetande och studerande i samma ålder. En högre andel unga med erfarenhet av arbetslöshet har nedsatt psykiskt välbefinnande, oro och nedstämdhet (8).

Livsstilsfaktorer och levnadsvanor

Matvanor

Bra mat och matvanor har stor betydelse för barns hälsa och utveckling. Även barn och ungdomars matvanor är relaterade till sociala, ekonomiska, etniska och kulturella förhållanden. Barns och ungdomars möjligheter till bra mat har försämrats under de senaste decennierna vilket ökar betydelsen av stödjande miljöer. Att till exempel främja ett bra utbud av livsmedel och måltider, inte minst i skolor, förbättrar möjligheten att göra hälsosamma val. Gratis och välbalanserade måltider i förskola och skola, som når alla barn och ungdomar, leder till goda förutsättningar att minska socioekonomiska skillnader i matvanor.

Ett ändrat måltidsmönster kan ses i hela befolkningen och speciellt bland barn och ungdomar där fler mellanmål och färre huvudmål ger ett större energiintag totalt sett. Barn och ungdomar har låg konsumtion av frukt och grönsaker, endast omkring hälften av ungdomarna äter frukt och grönsaker varje dag. Yngre vuxna (18–24 år) speciellt män, äter för lite frukt (2).

En slutsats från kartläggningen 2006 av kommunernas arbete med att främja fysisk aktivitet och goda matvanor bland skolbarnen visade stora skillnader mellan skolorna när det gäller skolbarnens möjligheter till goda matvanor. Studien visade att många skolor arbetar aktivt med att främja hälsosamma matvanor, som på sikt skulle kunna resultera i minskad förekomst av övervikt och fetma. Majoriteten av skolorna, 70 procent, hade beslutat att det inte ska vara möjligt att köpa godis eller läsk på skolans område, men i en betydande del av skolorna fanns fortfarande den möjligheten kvar och även på några skolor med förskoleklass (15).

Fysisk aktivitet

Barns fritidsaktiviteter förändras i takt med att samhället och människors livsstil förändras. Förr tillbringade barn ofta sin fritid i närmiljön där den fria leken ägde rum på innerstadens bakgårdar, i bostadsområdet eller i skogsområden. Idag har den spontana, och ofta mer fysiska leken, till stor del ersatts av organiserade aktiviteter som leds av vuxna. Den fria leken har även fått konkurrens av stillasittande aktiviteter som tv-tittande och datorspel. Tolvåriga pojkar och flickor tillbringar i genomsnitt 7,5 respektive 4,3 timmar i veckan framför datorn.

För barn är fysisk aktivitet i alla former bra för hälsa och utveckling, både motoriskt och för inläring. I Stockholms län tar sig 60 procent av barnen oavsett ålder oftast till förskola, skola och olika fritidsaktiviteter genom att promenera eller cykla. Allt fler bilar och tidsbrist leder till att föräldrar skjutsar barn och ungdomar till skola och fritidsaktiviteter istället för att låta dem gå eller cykla (12).

År 2006 gjordes en kartläggning av kommunernas arbete med att främja fysisk aktivitet och goda matvanor bland skolbarnen i Stockholms län. En generell slutsats var att det fanns stora skillnader mellan skolorna i länet när det gäller skolbarnens möjligheter till att vara fysiskt aktiva under skoldagen. Ett intressant resultat var att möjligheterna till

spontanidrott inom kommunerna var sämre än möjligheterna till föreningsidrott. Nästan hälften av idrottslärarna ansåg att de inte får regelbunden fortbildning och att skolan inte satsar på den fysiska miljön (15).

Barn och ungdomars idrottssvanor är relaterade till sociala, ekonomiska, etniska och kulturella förhållanden. Svar på Folkhälsoenkät 2006 visade att andelen som motionerar regelbundet sjunker med ålder och att män motionerar i högre grad än kvinnor. Av de yngre från 18–24 år var det 28 procent bland män och 19 procent bland kvinnor som motionerade minst tre gånger per vecka.

Sexualitet och hälsa

Oskyddad sex, det vill säga sexuellt umgänge utan att använda kondom eller annat preventivmedel, kan leda till oönskad graviditet och/eller överförd infektion (STI). I Ungdomsbarometern (frågor till ungdomar 15–25 år i Sverige) är det i 2006 års undersökning cirka 30 procent bland unga män och 24 procent bland unga kvinnor som haft oskyddad sex vid sitt senaste samlag. Ungdomar i Stockholms län är dock något bättre på att använda kondom än ungdomar i resten av landet. En fjärdedel av de tillfrågade i Ungdomsbarometern uppger att de alltid använder kondom, men det är också en fjärdedel som säger att de hellre skulle riskera en könssjukdom än att avstå från sex, om de saknade kondom. Ungefär hälften av de svarande är missnöjda med den undervisning de fått. Omkring 40 procent svarade att de inte fått någon undervisning om homo-, bi- och trans-sexualitet (HBT) i skolan. Den bästa informationen anser ungdomarna att de får av ungdomsmottagningarna.

Oroande under senare år har varit att den långvarigt minskande trenden brutits gällande sexuellt överförbara sjukdomar. Sedan mitten av 1990-talet har klamydia ökat och nivåerna mer än fördubblats. År 2006 beräknades antalet fall vara cirka 8 500, varav kvinnor utgjorde 56 procent av de rapporterade fallen och 26 procent var tonåringar det vill säga drygt 2 200.

De flesta oönskade graviditeter leder till en abort men kan också leda till ett önskat och välkommet barn. Det totala antalet aborter i Stockholms län har ökat jämfört med år 2004. Flest antal aborter sker i åldersgruppen 20–24 år. I Stockholms län gjordes 1 606 aborter bland kvinnor upp till 19 år, vilket var 16 procent av samtliga aborter i länet.

Barnafödandet bland tonåringar i Sverige har sjunkit avsevärt de senaste decennierna. I Stockholms län var antalet förlossningar 185 stycken i åldersgruppen 19 år eller yngre år 2005, vilket utgjorde 0,7 procent av samtliga förlossningar i länet. Tonårsmammor löper ökad risk för en ogynnsam socioekonomisk situation senare i livet, varför det är viktigt att följa graviditeter i denna åldersgrupp (2).

Tobaksbruk

Rökningen bland ungdomar visar på en nedåtgående eller avstannande trend i Stockholms län liksom för landet i stort, mätt från år 1998. Bland flickor är det 25 procent och bland pojkar 14 procent i åk 9 som röker ”dagligen eller ibland”. Motsvarande siffror för gymnasieelever i årskurs 2 är 35 procent för flickor och 25 procent för pojkar.

Folkhälsoenkät 2006 visar att bland unga män (18–24 år) ökar andelen dagligrökare från nästan 10 procent år 2002 till drygt 15 procent år 2006. Kvinnor i samma åldersgrupp ligger stilla på drygt 20 procent.

