

Barns psykiska ohälsa

– det är dags att bryta trenden



BRIS

Innehåll

01	Förord
02	Sammanfattning
04	Bris verksamhet
07	Samtalen till Bris 2016
10	Fördjupning psykisk ohälsa
28	Barnets rätt till hälsa, vård och stöd
30	Diskussion och slutsatser
37	Årsstatistik 2016
46	Källor

Om rapporten

Bris årsrapporter tas fram för att belysa det som barn berättar för Bris, och rapporterna ska särskilt lyfta problematik eller ämnen som är ofta förekommande och som samhället behöver fokusera på för att tillgodose barnets rättigheter. I årets rapport är fokus den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga

Redaktör: Anna Holmqvist

Skribenter: Marie Angsell, sakkunnig Bris, Emma Bennwik, barnrättsspecialist Bris, Sven Bremberg, barn- och ungdomsläkare och docent i socialmedicin vid Karolinska Institutet, Silvia Ernhagen, kommunikationschef Bris, Magnus Jägerskog, generalsekreterare Bris, Lisa Mannby, kurator Bris.

Layout: Narva

Foto: Fredrik Hjerling (sid 1), Pexels, Shutterstock, StockSnap, Unsplash

Tryck: Elanders, Mölnlycke 2017

Barnen på bilderna har ingen koppling till innehållet i rapporten.

Citaten i rapporten är exempel på vad barn berättar för Bris. Alla exempel är baserade på autentiskt material men har ändrats för att ingen ska känna igen sig. Barn kan vara helt trygga med att de är anonyma hos Bris.



Förord

Den psykiska ohälsan har under alltför många år ökat i Sverige. I samtalen till Bris vittnar barn och unga om en verklighet som ingen ska behöva leva i.

Det handlar om hur unga slussas mellan samhällets vårdinsatser som både sviker och brister i att tillgodose barnets rättigheter. Det handlar om ensamhet och utsatthet men också om att förändring är möjlig om barnet får det stöd hen har rätt till.

Under 2016 handlade fyra av tio av Bris kontakter med barn om psykisk ohälsa. Rapporten du håller i din hand är en alarmklocka. Den beskriver verkligheten för de barn som kämpar för sin rätt till hälsa. Den visar på att det är dags för förändring – att det är dags att bryta trenden med den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga.

Den psykiska ohälsan är utbredd och orsakerna till den är ofta mångbottnad. I många av barnens berättelser om sitt mående framträder en bild av en nedåtgående spiral, som till slut blir ohanterlig. Ofta beskrivs hur familjen brister, vilket får effekter i skolan, att destruktiva mönster tar över och barnets verklighet fylls av hopplöshet.

Samtalen vittnar också om kraft, om barn som vill få stöd och vård för att kunna må bra. Bris stöttar och hjälper de barnen att hitta rätt.

I denna rapport lyfts barnens röster. Rapporten belyser även forskning kring psykisk ohälsa samt annan forskning kring möjliga orsaker som skulle kunna förklara den ökning av psykisk ohälsa som vi ser i Sverige. Tillsammans ger detta kunskap om barns och ungas mående och utgör en viktig källa för att kunna ta välgrundade beslut för att vända den negativa utvecklingen.

Jag hoppas att du som läsare får en inblick i barns och ungas situation och att du får kunskap om vad just du, som politiker, beslutsfattare, professionell eller medmänniska kan bidra med för att åstadkomma förändring. Det är ett komplext arbete som kräver insatser både på kort och på lång sikt.

Jag vill också rikta ett stort tack till alla som bidragit i arbetet med denna rapport och till dig, som engagerar dig för barnets rätt till hälsa.

Magnus Jägerskog
Generalsekreterare Bris



Den här rapporten visar på att det är dags för förändring – att det är dags att bryta trenden med den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga.

Magnus Jägerskog

Sammanfattning

Den psykiska ohälsan bland barn och unga har ökat från 1980 och fram till idag. Rapportens övergripande slutsats, från genomgången av forskning och barnens samtal till Bris, är att samhället misslyckats att förebygga barn och ungas psykiska ohälsa. En tydlig slutsats är även att samhället i flera avseenden brister i att tillgodose barnets rätt till stöd för sitt mående. Det är dags att ta detta på allvar. Förändring är nödvändig.

Ett kurativt samtal är ett samtal med en professionell kurator på Bris där kontaktorsaken är känd och samtalet har varit stödjande.

Under 2016 ökade antalet kontakter till Bris för andra året i rad. Barn kontaktar Bris av många olika skäl men den utan jämförelse vanligaste kontaktorsaken under året som gått var psykisk ohälsa, vilket var kontaktorsaken i 4 av 10 kurativa samtal. Den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga är också huvudfokus för denna rapport. Rapporten bygger på forskning kring psykisk ohälsa, möjliga orsaker till den, samt på barnens samtal med Bris på samma tema.

Barnens röster

Under 2016 genomförde Bris knappt 10 000 kurativa samtal med barn där kontaktorsaken var psykisk ohälsa. I samtalen beskriver barn olika former av psykisk ohälsa. Det handlar om ångest, nedstämdhet, depression, självskadebeteende och om suicid. Samtalen inrymmer också beskrivningar av hur de upplever sina möjligheter att få stöd i sin närhet, men också sina erfarenheter av kontakt med socialtjänsten, BUP, elevhälsan och andra samhällsinstanter med uppgift att stödja och tillgodose barnets rättigheter. Barnen beskriver själva hur de mår, och ställer frågor om hur de ska göra för att må bättre.

De berättar om oro för vad som ska hända om de söker hjälp, om bristande information från vårdgivare, om brutna tystnadslöften och brist på inflytande över och delaktighet i sin egen vård. Det framgår tydligt att barnets mående påverkas mycket negativt av personalomsättning, långa väntetider eller av att slussas runt mellan olika instanser där ingen ser och tar ansvar för helheten kring barnet.

I samtalen med barn finns en tydlig koppling mellan psykisk ohälsa och familjen. Det handlar om föräldrar som inte orkar stötta sina barn, och utsatthet i den egna familjen på olika sätt. I barns beskrivningar av sin psykiska ohälsa ser vi också kopplingar till skolan och hur barnets skolgång påverkas, liksom att skolan i många fall inte förmår att ge rätt stöd till barn.

Den psykiska ohälsan ökar bland barn och unga

Den samlade forskningen under de senaste decennierna visar att den psykiska ohälsan bland unga har ökat från 1980 och fram till idag, framför allt bland unga från 15 år och uppåt. I internationella jämförelser utmärker sig Sverige, med en klart sämre utveckling än många andra länder. Detta gäller i synnerhet den självrapporterade psykiska ohälsan. I Sverige har även andelen barn med diagnos, forskrivningen av psykofarmaka samt förekomsten av suicid bland unga ökat. I Bris stödjande kontakter med barn ökar förekomst av psykisk ohälsa med stigande ålder. I åldersgruppen 16–18 år handlar så många som 50 procent av samtalen om psykisk ohälsa. Den psykiska ohälsan ökar generellt i gruppen barn och unga, men det bör samtidigt påpekas att vissa grupper är särskilt utsatta för påfrestningar och löper särskild risk för att utveckla psykisk ohälsa.