Fler flickor än pojkar röker, men snusbruket medför att pojkar och unga män totalt sett exponeras för mer nikotin än flickor och unga kvinnor. Snusbruket visar en tendens till ökning med några procent bland flickor och men en minskning bland pojkar. I årskurs 9 snusar 15 procent av pojkarna dagligen eller ibland, bland flickor snusar 4 procent. Motsvarande siffror för gymnasiets årskurs 2 är 27 procent bland pojkar och 8 procent bland flickor.

Frågan om snusets roll som inkörsport till senare rökning hos ungdomar har diskuterats i Sverige. BROMS är en enkätstudie om tobaksvanor under uppväxttiden som följt 3 000 barn från 11 år till att de blir 18 år i Stockholm län (åren 1998–2005). Vid 18 års ålder skilde sig inte rökning och tobaksbruk väsentligt mellan pojkar som debuterade med snus jämfört med pojkar som började med cigaretter. Flickor som debuterade med snus löpte däremot mindre risk att hamna i ett långvarigt tobaksbruk jämfört med flickor som började med cigaretter (11).

Cirka 70 procent av ungdomarna som röker eller snusar dagligen i årskurs 9 uppger att de köper tobak själva i butik eller kiosk. Detta trots att det finns ett försäljningsförbud till ungdomar under 18 år.

Barn är särskilt känsliga för passiv rökning och exponeringen är större i Stockholms län än i övriga landet. Andelen utsatta för passiv rökning minskar dock och främst på grund av rökförbudet på restauranger och serveringsställen. Andelen rökande kvinnor i tidig graviditet är nio procent men varierar mellan olika områden från 2 till 17 procent. Bland fyraåringar är det drygt 8 procent och bland tolvåringar drygt 12 procent som utsatts för tobaksrök i eller utanför hemmet (2). Barnens miljö- och hälsoundersökningar visar att barn som utsatts för tobaksrök i hemmet får astmabesvär mer ofta än andra barn (12).

Alkohol- och drogvanor

Tillgängligheten till alkohol för ungdomar är stor genom att det är föräldrar som bjuder, syskons kompisar eller andra vuxna som köper ut samt genom att ungdomar själva köper folköl i livsmedelshandeln.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) rikstäckande drogvanundersökning bland elever i årskurs 9 visar att andelen alkoholkonsumenter har varit sjunkande de senaste åren. Dock har den tidigare neråtgående trenden i alkoholkonsumtion för årskurs 9 inte fortsatt enligt CAN:s mätning 2008. Det är för tidigt att säga om det är ett temporärt trendbrott eller en början till förändring. Cirka 65 procent av eleverna uppger att de druckit alkohol någon gång under det senaste året mot cirka 75 procent i mitten av 1990-talet. Det finns ändå anledning till oro då andelen högkonsumenter (5 liter 100 % alkohol per år eller mer) stigit hos flickor i årskurs 9 och sedan år 1999 är den nästan lika hög för både pojkar och flickor. År 2006 är 19 procent bland pojkar och 15 procent bland flickor högkonsumenter enligt ovanstående kriterium. Det finns alltså

en stor grupp ungdomar som redan i denna ålder har ett dryckesmönster som gör att konsumtionen kan betraktas som en risk för hälsan på kort sikt (13).

Folkhälsoenkätundersökningen 2006 i Stockholms län visar att den totala alkoholkonsumtionen fortsätter att öka i hela befolkningen med undantag för åldergruppen 18–20 år. Män konsumerar dubbelt så mycket alkohol som kvinnor. Enligt mätningarna år 2006 var det åldersgruppen 21–24 år som drack mest. Andelen högkonsumenter fortsätter att öka i hela befolkningen i Stockholms län med undantag för åldersgruppen 18–20 år och kvinnor i åldersgruppen 21–24 år. Riskkonsumtion bland män i åldersgruppen 21–24 år ökade drastiskt från 45 procent till 51 procent och den gruppen ligger därmed högst av alla år 2006.

I kommunerna har det preventiva arbetet i huvudsak riktats mot barn, ungdomar och deras föräldrar men även mot alkoholens och andra drogers tillgänglighet. Beroendecentrum Stockholm har utvecklat metoder för ansvarsfull alkoholservering, vilket innebär att minderåriga och redan berusade personer inte ska serveras alkohol på restauranger (STAD-projektet). Projektet har utvärderats och visat sig ha positiva effekter på våldsbrottsligheten i närområdet. Det har också visat sig vara mycket kostnadseffektivt (14).

Endast ett fåtal ungdomar lyckas skaffa alkohol på systembolaget. Även fortsättningsvis bör tillsynen av folkölsförsäljning i livsmedelshandeln vara en viktig uppgift för den kommunala förvaltningen. När det gäller ”kompislangning” är det en utmaning att hitta lämpliga metoder för att påverka personer att inte köpa ut till tonåringar.

Bland elever i årskurs 9 i Stockholms län minskade andelen pojkar som någon gång prövat narkotika från 11 procent åren 2001–2003 till 9 procent åren 2004–2006 och bland flickor minskade andelen från 9 till 7 procent. Mellan åren 2001 och 2005 minskade andelen som någon gång prövat narkotika från 25 till 19 procent bland mönstrande unga män i länet. Cannabis är den mest ofta testade formen av narkotika.

Unga i beroendevård har ökat 75 procent åren 1998 till 2004. Antalet som vårdades för skadligt bruk av alkohol bland 16 till 24-åriga kvinnor nästan femdubblades från år 1997 till 2006. Antalet personer som hade kontakt med den öppna beroendevården för alkohol- och/eller narkotikamissbruk/beroende ökade mest bland 16 till 24-åriga kvinnor där nio gånger fler hade kontakt med den öppna beroendevården år 2006 än år 1997. Förutom ökat behov av behandling beror ökningen på en medveten satsning på lokala beroendemottagningar som drivs gemensamt mellan landstingets beroendevård och socialtjänsten i kommunerna (2).

Utfall i hälsa och ohälsa

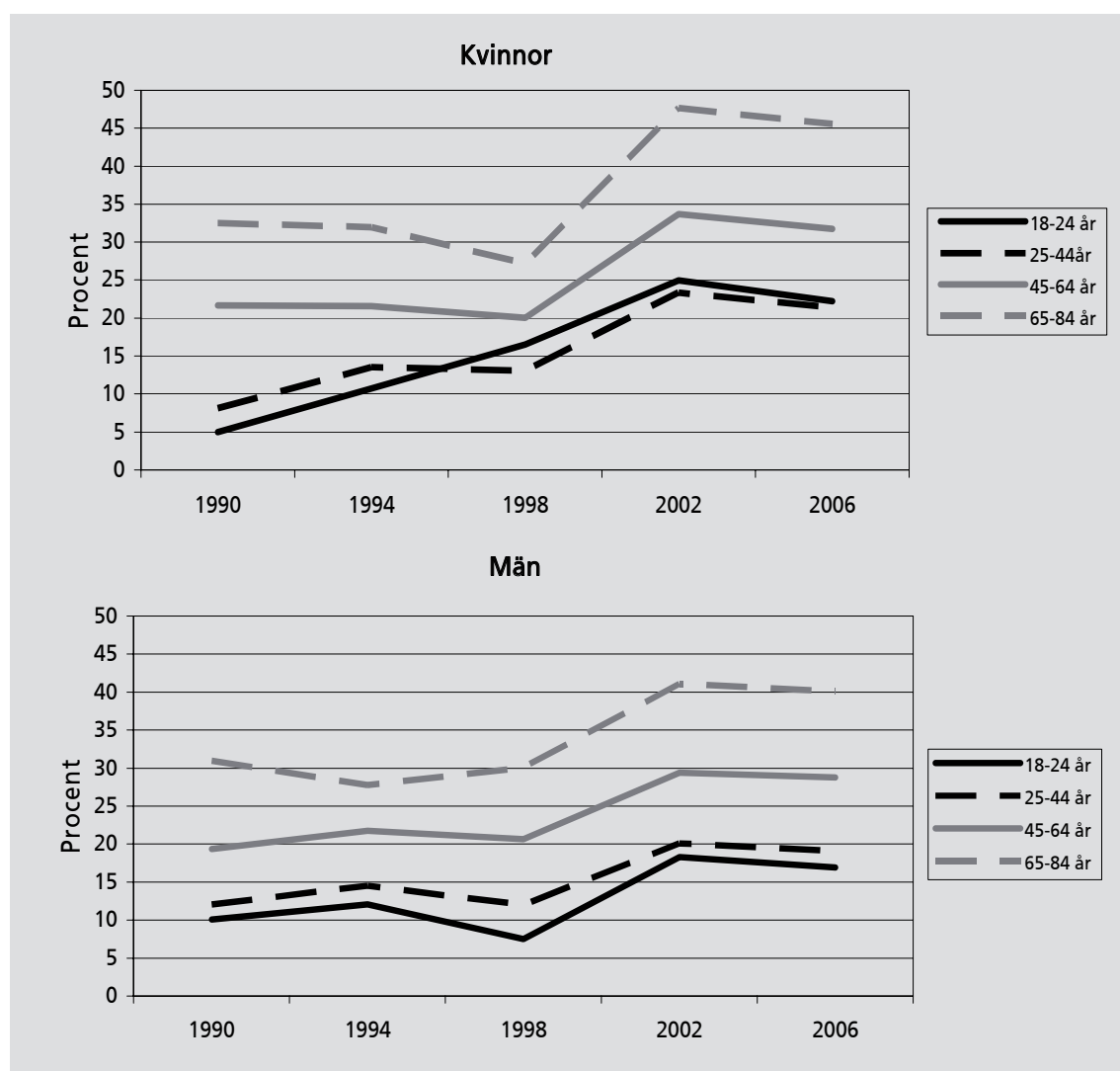
Barn och ungas hälsa och ohälsa

Barn i Stockholms län har lika god hälsa som barn i övriga Sverige och internationellt sett har de en mycket bra hälsa. Spädbarnsdödligheten har minskat under de senaste 30

åren, från knappt under 13 döda per 1 000 levandefödda barn år 1970 till 3,5 döda per 1 000 år 2005. Det är en unikt låg siffra jämfört med andra länder.

Bland barn födda år 2005 ammadess fortfarande 77 procent vid sex månaders ålder helt eller delvis. Vaccinationstäckningen är hög och bland barn födda år 2005 i Stockholms län var det 98 procent vaccinerade mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och haemofilus influenza (hib). Omkring 95 procent av barnen i länet är vaccinerade mot mässling, pås-sjuka och röda hund och denna andel fortsätter att öka efter att autism har kunnat avskri-vas som möjlig biverkning. Fortfarande finns dock skillnader mellan olika geografiska områden där några faller under den viktiga 90 procentiga vaccinationstäckningen (3).

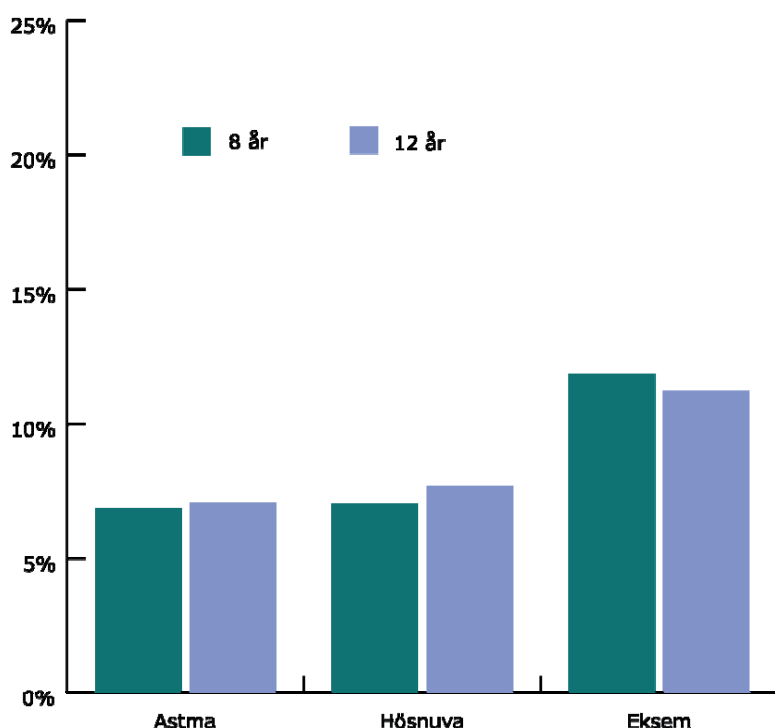
De allra flesta barn uppger själva att de är mycket eller ganska friska och att de trivs med livet. Upprepade infektionssjukdomar och i synnerhet förkylningar förekommer dock hos upp till 15 procent av barn i länet.



Figur 2. andel (%) med sämre än god självskattad hälsa åren 1990–2006 efter kön och ålder. Källa: Folkhälsorapport 2007.

Självskattad hälsa hos unga vuxna försämras med stigande ålder och en något högre andel kvinnor än män rapporterar en sämre än god hälsa. Tidstrenderna löper parallellt för alla grupper utom bland de yngsta kvinnorna (18–24 år) som tycks ha en försämring och ligger år 2006 lite över åldersgruppen 25–44 år.

Ohälsotal är ett mått på det totala antalet ersatta dagar med sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt rehabiliteringsersättning under en tolv månaders period, relaterat till hela den försäkrade befolkningen. Åldersskillnaden i ohälsotal är av naturliga skäl stor och 10 gånger större för åldersgruppen 60–64 år än i åldersgruppen 20–24 år. I åldersgruppen 18–24 år uppger 2 procent att de besväras av sjuklighet som begränsar arbete eller andra dagliga aktiviteter mot 7 procent av hela befolkningen i Stockholms län.



Figur 3. Drygt vart fjärde barn (28%) i åldrarna 8 och 12 år i Stockholms län har någon gång allergisjukdom. Källa: Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006.

Astma, allergi och eksem

Data från *Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006* visade att mer än vart fjärde barn i åldrarna 8 och 12 år i Stockholms län hade någon allergisjukdom. Under åren 1998 till 2006 har förekomsten av eksem ökat bland yngre barn och cirka 22 procent av barn i 6–7 årsåldern har idag eksem. Samma tendens finns i hela västvärlden.