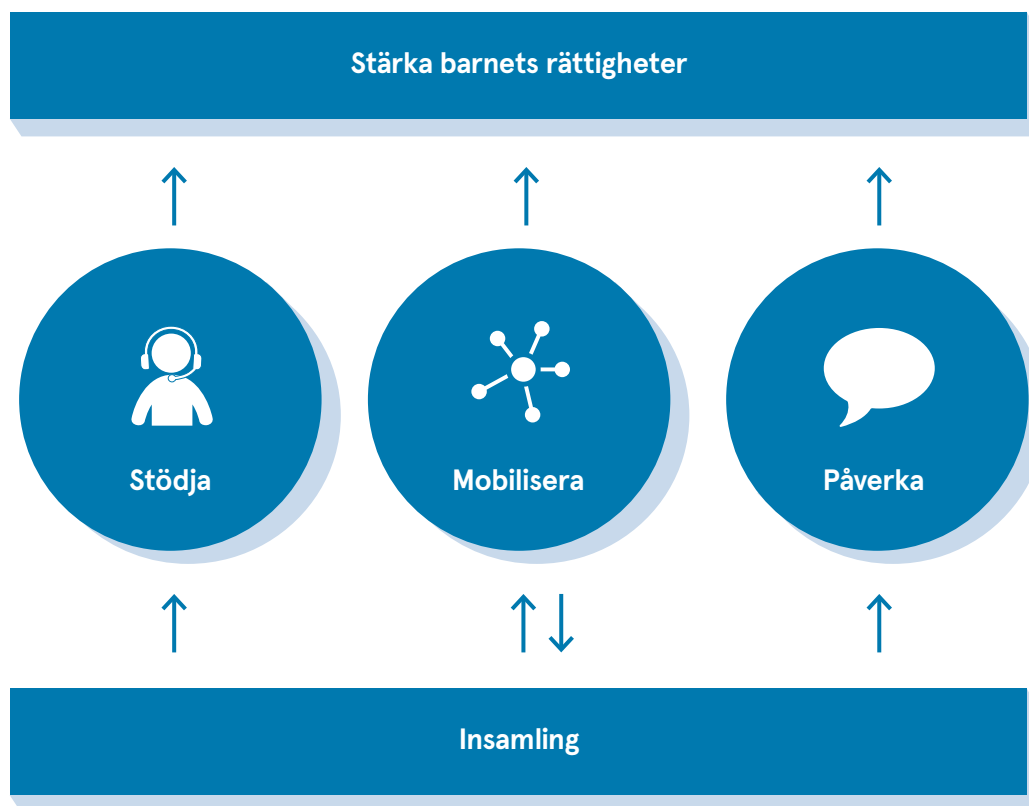
Allt Bris arbete utgår från FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, och syftar till att stärka barnets rättigheter. Bris ger stöd direkt och indirekt till barn, mobiliserar samhället för barnets rättigheter och gör barns röster hörda för att åstadkomma förändring. Bris årsrapport lyfter fram det som unga berättar för Bris och som samhället behöver fokusera på att tillgodose barnets rättigheter.

Övergripande slutsatser

- Vi kan konstatera att den psykiska ohälsan har ökat sedan 1980-talet och är idag utbredd bland barn och unga i Sverige.
- Forskning och barnens vittnesbörd till Bris visar att Sverige har misslyckats med att förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga.
- Samhället brister i flera avseenden med att tillgodose barnets rätt till stöd för sitt mående.
- Det finns ingen enkel förklaring till varför barns psykiska ohälsa ökar – åtgärder på kort och lång sikt är nödvändiga. Fortsatta anslag till forskning, och tillgängliggörande av resultaten är viktigt.
- Det är mer regel än undantag att samhället brister i att göra barn delaktiga i frågor som rör dem, så även i vården. Det är naturligtvis helt oacceptabelt.

Slutsatser

- Alla barn ska ha tillgång till likvärdig vård oavsett var i landet de bor. Idag är det stora regionala skillnader och få landsting lever upp till vårdgarantin.
- BUP och annan specialistvård ska ha möjlighet att leva upp till vårdgarantins 30 dagar. Kompetens behöver stärkas kring bemötande och behandling av traumatiserade barn.
- Första linjens vård behöver bli likvärdig i hela landet, och byggas ut så att unga kan få snabbt stöd inom primärvården och elevhälsan.
- Vårdgivare måste se barnet som rättighetsbärare. Barnet har rätt till inflytande, delaktighet och information i sin vård och ett viktigt steg för att uppnå detta är att barnkonventionen görs till lag.
- Det behövs flera åtgärder för att ge förutsättningar för och stärka föräldrars omsorgsförmåga. Ett första steg är en förstärkt samverkan mellan förskola och barnavård.
- Det krävs ett starkare skydd från samhället för de barn vars föräldrar brister i omsorg. Ett steg är riktade insatser till personal inom förskola och skola om hur man upprättar en anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa.
- Det behövs mer kunskap om hur skolan bäst kan arbeta för att främja barns psykiska hälsa.
- Ungas utanförskap på arbetsmarknaden måste minskas. Sambandet mellan den försämrade arbetsmarknaden för unga och den ökande psykiska ohälsan bland äldre tonåringar bör utredas vidare.
- Varje självmord som har begåtts av ett barn ska utredas.



”

Anledningen till att jag mår dåligt är okänd även för mig. Men det kan ju vara så att det inte finns ett enda stort skäl som är orsak till att jag mår dåligt, utan att det är flera saker som bygger på alltihop. För mig känns det som att det stämmer bättre än att det bara är en stor grej.

Bris verksamhet

Bris, Barnens rätt i samhället, fyllde 45 år under 2016. Målet för organisationen idag, liksom vid starten 1971, är att stärka barnets rättigheter. Grunden för all verksamhet är FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen.

Bris tre verksamhetsgrenar

Bris *erbjuder stöd* till alla barn under 18 år utifrån barnets behov, direkt i vår stödverksamhet och i våra stödgrupper, men också indirekt genom vår vuxentelefon där vuxna får stöd och svar på frågor om barn. Denna årsrapport bygger till stor del på statistik från vår stödverksamhet.

Bris *mobiliserar samhället* för barnets rättigheter, alltifrån medlemmar till kommuner, organisationer och andra samhällsaktörer. Under 2016 startade Bris en ny verksamhet, Bris nätverk, mötesplatsen för barnets rättigheter. Nätverket är uppbyggt utifrån Bris fem regionkontor i Umeå, Stockholm, Norrköping, Göte-

borg och Malmö. Bris nätverk ska möjliggöra möten, dialog och samverkan mellan professionella från olika delar av samhället, den ideella, privata eller offentliga sektorn, samt vara en källa till inspiration och erfarenhetsutbyte. Bris nätverk lanserades på Bris barnrättsdag i Göteborg i september 2016 och hade vid årsskiftet drygt 1 000 medlemmar.

Bris verksamhet handlar också om att *göra barns röster hörda* och på det sättet bidra till att stärka barnets rättigheter. Bris bedriver ett strategiskt opinions- och påverkansarbete med fokus på beslutsfattare och myndigheter, och arbetar också för att nå ut till allmänheten i syfte att hela samhället ska

ha bättre kunskap om barnets rättigheter och kunna bidra till att de tillgodoses. Bris deltar i referensgrupper och politikermöten, skriver remisser och bidrar med expertis. Genom att göra barns röster hörda, samt bidra med analys och åtgärdsförslag, arbetar Bris för att stärka barnets rättigheter på alla samhällets arenor.

Bris verksamhet finansieras via insamling från privatpersoner, företagssponsring, stöd från kommuner och olika stiftelser och medlemsavgifter. Vår möjlighet att stötta barn och att arbeta för att stärka barnets rättigheter står i direkt relation med våra insamlade medel och varje krona gör skillnad i verksamheten. Att bedriva ett aktivt insamlingsarbete är därför också en central del av Bris verksamhet.

Stödverksamheten

Bris ger stöd direkt till barn utifrån barnets behov, och indirekt via vuxna i barnets närhet. Allt arbete utgår från ett salutogent perspektiv och grundar sig på vedertagen forskning om utvecklingspsykologi, anknytningsteori och systemteori. Till detta kopplar Bris teorier och metoder som är särskilt verksamma för målgruppen, som MI och psykologisk första hjälpen.

Bris ger stöd utifrån barnets behov. För vissa barn handlar det om att få tillgång till kunskap och råd på bris.se, Bris informationsmaterial eller genom media. Andra söker direkt stöd från en kurator via telefon, mejl eller chatt. På bris.se finns också ett modererat forum där barn får och ger stöd. Bris erbjuder även olika former av digitalt stöd såsom exempelvis Brisbot på Facebook messenger och Kik.

I Bris stödverksamhet erbjuds barn direkt stöd i kurativa samtal med utbildade kuratorer via mejl, chatt och telefon. Stödverksamheten har öppet varje dag. Barnet kontaktar Bris utifrån ett hjälpbehov som barnet har där och då. Gemensamt för dessa barn är att de väljer att söka sig utanför sitt eget nätverk och vänder sig till Bris som ett komplement till eller som en ersättning för andra viktiga vuxna i barnets närhet. Kontakten med Bris är på barnets villkor och barnet bestämmer själv vilken information hen vill delge om sig själv, sin situation och sina behov. Fokus i kontakterna är det som fungerar, det friska och det som kan förändras. Barn och unga ges stöd i sin situation och får möjlighet att sätta ord på sina tankar och känslor. Målet och förhoppningen är att ett samtal med Bris ska bidra till en ökad förståelse för sin egen situation och att barnet får en idé om vad hen behöver för att må bättre. Att bli bekräftad och tagen på allvar samt att erbjudas handlingsalternativ vet vi bidrar till hopp om att förändring är möjlig. Kuratorernas uppgift är att ge känslomässigt och praktiskt stöd och att informera om barnets rättigheter och om samhällets stödsatser, samt vid behov agera på uppdrag av barnet.

Under 2016 har Bris hänvisat till vidare hjälp för barnet i cirka 30 procent av de kurativa kontakterna. Av dessa kontakter har över hälften handlat om psykisk ohälsa. En del av de kontakter som barn tar med Bris stödverksamhet leder vidare till vad Bris kallar uppdragsarbete, där Bris kuratorer tar på sig att hjälpa barnet vidare, upprätta anmälningar (oftast till socialtjänsten), och företräder barnet i kontakt med olika myndigheter.

Bris erbjuder också individuellt stöd till barn via gruppstöd. Vi arrangerar regelbundet stödhelger för familjer där en förälder begått självmord och för familjehemsplacerade barn. Bris ger gruppstöd online till barn som lider av psykisk ohälsa. Bris bedriver också ett gruppinriktat stöd för ensamkommande barn som flytt till Sverige. I stödgruppsverksamheten får barnet träffa andra barn i samma situation, ges kunskap om sina rättigheter och stöd i att hantera sin situation. Målet är både att stötta barnet här och nu och att förebygga psykisk ohälsa på längre sikt.

Bris barnsyn innebär att varje barn erkänns, respekteras och skyddas som rättighetsbärare. Varje barn har en individuell personlighet, egna behov, intressen och en personlig integritet. Bris bemöter barnet som kompetent och kapabelt. I alla frågor som rör barnet är det barnets rättighet att bli hörd och få sin åsikt respekterad och beaktad. Det är dock aldrig barnets ansvar att ensamt lösa de svårigheter hen står inför eller möjliggöra att rättigheter tillgodoses. Detta ansvarar vuxna i barnets närhet för varför Bris vid behov bistår barnet att få tillgång till en vuxen som ser, förstår och agerar för barnets bästa.

Bris stöd till vuxna består både av information på bris.se där sidorna för vuxna om barn tillhör de mest välbesökta, men också av information i sociala medier, i böcker och i rapporter. På vardagsförmiddagarna kan vuxna som är oroliga för ett barn i sin närhet ringa Bris vuxentelefon – om barn. Via Brisakademin utbildar vi vuxna i allt från att samtala med barn till att motverka nätmobbning. En del av Bris gruppstöd riktar sig även till föräldrar, exempelvis stödhelger för föräldrar och barn som förlorat en förälder i självmord, och stödgrupper för skilda föräldrar.

”

Skulle uppskatta att få hjälp med vart jag kan vända mig. Jag känner mig inte särskilt bekväm med att sitta och prata med min kurator. Detta mejl då jag skriver anonymt är första gången jag faktiskt berättar för någon hur jag mår. Det känns läskigt men jag vill ha hjälp så...

45



Bris fyllde 45 år under 2016

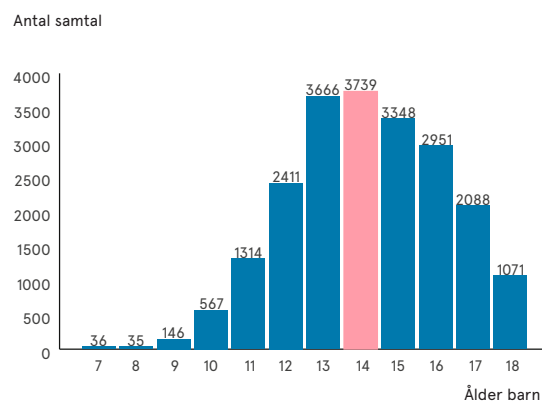


2016 ÅRS VANLIGASTE KONTAKTOMRÅDEN FÖR BARN

Kontaktområden	Förekomst i kurativa kontakter
Psykisk ohälsa	39 %
Familj & familjekonflikter	25 %
Att vara ung	25 %
Vänner	19 %
Skolan	17 %
Våld, övergrepp & kränkningar	17 %
Kärlek	13 %
Samhällets stödinstanser	10 %
Stress	8 %
Vuxnas svårigheter	6 %

Det vanligaste kontaktområdet 2016 var psykisk ohälsa.

ÅLDER PÅ BARN SOM KONTAKTAR BRIS



Bris målgrupp är barn och unga under 18 år. Snittåldern för kurativa kontakter är 14,2 år, och den vanligaste åldern är 14 år.

Samtalen till Bris 2016

Under 2016 besvarade Bris 37 369 kontakter från barn och vuxna. Utav dessa kategoriserades 26 996 som kurativa kontakter, där kontaktorsaken är känd och barnet eller den vuxne fått stöd från någon av Bris kuratorer. Jämfört med 2015 har Bris kurativa kontakter ökat med 3 procent.

På sid 37 finns en mer utförlig presentation av vad barn och vuxna pratat med Bris om 2016.

Av Bris samtliga kurativa kontakter är 9 av 10 kontakter tagna av ett barn, under 2016 uppgick de till 24 690 kontakter. Antalet kontakter med vuxna om barn i vuxentelefonen var under 2016, 2 306 stycken.