I åldersgruppen (18–24 år) minskar förekomsten av astma och andra allergiska besvär. I Folkhälsoenkät 2006 uppger knappt 25 procent bland kvinnor i åldersgruppen 18–24 år och 4 procent bland män att de är allergiska eller överkänsliga mot nickel. Nickelallergi är vanligare bland yngre än äldre, dock har en minskning av förekomst skett sedan tidigare mätning. Produkter som innehåller nickel minskar på grund av EU-direktivet från år 2001.

Förr var allergisjukdomar vanligare hos välbeställda grupper i samhället. Detta verkar nu ha förändrats då allergisjukdomar idag är vanligare bland barn vars föräldrar har kort skolutbildning (16). Data från *Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006* visade att barn till föräldrar med kort utbildning mer ofta hade astma än barn till föräldrar med högskoleutbildning. Dessa barn verkade också ha svårare besvär. I stället för att växa ur sin sjukdom kvarstod deras besvär längre. En möjlig orsak till detta är att de miljöfaktorer som försämrar astmasjukdomen, till exempel att utsättas för tobaksrök, är vanligare hos dessa grupper. Denna ojämlikhet i hälsa leder inte bara till fysiska besvär och sämre livskvalitet utan också till sämre möjlighet att delta i förskolans och skolans arbete på grund av högre sjukfrånvaro.

Luften i länet har förbättrats, men fortfarande påverkas människors hälsa negativt av luftföroreningar. Nya data från Stockholm visar att barn som tidigt i livet utsätts för höga halter av luftföroreningar har en ökad risk för allergi mot pollen som kan ge astma och sämre luftfunktion (16).

Barnens miljö- och hälsoundersökningar visade att 5 procent av tolvåriga barn har under en månadsperiod haft luftvägsbesvär till följd av dålig eller instängd luft i skolan. Fyra procent av föräldrarna ansåg att deras barn har fått ökade besvär på grund av dålig städning i skolan. Andelen flickor med besvär var något högre än andelen pojkar med besvär. Studier från Uppsala visade att skolpersonalens uppfattning om dålig luftkvalitet stämde väl överens med de höga halter av mögel, bakterier, flyktiga kemiska ämnen och damm som fanns i skolan (12).

Besvär av buller

Buller kan orsaka olika typer av besvär och hälsoeffekter hos barn. Ett allvarligt hälso-
problem på grund av höga ljudnivåer är hörselskada. Buller kan också påverka hälsan
utan att hörseln skadas. Vanliga effekter av buller är upplevelse av obehag, störd kommunikation, koncentrationssvårigheter och sömnstörningar. I Stockholms län besväras 30 procent av buller i skolan, jämfört med 24 procent av tolvåringarna i övriga Sverige. Omkring 18 procent besväras av buller i hemmet jämfört med 13 procent i övriga landet. Ljud från andra barn är den främsta orsaken till störning. Färre barn (4 procent) än föräldrar (11 procent) rapporterade att de störs av trafikbuller. Omkring 3 procent av barn i åldrarna 8–12 år beräknas ha nedsatt hörsel och cirka 4 procent har ofta eller alltid öronsus. Drygt 20 procent besväras av ringande eller tjutande ljud i öronen efter att ha lyssnat på musik (12).



Diabetes

Sedan år 1978 registreras alla nya fall av diabetes som inträffar bland barn i ett nationellt Barndiabetesregister. Uppgifter från detta register visar att risken för att utveckla diabetes före 15 års ålder är fyra per 1 000 barn. Risken är störst för barn i åldern 5–9 år och pojkar har en högre risk att drabbas än flickor. Sedan slutet av 1970-talet har risken för barn att drabbas av typ 1 diabetes fördubblats. Befintliga data visar att förekomst

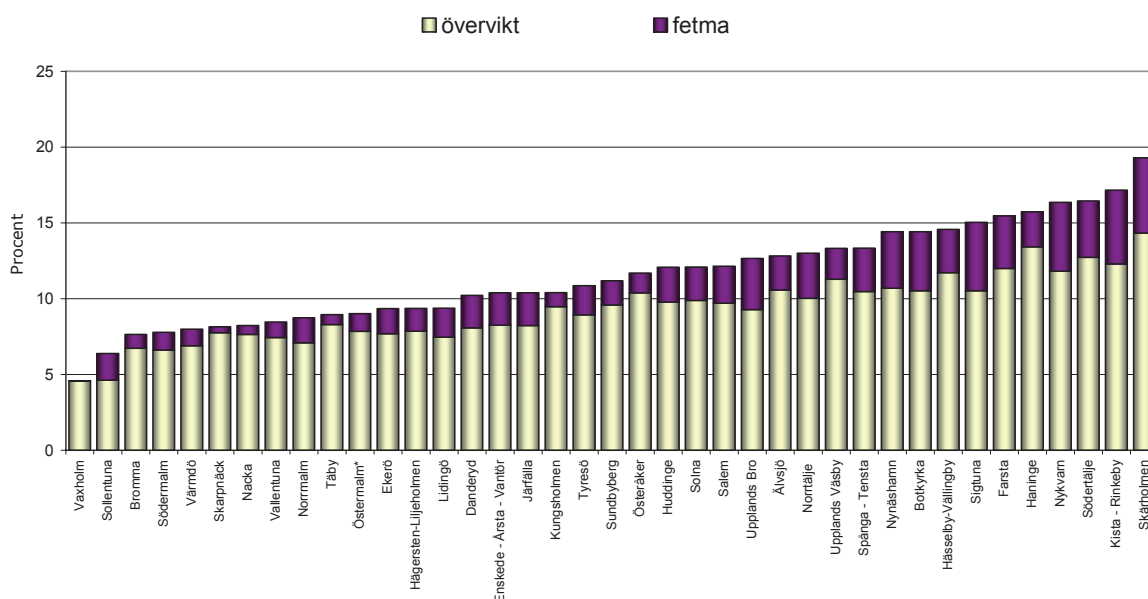
av diabetes varierar mellan kommuner och stadsdelar. Diabetesförekomsten är högre i kommuner och stadsdelar med lägst medelinkomst, högst andel överviktiga, stillasittande och rökare. Data från Folkhälsoenkät 2006 visar att diabetesförekomsten är högre bland utrikes födda.

Tandhälsa

Tandhälsan har förbättrats bland ungdomar. Inom Stockholms län lämnar alltför 19-åringar den avgiftsfria tandvården kariesfria. År 2006 var 25 procent helt kariesfria vid 19 års ålder vilket är en ökning med 5 procent sedan år 2002. I länet finns dock en hög-riskgrupp med tidiga och omfattande skador. Medelvärde för antal kariesskadade tänder bland trettonåringar i hela länet är 1,1 och i det område där barn med sämst tandhälsa bor är medelvärdet 5,2 skadade tänder i samma åldersgrupp. Den tredjedel av barnen som har sämst tandhälsa inom Stockholms län har fler kariesskador jämfört med motsvarande grupp nationellt. En högre andel invånare som är socialt och ekonomiskt utsatta samt fler utlandsfödda anses förklara en del (2).

Övervikt och fetma

För att definiera övervikt och fetma bland barn och ungdomar används BMI (Body Mass Index). Kroppssammansättning varierar med ålder och pubertet och därför används tabeller med uträkning för olika åldrar. År 2006 undersöktes förekomsten av övervikt och fetma bland närmare 20 000 av länets fyraåringar. Resultatet visar att 9,3 procent av fyraåringarna var överviktiga och 2,1 procent var feta. Det är dock stora variationer inom länet. Av fyraåringarna i Vaxholm var knappt 5 procent överviktiga medan av fyraåringarna i Skärholmen var 14 procent överviktiga och 5 procent feta. Resultatet för 2006, som presenteras i barnhälsovårdens årsredovisning 2007, baseras på vikt- och längduppgifter från samtliga barnavårdscentraler i Stockholms län (3).



Figur 4. Andel (%) fyraåringar med övervikt och fetma i Stockholms län, fördelning per kommun/stadsdel, barn födda 2002. Källa: Barnhälsovården Stockholms län, Årsrapport 2007.

Studier av tioåringar för åren 1999 och 2003 i olika delar av länet visade att 21 procent bland pojkar var överviktiga båda åren. Andelen flickor med övervikt sjönk något från 23 till 20 procent. Vad gäller fetma sågs en tendens till ökning hos pojkar från 3 till 4 procent medan flickor minskade signifikant från 5 till 3 procent (17). I en annan studie (COMPASS) på drygt 3 000 ungdomar i 15 års ålder var förekomsten av övervikt 14,5 procent bland pojkar och 11,2 procent bland flickor och förekomsten av fetma var 3,7 procent bland pojkar och 3,3 procent bland flickor (18). I Folkhälsoenkät 2006 visade det sig att i åldersgruppen 18–24 år var andelen med fetma omkring 3 procent bland både män och kvinnor, vilket är något lägre än motsvarande siffra, 4 procent år 2002.

Levnadsvanor, sociala faktorer och ärftliga faktorer hos individen påverkar risken för att utveckla fetma. Det finns tydliga och ökande sociala skillnader i övervikt och fetma. Variation förekommer mellan 2 till 25 procent överviktiga barn i resursstarka jämfört med resurssvaga områden. Hos pojkar i resurssvaga områden var 29 procent överviktiga och 6 procent feta. Bland flickor var mönstret inte lika tydligt. Ungdomar med svensk bakgrund var i mindre utsträckning överviktiga och feta jämfört med ungdomar med utländsk bakgrund (17).

Psykisk hälsa och ohälsa

Barnets möjlighet att grundlägga en trygg anknytning under spädbarnsperioden har framför allt betydelse för barnets psykiska hälsa under förskoleåldern och tidig skolålder. Därefter tycks det vara andra sociala erfarenheter som är viktiga för den psykiska hälsan. De omständigheter som bidrar till en trygg anknytning är omgivningens lyhördhet för barnets behov och signaler samt omgivningens förmåga att bemöta barnets behov och svara på dess signaler. Detta i kombination med båda föräldrarnas samarbete att uppföstra barnet har identifierats som viktiga faktorer.

Psykisk ohälsa bland unga har belysts för olika åldersspann i olika statistiska underlag, vilket försvårar jämförelser. Det framhålls i olika sammanhang att psykisk ohälsa bland barn är ett växande problem. Vanligen gäller undersökningarna ungdomar (16–24 år) och ökningen är störst bland flickor. En riksomfattande undersökning (Skolbarns hälsosvanor) bland barn i årskurs 5, 7 och 9 visar dock tecken på förbättrad psykisk hälsa för skolbarn med undantag för femtonåriga flickor. Sömnbesvär eller huvudvärk är i denna grupp vanliga besvär hos närmare en tredjedel (19).

Nedsatt psykiskt välbefinnande är betydligt vanligare bland unga än bland äldre och vanligare bland kvinnor än bland män. Data från Folkhälsoenkät 2006 visar att andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande (enligt instrumentet GHQ12 –General Health Questionnaire som mäter subjektiv uppfattning av psykiskt välbefinnande) har minskat bland unga (18–24 år), från 25 procent till 22 procent för unga män och från 44 procent till 36 procent för unga kvinnor. Även en viss minskning av problem med oro/nedstämdhet finns bland både män och kvinnor. Störst andel som har problem med oro/nedstämdhet finns bland gruppen 18–24 åringar, kvinnor nästan 49 procent och män drygt 29 procent. En kunskapsöversikt pekar på att den ökade psykiska ohälsan kan vara en följd av otrygg utbildnings- och arbetsmarknadssituation som försvårar inträdet till vuxenlivet.

Själv mord och självmordsförsök

En allvarlig indikator på psykisk ohälsa är självmordsförsök och självmord. Grupper med högre risk att ta sina liv eller att göra självmordsförsök är barn med utländsk bakgrund (båda föräldrar födda utomlands) och internationellt adopterade barn. Risk för självmord ökar också om barn och ungdomar drabbas av självmord i familjen. Att ha föräldrar med missbruk av alkohol och droger, stressrelaterade och somatiska sjukdomstillstånd, affektiva sjukdomar, personlighetsstörningar eller schizofreni ökar också barnens risk för psykisk ohälsa och självmordsförsök. Övriga riskfaktorer för barn är låg föräldraålder, låg socioekonomisk status, socialbidragsberoende på grund av sjukskrivning, arbetslöshet liksom att vara ensamförälder eller att leva i familjekonflikter samt våld och incest.

Självmondsförsök är vanligare bland yngre och bland kvinnor medan fullbordade självmord är vanligare bland äldre och bland män. I olika enkätundersökningar i Stockholms högstadie- och gymnasieskolor rapporterar cirka 3 procent att de har gjort ett självmordsförsök under det senaste året. Det har skett en tydlig minskning av antalet självmord och självmordsförsök bland den vuxna befolkningen men inte för unga kvinnor mellan 15 och 24 år där självmordstalen ligger kvar på samma nivå som de har gjort de senaste 10 åren.

Skador och våld

Skador förorsakar en stor andel av alla funktionshinder och förtida dödsfall i befolkningen och är den vanligaste dödsorsaken bland barn (över 1 år) och yngre vuxna. De flesta skador bland barn och unga i Stockholms län sker i åldergruppen 6–15 år. Fallskador står för hälften av alla skador bland både pojkar och flickor. Med stigande ålder ökar trafikskadorna. Ju högre konsumtion av alkohol desto större risk att en ungdom kan råka ut för akuta skador av olika karaktär. Avsiktliga skador (själv tillfogade och våldsrelaterade skador) uppvisar ett tydligt könsrelaterat mönster då det är dubbelt så vanligt bland flickor som bland pojkar i åldersgruppen 16–19 år. Enligt Barnsäkerhetsdelegationen (SOU:2002:99) vårdas cirka 3 500 barn och ungdomar (1–20 år) i länet, årligen på sjukhus för avsiktliga och oavsiktliga skador. Därutöver behandlas i öppen vård uppskattningsvis ytterligare 40 000 barn per år.