De besvarade kontakter som inte kategoriseras som kurativa består till största del av tysta samtal, påläggningar och testsamtal. Dessa är främst förekommande i kontakter via 116 111, Bris stödtelefon för barn. Det kan vara svårt för barn och unga att ta steget att våga inleda ett samtal, och för många tar det några försök innan kontakten resulterar i ett kurativt samtal. All statistik som fortsatt redovisas är baserad på Bris kurativa kontakter.

Bris dokumenterar alla kurativa kontakter utifrån kontaktsätt, kön och ålder samt vad samtalet har handlat om utifrån 55 ämneskategorier.

Barnkontakter

Under 2016 har Bris haft 24 690 kurativa kontakter med barn och unga som själva har sökt kontakt via chatt, mejl eller telefon. De flesta kurativa kontakter-

na har skett via chatt. Den kanal som har ökat mest under året är dock mejlen.

Ålder och kön

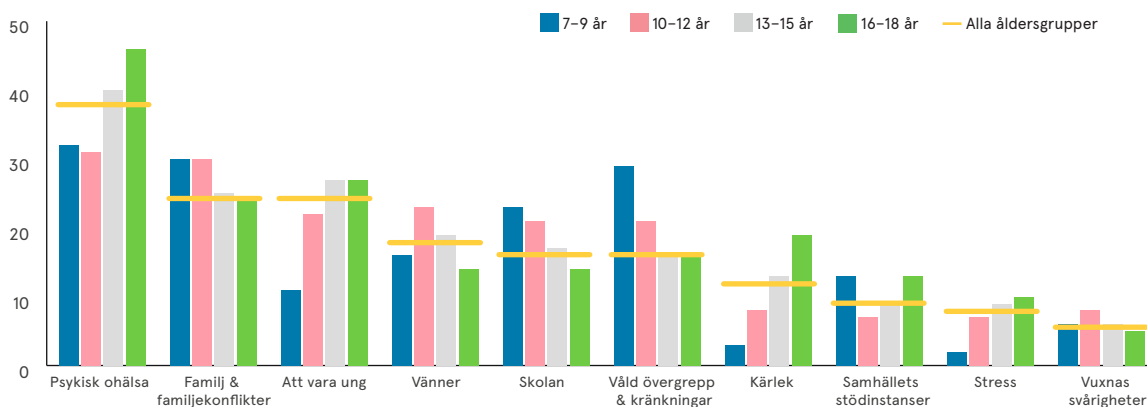
Bris målgrupp är barn och unga under 18 år. Snittåldern för kurativa kontakter är 14,2 år och den vanligaste åldern är 14 år. Den åldersgrupp som har ökat mest jämfört med 2015 är 13-åringar.

Det är vanligare att tjejer kontaktar Bris än killar, under 2016 var 8 av 10 kontakter med en tjej. 14 procent av kontakterna var en kille och i 6 procent av

9/10

av Bris samtliga kurativa kontakter är tagna av ett barn, under 2016 uppgick det till 24 690 kontakter.

SAMTAL TILL BRIS FÖRDELAT PÅ KONTAKTINNEHÅLL OCH ÅLDER



De tio vanligaste kontaktområdena uppdelat på fyra åldersgrupper.



Min pappa är psykiskt sjuk och jag har berättat för BUP om att jag inte är trygg här och att dom får mig att må ännu sämre. Jag vill bo i fosterfamilj men ingen lyssnar.

kontakterna är barnets kön inte känt. Vi ser inte några skillnader i åldersfördelning för kontakter baserat på kön. I en analys av kanalerna är det dock en högre förekomst av kontakter från killar via chatt jämfört med telefon och mejl.

Samtalstid

Ett kurativt samtal kan vara kort eller långt, kvaliteten har inte ett direkt samband med samtalets längd men ett riktmärke är att ett kurativt samtal brukar vara mellan 10–45 minuter. I inledningen av en chatt får barn information om att en chatt pågår som längst 45 minuter. Samtalstiden är uppsatt utifrån Bris erfarenhet att det är vad barn mår bra av, det ligger också i linje med mötestider som erbjuds på BUP och hos skolkuratoren. Anledningen att barnet informeras om detta inledningsvis är att hen ska kunna prioritera och själv vara med och styra vad hen vill hinna ta upp i samtalet. Chattar ställer större krav på struktur, från både barn och kurator. Samma behov att ge ramar för ett telefonsamtal finns inte men ett telefonsamtal brukar inte överstiga 30 minuter.

Vad pratar barn med Bris om?

Barn kontaktar Bris om många olika ämnen, känslor och situationer. Det är barnet som kontaktar Bris som styr vad samtalet handlar om, utifrån barnets behov av stöd och råd. Bris stödverksamhet är därför mycket bred, och kontakttinnehållet för alla kurativa samtal definieras utifrån 55 valbara kategorier. De

flesta samtalen berör flera ämnesområden, i snitt 2,5 kategorier/kontakt.

Det allra vanligaste är att barn kontaktar Bris och söker stöd utifrån problem och svårigheter i sin egen situation men utöver detta söker barn stöd när att en person i dess närhet, exempelvis en vän eller ett syskon, har det svårt.

Under 2016 handlade 4 av 10 kontakter om psykisk ohälsa.

Bris vuxentelefon – om barn

Under 2016 har Bris haft 2 306 kurativa kontakter med vuxna som sökt stöd kring ett barn i dess närhet. 7 av 10 kontakter togs av en förälder. Övriga kontakter fördelas på mor-/farföräldrar, professionella samt andra vuxna i barnets närhet som exempelvis gran-nar, vänner till familjen, idrottsledare och liknande.

I kontakter från vuxna är frågor som rör familjen och konflikter inom familjen den vanligaste kontaktorsaken. Andelen vuxna som kontaktar Bris kring samhällets stödinsatser är betydligt fler, 35 procent, än andelen unga som gör det, 10 procent. Psykisk ohälsa är den klart vanligaste kontaktorsaken från barn och unga till Bris. Det är även ett vanligt ämne i samtal med vuxna. Under 2016 handlade omkring 3 av 10 samtal om det.

VILKA VUXNA KONTAKTAR BRIS?



Under 2016 har Bris haft 2 306 kurativa kontakter med vuxna som sökt stöd kring ett barn i dess närhet. 7 av 10 kontakter togs av en förälder.

VANLIGASTE KONTAKTOMRÅDEN I BVT – BRIS VUXENTELEFON OM BARN

Kontaktområden	Förekomst
Familjen & familjekonflikter	44 %
Skilda föräldrar	37 %
Väld, övergrepp & kränkningar	35 %
Samhällets stödinstanser	30 %
Psykisk ohälsa	28 %
Vuxnas svårigheter	18 %
Skolan	18 %
Stress	12 %

I kontakter från vuxna är frågor som rör familjen och konflikter inom familjen den vanligaste kontaktorsaken.

”

Jag skolkar från skolan flera gånger i veckan på grund av att jag mår så dåligt... Det är inte så att det är något fel med skolan, jag har bra lärare och bra vänner, men jag är för trött för att gå dit.





Mamma kräver att jag ska berätta varför jag har ångest. Men jag visste inte, jag visste bara att jag hade fått det utan att veta varför.