Barn som lever i familjer där det förekommer våld mellan föräldrar är mycket skyddslösa eftersom barnet står i beroendeställning till förövaren. I SLL:s handlingsprogram Omhändertagande av våldsutsatta kvinnor, konstateras att dessa barn är en grupp som behöver bättre stöd. Risken för barnmisshandel är 15 gånger så hög om mamman misshandlats.

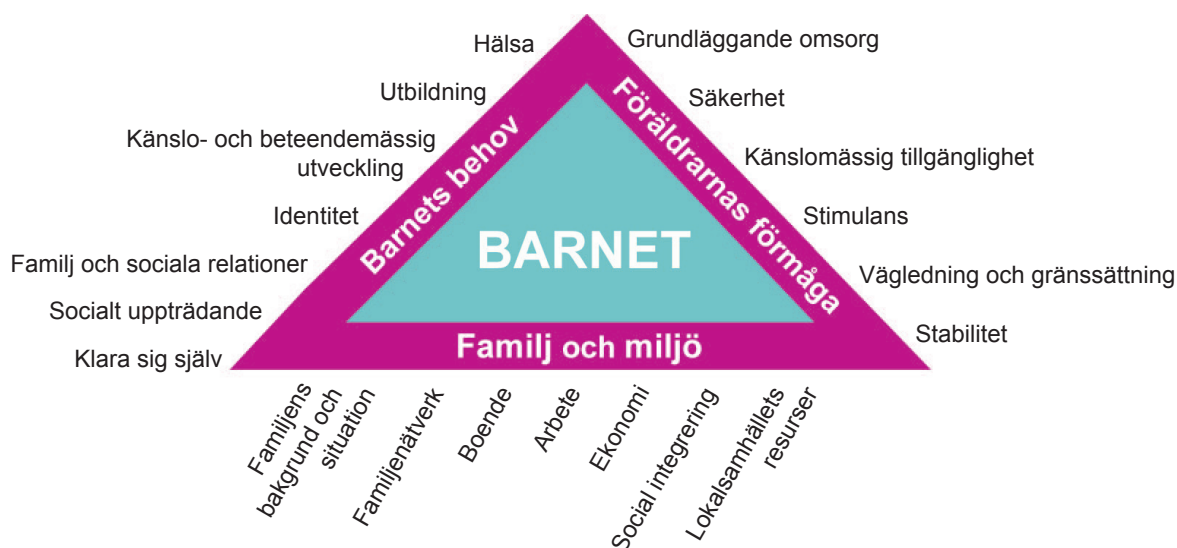
Bland kvinnor i åldern 18–24 år som svarat på Folkhälsoenkät 2006 har 5 procent varit utsatta för fysiskt våld år 2006 vilket är en liten minskning från 2002. Bland män är motsvarande siffra 13 procent vilket är en liten ökning från tidigare mätning i Folkhälsoenkät 2002.

Sammanfattande diskussion – att satsa förebyggande

Här nedan diskuteras olika förutsättningar för att främja barns hälsa bland annat utifrån redovisat hälsoläge. Vidare beskrivs möjligheter till hälsofrämjande och stödjande insatser. Läs mer i rapporten: Hälsoläge och åtgärder Folkhälsoarbete för barn och ungdomar I Stockholms län rapport version oktober 2008 www.folkhalsoguiden.se.

Barn i Stockholms län har minst lika god hälsa som barn i övriga Sverige, vilka anses ha bäst hälsa i världen. Den utveckling som har lett fram till barns goda hälsa idag har också förändrat både barns och vuxnas levnadsvanor. Idag utsätts barn för en rad nya livsstils- och miljöfaktorer som kan leda till andra problem och ohälsa. Sådana förändringar är viktiga att tydliggöra i det fortsatta folkhälsoarbetet för att i tid upptäcka även ”ny” ohälsa hos barn och ungdom.

Förhållanden under barndomen har stor betydelse för hälsan under hela livet. Barns och ungdomars hälsa är starkt relaterat till faktorer i deras omgivning – familjen, förskolan, skolan, vänner och fritid. Barns möjligheter och hälsa är starkt kopplade till föräldrarnas (vårdnadshavarens) socioekonomiska resurser och bostadsområdets förutsättningar för goda uppväxtvillkor.



Figur 5. Barnet i mitten och runt omkring finns de faktorer som påverkar barnets välbefinnande och möjligheter att utvecklas. Källa: Socialstyrelsen

Barnkonventionen ger vuxenvärlden/samhället ett ansvar att verka för barns bästa. Detta ska ske genom att lyfta fram barns rättigheter till god hälsa och utveckling, rätt till att framföra egna synpunkter och bli lyssnade på samt att respektera barns integritet och rättigheter till egna val i olika sammanhang. Ett barnperspektiv (professionellt) och barnets perspektiv (barnens egna synpunkter) måste på olika sätt göras mycket tydligare både i folkhälsorapportering och vad gäller olika åtgärder för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

I regeringens proposition *En förnyad folkhälsopolitik* (Prop. 2007/08:110) är trygga och goda uppväxtvillkor fortsatt ett särskilt målområde. Trygga och goda uppväxtvillkor är avgörande för både barns och ungdomars hälsa och för folkhälsan på lång sikt. Både i folkhälsopropositionen och i regeringens skrivelse *Barnpolitiken – en politik för barnets rättigheter* (Skr.2007/08:111) lyfts vikten av att satsa på barns hälsa. Prioriterade områden är; strategiskt arbete för att genomföra barnkonventionen, stöd i föräldraskapet, bekämpa alla former av våld mot barn samt att främja barns psykiska hälsa. Viktiga satsningar som tas upp är information till föräldrar och barn om barnkonventionen, olika former av föräldrastöd och förändring i familjepolitiken, satsning på skolhälsovård och elevhälsa, utvecklingsarbete och forskning för barns psykiska och fysiska hälsa, nationell mätning av barn och ungdomars psykiska hälsa samt förbättrad tillgänglighet till BUP. Utgångspunkten ska vara att ta tillvara och stärka barns rättigheter och intressen.

I en tid då Stockholms län växer kraftigt är det särskilt viktigt att ta hänsyn till barns miljö och hälsa i samhällsplaneringen. Barns hälsa är både en förutsättning och ett mål för en hållbar utveckling. Hur unga vuxna i regionen mår är också en viktig indikator på regionens hälsa och utvecklingskraft. För att uppnå en hållbar utveckling måste hänsyn tas till miljö, hälsa, jämlikhet och ekonomi vid planering och beslutsfattande. I arbetet för en hållbar utveckling för barns miljö och hälsa är det angeläget att kommunerna och landstinget tar fram gemensamma strategier för samarbete mellan olika verksamhetsområden.

Våldsförebyggande arbete bör vara en kombination av olika insatser. På allmänna platser har god belysning, vakter och ordningsregler stor betydelse. För våld i nära relationer bör utbildningsinsatser, attitydförändringar och myndighetsrespons vara i fokus. Både vuxnas våld och kränkande behandling av barn samt mobbning och våld mellan barn måste bättre synliggöras och motarbetas.