Fördjupning psykisk ohälsa

Under 2016 handlar 4 av 10 samtal till Bris om psykisk ohälsa. Forskning och rapporter har visat hur den psykiska ohälsan har ökat bland barn och unga. I detta avsnitt ges en inblick i barn och ungas mående.

Genom barnkonventionen har Sverige åtagit sig att tillgodose varje barns rätt till sitt liv, att få överleva och att få utvecklas. Varje barn har rätt till sin psykiska hälsa, och rätt till stöd, vård och behandling för att få denna rättighet tillgodosedd. Men vad innebär det egentligen att ha rätt till psykisk hälsa? Går det ens att definiera psykisk hälsa eller psykisk ohälsa objektivt eller är det ett subjektivt välbefinnande (eller brist på detsamma)?

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp. Det finns inte en entydig och självklar definition utan termen psykisk ohälsa kan användas både för mindre allvarliga, och i många fall övergående, besvär som nedstämdhet och oro, och för mer allvarliga symtom som klassas som en psykiatrisk diagnos. Dessutom klassas ofta olika psykosomatiska symtom som psykisk ohälsa, det vill säga kroppsliga besvär som kan vara uttryck för att någon mår psykiskt dåligt, till exempel magont, huvudvärk och annan värk.

Definitioner

Barn

All Bris verksamhet utgår från barnkonventionen. När vi refererar till barn avses alltid FN:s och barnkonventionens definition av barn som alla människor under 18 år.

Psykisk hälsa

En av de vanligaste definitionerna av psykisk hälsa kommer från Världshälsoorganisationen, WHO, och lyder: "ett tillstånd med mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i"¹. Definitionen innebär att psykisk hälsa innefattar mer än bara frånvaro av psykisk sjukdom, och den innefattar också tre aspekter av psykisk hälsa – individens egen upplevelse av välbefinnande, individens liv där hen förverkligar sina möjligheter, samt en tanke om samhällsnyttan med individer som mår bra och bidrar till vårt gemensamma.

Förekomsten av psykisk hälsa är delvis oberoende av frånvaron av psykisk ohälsa. Det vill säga, det är möjligt för en individ att uppleva psykisk hälsa och psykisk ohälsa samtidigt. Situationen för en fiktiv flicka som går i gymnasiet får illustrera detta. Hon upplever studierna som ansträngande och känner sig inte sällan orolig för att inte kunna prestera så bra som hon önskar. Om hon skulle svara på frågor om psykisk ohälsa skulle hon troligen klassificeras som en person med "psykisk ohälsa". Samtidigt presterar hon så bra i skolan att hon räknar med att kunna utbilda sig till det yrke hon önskar. Det är därför realistiskt att hon kommer att kunna "arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i". Trots att hon upplever studierna som ansträngande är hon på fritiden verksam i en frivilligorganisation som ger stöd till utsatta ungdomar. Hon känner sig på det hela taget nöjd med sitt liv, trots att hon av och till känner sig orolig. Enligt WHO:s definition förefaller hon ha en god psykisk hälsa samtidigt som hon också lider av "psykisk ohälsa".

Psykisk ohälsa

Det finns ingen entydig och allmänt accepterad definition av "psykisk ohälsa", vilket också gör att det är svårt att mäta både förekomst och utveckling över tid.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anger att psykisk ohälsa beskriver olika tillstånd då människor visar tecken på psykisk obalans eller har symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan, beroende av typ och omfattning, i olika grad påverka funktionsförmågan. Symtomen är inte så omfattande att det går att ställa en diagnos och kan ofta uppfattas som normala reaktioner på en påfrestande livssituation².

Europakommissionen ger uttryck för liknande uppfattning som SKL³. Europakommissionen påpekar också att begreppet psykisk ohälsa används som en samlad beteckning för psykiska besvär, både mindre allvarliga problem och problem som uppfyller kriterierna för en diagnos.

¹ World Health Organisation. What is mental health? 2007: <http://www.who.int>.

² Sveriges Kommuner och Landsting. Psykisk hälsa 2014: <http://www.skl.se>.

³ European Commission. Green paper. Improving the mental health of the population.

Towards a strategy on mental health for the European Union Brussels: European Commission; 2005.

Bris har för denna rapport valt att använda Socialstyrelsens definition⁴ av psykisk ohälsa: ”Psykisk ohälsa omfattar tillstånd med olika grad av psykisk ohälsa, allt ifrån enstaka, mer eller mindre plågsamma besvär av oro eller nedstämdhet till psykiska sjukdomar som kräver slutenvård.”

Det är en bred definition som täcker in de kontakter Bris har med barn om psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa eller psykisk stress?

Det är vanligt med psykiska besvär hos barn och unga och oftast är det övergående. Det är viktigt att skilja på bestående psykisk ohälsa och psykisk stress som går över. En påfrestande situation, en kris, som till exempel skilsmässa, sjukdom i familjen eller närståendes död påverkar barnets hela livssituation och kan också ge symptom men som är helt normala reaktioner utifrån det barnet går igenom och tvingas hantera. Det är viktigt att inte sjukdomsförklara det som är normala reaktioner i livet eller känslor som är en del av barns och ungas utveckling och uppväxt. Samtidigt är det oerhört viktigt att tidigt fånga upp de barn och unga som lider av sådan psykisk ohälsa att besvären riskerar att bli bestående eller påverkar barnets funktionsförmåga. Lika viktigt är det att barnet får rätt stöd och hjälp att hantera sin situation så att en kris eller potentiell traumatisk händelse inte leder till psykisk ohälsa över tid hos barnet.

Psykiatriska diagnoser och psykisk sjukdom

När det kommer till psykisk sjukdom menar SKL att det handlar om psykisk ohälsa av sådan karaktär och omfattning så att symtomen eller den funktionsnedsättning de leder till kvalificerar till en diagnos⁵. I Sverige används den uppsättning av psykiatriska diagnoser som har fastställts av WHO, International Classification of Diseases (ICD)⁶. Som stöd för att fastställa psykiatriska diagnoser används i Sverige en manual (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) med kriterier som utvecklats av det amerikanska psykiatrisällskapet (American Psychiatric Association).

Även i Bris kontakter som kategoriserats som psykisk ohälsa finns kontakter om psykisk sjukdom, men eftersom Bris inte diagnostiserar barn kan kontakterna inte kategoriseras som psykisk sjukdom.

Vad säger forskning om barns psykiska hälsa?

Det finns inga svenska studier som undersöker alla dimensioner av psykisk hälsa hos barn och unga

såsom det definierats här⁷. De flesta undersökningar som finns att ta del av låter barn själva skatta sitt välbefinnande, och majoriteten av barnen i Sverige säger sig må bra.

I Folkhälsomyndighetens återkommande undersökning *Skolbarns hälsovanor* uppger majoriteten av eleverna i åldrarna 11, 13 och 15 år att de har en god hälsa och ett högt välbefinnande. Men framför allt bland flickor minskar andelen med åldern, och välbefinnandet hos flickor har också minskat över tid i de senaste mätningarna. Bland 15-åringarna skattar 14,5 procent av flickorna och 9,5 procent av pojkarna sin egen hälsa som dålig eller ganska dålig⁸.