Ökande **segregering** (geografisk/ekonomisk/social) riskerar att spä på redan existerande hälsoskillnader mellan områden och grupper i befolkningen. Det kan också underminera barns lika rätt till trygga och goda uppväxtvillkor. Förskola och skola är här viktiga, och bör kunna erbjuda stödjande miljöer, med god arbetsmiljö som motverkar mobbning och kränkande behandling. Barns (och även barnets föräldrars) möjligheter till olika val av förskola, skola och universitet kan vara stressande och frustrerande i relation till vad som är praktiskt och teoretiskt möjligt.

Viktiga insatser är stöd till föräldrar och barn genom Barnavårdscentralen (BVC) och Mödravårdscentralen (MVC). I stort sett alla barnfamiljer har kontakt med BVC. Verksamheten på BVC riktar sig till alla barn från nyföddhetsperioden till dess att barnet fyller 6 år. Här följer man barnets utveckling och hälsa samt ger föräldrar råd och stöd. På flera håll samarbetar man med öppna förskolan och socialtjänsten i så kallade familjecentraler. Insatser som planeras måste erbjudas både jämlikt och professionellt.

Det är viktigt att alla grupper har tillgång till stöd och vård efter behov. I analyser av socialt och ekonomiskt utsatta grupper finns det bland dessa vårdbehov som inte tillgodoses. De stora skillnaderna som finns inom till exempel tandhälsa grundläggs under barn- och ungdomsåren. Fördelning av resurser i förebyggande arbete är en viktig faktor.

Sedan år 1991 ingår även elever från grundskolan i arbetsmiljölagen vilket innebär att skolans **arbetsmiljö** ska beaktas ur både personalens och elevernas perspektiv. Man bör även från årskurs 7 utse elevskyddsombud. Skolans arbetsmiljö måste uppmärksammas för att ge förutsättningar för lärande genom arbetsro, trygghet och trivsel.

Barn tillbringar en stor del av dygnet inomhus. **Inomhusmiljöer** är resultat av många olika faktorer som kan påverka barn både psykiskt och fysiskt. Inomhusluften påverkas av byggnadens läge, bostadens byggår, inredning, liksom av hur lokalerna används och vårdas. Problem med inomhusmiljö förekommer i förskolans och skolans lokaler precis som i barnens hem. De vanligaste orsakerna till brister i inomhusmiljön är dålig ventilation, felaktiga grundkonstruktioner samt fukt- och mögelskador. Om fler barn än avsett vistas i ett rum eller om aktiviteten i rummet ändrats kan luftens kvalitet försämrats. Felaktig eller otillräcklig städning kan också leda till sämre luftkvalitet. Under senare år har omfattande investeringar gjorts för att rätta till brister i ventilationen på skolan. I skolor där man förbättrat ventilationen drabbades färre elever av nedre luftvägsbesvär jämfört med skolor som hade sämre ventilation.

Buller är en hälsorisk som måste åtgärdas på samhällsnivå. För att uppnå en god ljudmiljö för barn och ungdomar behöver bullret minskas i både befintliga bostäder och skolor. Det är också viktigt att inte nya bullerproblem byggs in i samhället. Bostäder och skolor bör planeras så att bullernivåerna blir låga både inomhus och utomhus.

Ungdomar som har eller har haft någon **allergisjukdom** kan få liknande besvär senare i arbetslivet. De är därför i särskilt stort behov av en adekvat medicinsk studie- och yrkesvägledning. Detta för att inte riskera att utveckla astma, allergi eller eksem i arbetsmiljön och arbetsförhållanden som de kan utsättas för i vissa yrken. Se mer på webbplatsen www.jobbafrisk.se.

Det finns många, både barn och unga som är **överviktiga och feta**. Alltför många är inte tillräckligt fysiskt aktiva. Övervikt som folkhälsoproblem kan bara lösas genom satsningar på förebyggande arbete, bland annat inom barnhälsovård, skolhälsovård och primärvård. En samhällsutveckling som gör de hälsosamma valen lättare kan bidra till minskad förekomst av övervikt och fetma. Det krävs systematiskt arbete genom exempelvis politiska eller administrativa beslut som påverkar bostadsområden, transport och kommunikationer och därigenom möjligheter till vardagsmotion och hälsosamma matvanor.

Att främja ett bra utbud av livsmedel och måltider, inte minst i förskolor och skolor, förbättrar möjligheten att göra hälsosamma val. Gratis och välbalanserade måltider i förskola och skola, vilka når alla barn och ungdomar, har en potential att minska socioekonomiska skillnader i **matvanor**. Förutom skollunchen kan tillgång till frukost och mellanmål samt ett hälsosamt utbud i skolkafeteriorna bidra till att förbättra matvanorna.

Möjligheten att gå eller cykla till skolan, samt kultur och normer inom sociala nätverk påverkar **fysiska aktiviteter** och levnadsvanor. I samhällsplaneringen kan möjligheterna till rörelse och fysisk aktivitet i vardagen främjas med säkrare cykel- och gångvägar,

enkel tillgång på grönområden, samt förskole- och skolgårdar som uppmuntrar till lek och spel.

Barn behöver på ett åldersanpassat sätt få kunskaper om hur kroppen fungerar, om vad som händer såväl kroppsligt som emotionellt i puberteten, om självkänsla, **sexualitet och kärlek**, om hetero-, homo- och bisexualitet, och om hur man skyddar sig mot oönskade graviditeter och könssjukdomar. Barn behöver också skyddas från alla former av sexuellt utnyttjande och sexuella övergrepp liksom från könsstympning. Det förutsätter att barnen ges kunskaper om sin kropp, vetskap att de har rätt att säga nej till beröring, rätt att lita på sina känslor och sin intuition och rätt att berätta när vuxna eller andra barn hotar deras integritet samt kunskap om var man söker hjälp. Detta förutsätter att personal som arbetar med barn har kunskaper i sexualitet och samlevnad samt kunskaper om och lyhördhet inför signaler om kränkande behandling och sexuella övergrepp.

Klamydia är den vanligast förekommande sexuellt överförda infektionssjukdomen i Sverige och sprids huvudsakligen bland tonåringar och unga vuxna. I tonåren behövs tillgång på ungdomsmottagningar samt kondomer och andra preventivmedel. Den bästa informationen om preventivmedel och sexuellt överförbara sjukdomar anser ungdomarna att de fått från ungdomsmottagningen. Ungdomsmottagningen arbetar utifrån ungdomarna och har ett helhetsperspektiv som inrymmer både hälsofrämjande och primär- och sekundärpreventivt synsätt. Flickor/unga kvinnor dominerar när det gäller de individuella besöken. Därför görs insatser bland annat med killmottagningar för att öka pojkarnas andel.

Även om utvecklingen har dämpats har vi under senare år sett en oroväckande stark ökning av **alkoholkonsumtionen**. Detta riskerar medföra fler trafikskador, våld och psykisk ohälsa samt en ökad belastning på sjukvården. Den utveckling som skett innebär att delvis nya grupper som till exempel yngre kvinnor riskerar alkoholrelaterade skador. De viktigaste verktygen för alkoholpreventivt arbete är pris och tillgänglighet. Ett exempel är tillsyn av folkölsförsäljningen i livsmedelshandeln samt att involvera föräldrar i skolans alkoholprevention.