Förekomsten av psykisk ohälsa bland unga

Den samlade forskningen under de senaste decennierna visar att psykisk ohälsa bland unga i åldern 15–24 år har ökat från 1980 och fram till idag. De studier som hänvisas till noterar en fördubblad eller tredubblad förekomst av psykisk ohälsa under perioden 1980–2014. Det är framför allt i 15-årsåldern som ökningen syns i de tillgängliga svenska studierna. Detta stämmer väl överens med Bris stödjande kontakter med barn, där vi ser att samtal om psykisk ohälsa är vanligast i den äldsta åldersgruppen, 16–18 år.

”

Vet inte vad jag ska svara när någon frågar varför jag skippat något i skolan, får ångest inombords.

4 av 10



samtal till Bris 2016 handlade om psykisk ohälsa.

⁴ Socialstyrelsen, Att utveckla grunddata och indikatorer. För barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik, 2015.

⁵ Sveriges Kommuner och Landsting. Psykisk hälsa 2014: <http://www.skl.se>.

⁶ WHO. International Classification of Diseases (ICD) 2014: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

⁷ Bremberg & Dalman, ”Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga”, 2015.

⁸ Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsovanor i Sverige, 2013/14.



Jag vill sluta på BUP för att mamma mår dåligt av att jag måste gå där. Hon säger att hon är en dålig mamma och misslyckad... känns som största misstaget att börja på BUP.

Här presenteras resultaten från tre studier kortfattat. Dessa studier har gemensamt att de är återkommande, och att samma undersökningsmetod används vid varje mätning. Alla bygger på att de unga som svarar själva får svara på frågor om hur de mår och vilka besvär de har, så kallad självskattad hälsa. Detta är ett vanligt sätt att mäta psykisk hälsa och psykisk ohälsa på. Samtidigt kan det vara intressant att ha i åtanke att mer utåtagerande beteenden som skulle kunna vara symtom på psykisk ohälsa, som aggressivitet och våldsanvändning, inte fångas upp i dessa studier. Ett annat problem är att få studier mäter hälsan hos barn upp till 18 år i Sverige, eftersom ungdomar enligt Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor är mellan 13 och 25 år. Många undersökningar har därför fokus på ”unga vuxna” snarare än barn enligt barnkonventionens definition⁹. Det innebär att två av de studier som presenteras nedan, *Skolbarns hälsovanor* och *Ung i Värmland*, är de enda som undersöker hälsa hos barn upp till 18 år över lång tid. Den tredje studien, *ULF/SILC* från Statistiska Centralbyrån, nämns för att den sätter den ökande psykiska ohälsan hos unga i relation till äldre åldersgrupper.

Skolbarns hälsovanor, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), är en internationell undersökning av 11-, 13- och 15-åringars hälsa, sociala relationer, skolmiljö och levnadsvanor¹⁰. Undersökningen samordnas av WHO, genomförs i representativa urval av skolor och bygger på frågeformulär. I Sverige har undersökningen genomförts vart fjärde år sedan 1986, senast 2014.

I studien får unga själva skatta sina psykiska besvär i form av sömnsvårigheter, nedstämdhet, irritation och nervositet, och om de förekommit oftare än en gång i veckan under det senaste halvåret. Bland 11- och 13-åringar förändras förekomsten oregelbundet under perioden 1986–2014 utan någon tydlig trend över tid. Bland 15-åringar har däremot, under samma period, en fördubbling skett av andelarna flickor och pojkar som anger denna typ av besvär. Flickor anger ungefär dubbelt så ofta som pojkar att de har dessa besvär, men ökningen sker i samma takt för båda könen. Se figuren på sidan 14.

Utvecklingen av psykosomatiska besvär i form av huvudvärk, ryggont, magont och yrsel mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna har

följt ett liknande mönster. Således har bland 11- och 13-åringar inga tydliga förändringar skett under tidsperioden. Bland 15-åringar har däremot andelarna som anger dessa besvär fördubblats under åren 1986–2014.

Bland 15-åringar har ökningen av psykiska och psykosomatiska besvär varit tydligare i Sverige, jämfört med utvecklingen i övriga nordiska länder. Skillnaderna mellan länderna för flickor framgår från figuren på sidan 15, som visar andelen 15-åriga flickor som uppgett att de har minst två former av besvär mer än en gång i veckan.

Ung i Värmland är en undersökning som genomförs bland elever i grundskolans skolår 9¹¹. I studien ingår uppgifter om förekomst av psykiska och psykosomatiska besvär. År 1988 angav 9,3 procent av de unga som svarade att de ofta eller alltid under läsåret haft besvär av att de känt sig spända. Tjugotre år senare, år 2011, var det 17,8 procent som svarade jakande på samma fråga. I de studier som refereras ovan konstateras alltså en ökning av psykisk ohälsa bland unga sedan 1980-talet fram till idag. En intressant fråga att ställa sig är förstås om gruppen unga särskiljer sig eller om den psykiska ohälsan ökar hos alla i Sverige.

I Statistiska centralbyråns (SCB) årliga undersökning av levnadsförhållanden i befolkningen från 16 år och uppåt (ULF/SILC) ingår sedan 1980 en fråga om besvär av ångslan, oro eller ångest. Där utmärker sig åldersgruppen 16–24 år¹². Under perioden 1980–2015 tredubblas andelen som anger sådana besvär från 9 till 28 procent. Andelen i åldersgruppen som anger svåra besvär av ångslan, oro eller ångest sexdubblas under samma period, från 1,5 till 8,9 procent. I nästa åldersspann, 25–64 år, finns också en ökad förekomst av besvär av ångslan, oro eller ångest, men i mindre omfattning. I åldrarna över 65 år minskar förekomsten av besvär.

Förekomsten av psykiatriska diagnoser och psykisk sjukdom bland unga

För att undersöka förekomsten av psykiatriska diagnoser krävs undersökningar av representativa urval av befolkningen. Hittills har enbart en sådan studie av depression bland unga i åldern 16–17 år genomförts i Sverige¹³. Först fick deltagarna besvara två enkäter om sin psykiska hälsa, och de som då visade

⁹ Bremberg & Dalman 2015.

¹⁰ WHO Regional Office for Europe. Health Behaviour in School Children, a WHO Collaborative Cross-National Study 2015: <http://www.hbsc.org/>.

¹¹ Hagquist, skolmiljö, mobbning och hälsa: Resultat från Ung i Värmland 1988–2011. Karlstad: Karlstad Universitet; 2012.

¹² Statistiska centralbyrån. Undersökningar av levnadsförhållanden – ULF 2016: <http://www.scb.se>.

¹³ Olsson & von Knorring. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;99(5):324–31.

A young man with dark hair, wearing a black hoodie and a brown satchel, is looking upwards with a contemplative expression. He is standing in a forest with many thin, dark tree trunks in the background. The lighting is soft, with some light filtering through the trees.

”

I somras så gjorde jag illa mig själv och jag ville dö. Jag gör inte illa mig själv längre men jag vill fortfarande dö. Jag vill inte tänka så längre. Men det finns ingen anledning till att jag ska finnas.



Orkar inte med mig själv längre, vet inte ens vem jag är.

tecken på depression intervjuades av psykiatriskt utbildad personal. Studien visade att 1,7 procent av pojkarna och 6,7 procent av flickorna uppfyllde kriterierna för att ha haft en klinisk depression under föregående år. Eftersom det inte finns några upprepade studier går det inte att tala om någon utveckling över tid bland unga i Sverige. Men enligt siffror från Socialstyrelsen har antalet unga mellan 15 och 19 år som vårdats för depression och andra förstämningssyndrom tredubblats mellan 1998 och 2012¹⁴. Samtidigt har förekomsten av sjukhusvård för psykiatriska diagnoser i befolkningen som helhet bara ökat obetydligt under samma period.