Det finns många goda exempel på **tobaksprevention** i Sverige, som höjd tobaksskatt, kontrakt om tobaksfrihet mellan barn och vuxna och rökfria miljöer.

Utvärderingar av rökavvänjningsprogram riktade till ungdomar har visat att dessa kan vara effektiva. Programmen baserar sig på beteendeinriktade metoder och motiverande samtalstekniker. Skolhälsovården har visat sig vara en viktig resurs och därmed målgrupp för utbildningsinsatser i ovanstående tekniker. Dessa tekniker kan även användas när det gäller andra riskbeteenden som att ha oskyddat sex, alkohol- och drogmissbruk, matmissbruk och spelmissbruk.

Den **psykiska hälsa** påverkas i hög grad av faktorer i samhället som barnhälsovård, skola och familjesituation. Olika hälsofrämjande insatser inom dessa områden kan ha betydelse för att främja barnets psykiska hälsa.

Besvär som oro och nedstämdhet, sömnbesvär och trötthet samt anspänning, stress och värk har ökat bland ungdomar i skolåldern. Den oroande utvecklingen att barn och ungdomar på detta sätt mår dåligt och inte får det stöd de behöver och önskar måste uppmärksammas. I arbetet för att främja den psykiska hälsan ses olika viktiga satsningar som stöd till god anknytning, förutsättningar för goda relationer till föräldrar och andra vuxna, som till exempel skolans hela personal som har ansvar för att elever mår bra och kan uppnå sina kunskapsmål. Skolhälsovården måste stärkas för att kunna delta i det hälsofrämjande arbetet inom ramen för elevhälsan.

Hälso- och sjukvården kan göra en betydande insats i och med att man har kontakt med en stor del av personer med psykisk ohälsa. Från 1990-talet ökade förskrivning av antidepressiva läkemedel till skolungdomar med psykiatriska diagnoser. Detta har emellertid ifrågasatts och förskrivningen har minskat något under de senaste åren. När det gäller att **förebygga självmord** finns många exempel på strategier; kompetenshöjning för vårdpersonal, exempelvis när det gäller att känna till och behandla depression, minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord, samt förebyggande av riskfaktorer, exempelvis alkoholmissbruk. Landstinget har utvecklat och spridit metoder för att exempelvis motverka nedstämdhet bland unga kvinnor.

Unga vuxnas situation har uppmärksamrats mycket under senare år och är viktig att belysa inte minst med tanke på den framtida utvecklingen av folkhälsan. Unga vuxna har förlängt sin studietid, de flyttar hemifrån senare samt bildar familj senare. Förlängningen av perioden mellan barn och vuxenliv innebär för många problem när det gäller arbete och bostad, och därmed ekonomiska problem. En förbättrad introduktion för unga som börjar sitt första arbete kan underlätta övergången från studier till förvärvsarbete. Det finns positiva tecken i denna grupp. Det har skett en viss förbättring av den ekonomiska situationen jämfört med år 2002, det är den enda grupp där vi inte ser en ökning av alkoholkonsumtionen (gäller 18–20 åringar) och andelen feta minskar något. Det finns således en förhoppning om att situationen för unga vuxna förbättras framöver. Vissa resultat tyder på trendbrott i den långvariga ökningen av psykisk ohälsa. Förändringar på arbets- och bostadsmarknaden samt integrationsfrågor är särskilt betydelsefullt för hälsan bland unga vuxna. Den fortsatt höga förekomsten av psykisk ohälsa bland unga kvinnor, liksom ökningen av antalet självmordsförsök är oroväckande och måste följas upp och analyseras noga och förebyggas redan i yngre åldersgrupper.

Referenser

1. Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting. Barn och deras familjer i Stockholms län år 2005/2006. Statistik 2007:2, Stockholm 2007
2. Centrum för folkhälsa Stockholms läns landsting. Folkhälsan i Stockholms län 2007 Folkhälsorapport
3. Barnhälsovården Stockholms läns landsting. Årsrapport 2007
4. Centrum för folkhälsa Stockholms läns landsting. Arbetshälsorapport 2007
5. Skolverket. Attityder till skolan 2006, elevernas och lärarnas attityder till skolan. 2007:299.
6. Lundin A. Orsaker till buller i skolmatsalar samt bullrets effekter på hälsa och ätbeteende hos eleverna. Slutrapport från folkhälsoanslaget (projektnr. LS0408–1609) Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2007.
7. Arbetsmiljöverket. Hot och våld i skolan., Korta sifferfakta, 2007:4
8. Arbetslivsfakta. Ungdomar i arbetslivet. 2006:2 (AMS, AV, FK, SOS)
9. Arbetsmiljöverket och Statistiska Centralbyrån Arbetsmiljön 2005. Stockholm 2006
10. Socialstyrelsen Folkhälsa Lägesrapporter 2006. Stockholm 2007
11. Post A Att fånga en kohort- en bortfallsanalys på skol- och familjenivå I en longitudinell studie om tobak. Centrum för Tobaksprevention rapport nr 2 2001
12. Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting. Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006
13. Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning. Skolelevers drogvanor 2008 Stockholm
14. Månsdotter A, Rydberg M, Wallin E, Lindholm L. Andréasson S. Ansvarsfull alkoholservering i krogmiljö :kostnader, besparingar, hälsovinster Statens folkhälsoinstitut (rapport 2007:9)
15. Modig Wennerstad K, Tholin S, Rasmussen F. Centrum för folkhälsa Epidemiologiska enheten Stockholms läns landsting. Kommunernas arbete med att främja fysisk aktivitet och goda matvanor bland skolbarnen i Stockholms län. En studie av strukturella samhällsfaktorer på kommun- och skolnivå. (Rapport 2007:6)
16. Nordling E, Berglind N, Melén E, Emenius G, Hallberg J, Nyberg F, Pershagen G, Svartengren M, Wickman M, Bellander T. Traffic-related air pollution and childhood respiratory symptoms, function and allergies. Epidemiology. 2008;19:401–8
17. Sundblom E Centrum för folkhälsa Tillämpad näringslära och Epidemiologiska enheten Stockholms läns landsting. Övervikt och fetma hos tio-åriga barn i Stockholms län – förändrade mönster över en fyraårsperiod rapport 37 2006
18. Rasmussen,F., Eriksson M., Bokedal C., and Schäfer Elinder L. (2004): Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. COMPASS – en studie i sydvästra Storstockholm. Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting och Statens folkhälsoinstitut. (Rapport 2004:1)

19. Danielsson M. Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006. Statens folkhälsoinstitut, (Rapport 2006:10)
20. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in inter-country adoptees in Sweden. *The Lancet*, 360: 443–448. 2002
21. Centrum för folkhälsa. Hälsoläge och åtgärder Folkhälsoarbete för barn och ungdomar I Stockholms län rapport version oktober 2008 www.folkhalsoguiden.se

ISBN 978-91-86313-01-2

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**