Vård på vårdcentraler och inom den öppna psykiatriska vården har också ökat. Det går dock inte att utesluta att sjukhusvård för dessa diagnoser blivit vanligare, men utan att förekomsten i befolkningen har ökat. Det saknas visserligen ett täckande nationellt register över öppen vård men några landsting har upprättat lokala register som gör det möjligt att följa utvecklingen över tid. En sammanställning över utvecklingen i Stockholms län under perioden 1998–2004 visar att andelen individer i åldern

18–24 år som under året haft kontakt med öppen landstingsdriven psykiatrisk vård nästan fördubblats under perioden med en ökning från 29 personer av 1000 till 49 personer av 1000¹⁵. En studie av besök inom primärvård och psykiatri i Stockholms och Östergötlands län under perioden 2008–2012 visar på en fortsatt ökning, särskilt för vård av depression¹⁶. I åldern 18–24 år, hade i Östergötlands län år 2008 2,5 procent sökt vård för depression under de föregående fem åren. År 2012 har denna andel stigit till 3,5 procent. Motsvarande uppgifter för Stockholms län visar på en ökning från 3,1 till 5,3 procent.

I läkemedelsregistret finns också uppgifter om konsumtion av läkemedel. På tio år, mellan 2006 och 2015, har förskrivningen av antidepressiva läkemedel till barn och unga i åldrarna 5–19 år fördubblats¹⁷. Variationen i landet är mycket stor. Modern antidepressiv medicin är ofta effektiv. Effekten på barn och unga är dock kontroversiell eftersom systematiska sammanställningar av studier tyder på att sådan behandling av unga ökar risken för självmord^{18, 19}.

¹⁴ Socialstyrelsen. Diagnoser i slutenvård 2016. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>.

¹⁵ Dalman C, Wicks S, Jörgensen L (2005) Psykiatrisk vårdkonsumtion i Stockholms län 1998–2004. Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, Stockholm.

¹⁶ Wirehn A-B, Andersson A, Dalman C, Bokström T. Barn och ungas psykiska ohälsa. Epidemiologisk kartläggning av diagnosregistrering i Region Östergötland och Stockholms läns landsting. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.

¹⁷ Socialstyrelsen. Statistikdatabas / Läkemedel 2015: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel>.

¹⁸ Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ. 2009;339(aug11).

¹⁹ Sharma T, Guskis LS, Freund N, Gotzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ. 2016.

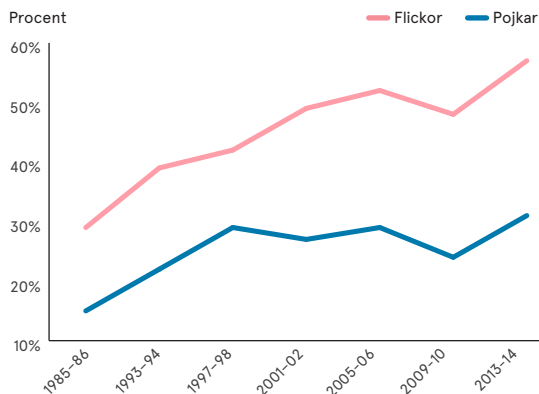
ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL

+100%



På tio år, mellan 2006 och 2015, har förskrivningen av antidepressiva läkemedel till barn och unga i åldrarna 5–19 år fördubblats.

NEDSTÄMDHET BLAND 15-ÅRINGAR



Andelen 15-åriga flickor och pojkar som uppger att de varit nedstämda mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2013/14. Källa: Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14

Unga, som på grund av en funktionsnedsättning inte kan arbeta, har rätt till förtidspension/aktivitetsersättning. År 1990 nybeviljades förtidspension i ålder 19–29 år till omkring 1 500 personer, år 2003 till 2 276 och år 2015 till 8 693²⁰. Ökningen sedan år 2003 kan helt förklaras av ökat antal ersättningar som beviljas på grund av psykisk sjukdom.

Självordsförsök och självmord

Den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa är självmord. Här finns en oroande utveckling bland barn och unga i Sverige. I åldern 15–19 år har förekomsten av självmord ökat något under perioden 1998–2014 i motsats till utvecklingen i åldern 20–85 år under samma period där förekomsten har minskat²¹. Det är en utveckling som skiljer sig från övriga nordiska grannländer, där självmord i åldrarna 15–19 år minskar under perioden 1997–2013²².

Andelen självordsförsök har dock inte ökat på samma sätt, utan låg 2014 på samma nivå som år 2001, visserligen med en temporär uppgång däremellan 2007²³.

Vilka unga lider av psykisk ohälsa?

Forskning och myndighetsrapporter har visat på ett antal riskfaktorer för framtida psykisk ohälsa. Att växa upp i familjer där det finns problem med missbruk, psykisk ohälsa eller våld innebär en högre risk för att barnet själv i framtiden ska utveckla psykisk ohälsa²⁴.

De miljöer ett barn vistas i under uppväxten kan vara både skyddande eller öka risken för att ett barn ska utveckla psykisk ohälsa. Familjeförhållanden, barnets uppväxtmiljö i övrigt och vilka trygga vuxna personer som finns i barnets närhet och hur barnets sociala relationer ser ut har stor betydelse för ett barns psykiska hälsa, men också för möjligheten att få stöd eller själv kunna hantera eventuella kriser eller förändringar av hälsan. Utformningen av skolan har avgörande betydelse i detta, eftersom svenska barn har skulpikt och tillbringar mycket tid i skolan. Inte minst understryks skolans betydelse av de markant ökade riskerna för självordsförsök och självmord bland de unga som har haft svårt att klara skolan.

”

I min familj pratar vi inte så mycket om känslor, hur man mår, för jag är inte så öppen med det.

²⁰Försäkringskassan. Sjuk- och aktivitetsersättning. Antal nybeviljade mottagare efter åldersgrupp, 2016.

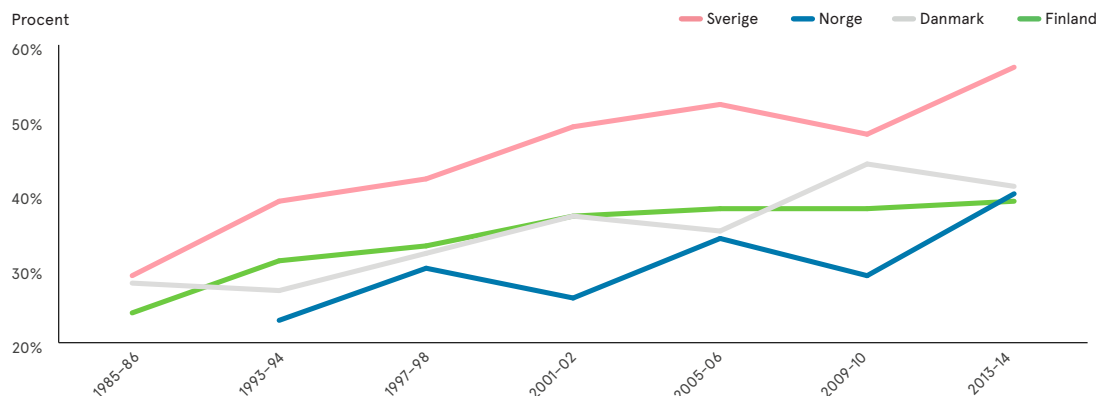
²¹Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker 2016: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>.

²²World Health Organization Regional Office for Europe. European mortality database 2016: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.

²³Socialstyrelsen. Statistikdatabas för yttre orsaker till skador och förgiftningar 2016: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/yttreorsaker/tillskadorochforgiftningar>.

²⁴Folkhälsomyndigheten, Barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller våld, 2016.

UTVECKLING AV PSYKISK OHÄLSA BLAND 15-ÅRIGA FLICKOR



Utveckling av psykisk ohälsa bland 15-åriga flickor i de nordiska länderna 1985–2014. Psykisk ohälsa har definierats som minst två former av besvär mer än en gång i veckan under de senaste halvåret. De besvär som ingår i definitionen har varit irritabilitet, nervositet, sömnsvårigheter, nedstämdhet, huvudvärk, magvärk, ryggvärk samt yrsel.

Källor: Bremberg S. Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatrica*. 2015;104(10):997–1004 & Folkhälsomyndigheten. Seminar 2016–06–14: Nordic trends in Mental Well-being from the Health Behaviour in School-aged children study. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2016.



Vad ska man göra (som personen bredvid) när någon kompis/pojkvän/släkting får panikångest – skakar, grinar och vill dö?

Extra utsatta grupper av barn

Att växa upp med missbruk, psykisk ohälsa eller våld i hemmet påverkar ofta skolprestationen. Tydligaste sambandet går att se hos barn till missbrukande föräldrar som oftare har låga betyg i årskurs 9 än andra barn, och som också i lägre grad än andra barn med jämförbara betyg fullföljer en eftergymnasial utbildning²⁵.

En annan riskgrupp är barn som är placerade i samhällets vård, på institution eller i familjehem. Barn i social dygnsvård på institution eller i familjehem är en högriskgrupp för psykisk ohälsa både före placeringen och under tiden i vård. I en forskningssammanställning från Forte går att läsa att barn i social dygnsvård oftare uppfyller kriterier för en diagnos enligt DSM-V och att förskrivningen av psykofarmaka är mycket utbredd i svensk dygnsvård även bland små barn. Personer som varit placerade i samhällets vård har mycket högre dödlighet i unga vuxna år jämfört med andra jämnåriga och självmordsförsök förekommer i förfärande omfattning skriver rapportförfattarna. Placerade barn är en högriskgrupp för att utveckla psykisk ohälsa i ung vuxen ålder, eftersom de befunnit sig i riskmiljöer där deras behov inte blivit tillgodosedda. Flertalet familjehemsplacerade barn har erfarenhet av våld och missbruk men också av övergrepp. Även denna grupp barn riskerar att få låga skolresultat och därmed ligga i riskzonen för att utveckla psykisk ohälsa²⁶.

Barn med erfarenhet av krig, förföljelse och flykt är en grupp med stora behov av stöd där många lider av psykisk ohälsa, riskerar att utveckla psykisk ohälsa, eller där deras psykiska ohälsa förvärras av situationen i Sverige. Utsattheten är sedan tidigare stor i den här gruppen och den tillfälliga lagen som gäller när denna rapport skrivs har ytterligare förvärrat situationen för dem. Det finns ingen plan från de politiska beslutsfattarna för att möta konsekvenserna av den

hårda asyltagstiftningen, men de här barnen har samma rättigheter som alla barn som befinner sig i Sverige. Nu kommer rapporter från lärare, elevhälsa, BUP och socialtjänst om att de inte räcker till för att stötta dem.

Omkring 14 procent av barn i årskurs 6 och 9 har en funktionsnedsättning, enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten. Dessa barn upplever oftare psykisk ohälsa och fler stressrelaterade symptom i sin vardag jämfört med barn som inte har en funktionsnedsättning.

Socioekonomiska skillnader märks även när det kommer till barns och ungas hälsa. En systematisk sammanställning visar att psykiska problem och psykisk sjukdom bland tonåringar är 2–3 gånger vanligare bland tonåringar som kommer från socialt mindre gynnande förhållanden jämfört med ungdomar från gynnande förhållanden²⁷.

Ett barn som tillhör en eller flera av dessa grupper är alltså särskilt utsatt för risken att utveckla psykisk ohälsa. Även om tillhörighet till riskgrupper inte diskuteras närmare inom ramen för denna rapport är detta en viktig förståelse att ha med sig.

Risk- och skyddsfaktorer i barnets uppväxtmiljö

Ett barns familjeförhållanden och relationen med föräldrar eller andra vuxna är mycket viktiga för barnet både under uppväxten och för att rusta barnet för vuxenlivet. Att bli behandlad med respekt och omsorg är en rättighet, och motsatsen leder till psykisk ohälsa. En aktuell systematisk sammanställning av den omfattade vetenskapliga litteratur som behandlar föräldraskapets betydelse för barns psykiska hälsa visar att om föräldrar visar bristande värme, är strängt kontrollerande och om föräldrarna inte ger barnen möjligheter till att handla självständigt, ökar risken för att barn och ungdomar utvecklar oro, ångest och depressiva symptom. Likaså visar en annan systematisk sammanställning att fysisk och emotionell försummelse och misshandel från föräldrarnas sida avsevärt ökar risken för att barnen utvecklar psykiska problem och psykisk sjukdom, både på kort och lång sikt²⁸.

Utformningen av skolan har avgörande betydelse för hur många som lyckas mindre väl och därigenom löper ökad risk för allvarliga psykiska problem. Fullständiga betyg i årskurs 9 brukar ofta nämnas

Åk 9

Fullständiga betyg från grundskolan nämns ofta som en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa.

²⁵Hjern A, Arat A, & Vinnerljung B. Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 2014:4. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga: 2014.

²⁶Forte. Barn och unga i samhällets vård. Forskning om den sociala dygnsvården, 2015.

²⁷Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. Soc Sci Med. 2013;90:24–31.

²⁸Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012;9(11):e1001349.



som en skyddsfaktor, barn som klarar årskurs 9 löper lägre risk att drabbas av psykisk ohälsa senare i livet. Två svenska studier ger stöd för denna uppfattning. Gruppen ungdomar med lägst betyg i årskurs 9 löper 6 gånger högre risk för att göra självmordsförsök före 30 års ålder, jämfört med gruppen med högsta betygen²⁹. En liknande studie av samband mellan betyg i årskurs 9 och risk för fullbordade självmord visar på motsvarande samband³⁰. Även under tiden då ungdomar fortfarande går i skolan förefaller

de som lyckas mindre väl också ha mer psykiska problem. En svensk studie visar att ungdomar, både i grundskola och gymnasiet, som får icke godkända betyg har ökad förekomst av psykiska problem³¹.

Att gå ut skolan med betyg är alltså en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa. Men givetvis utgör skolmiljön ett skydd eller en risk på fler sätt än så. Många av barns och ungas viktigaste relationer finns i skolan, med kamrater, lärare och andra vuxna.

”

Älskar min mamma mest i världen. Hon är snäll så länge jag mår bra, så jag försöker att inte visa när jag mår dåligt.

²⁹ Jablonska B, Lindberg L, Lindblad F, Rasmussen F, Ostberg V, Hjern A. School performance and hospital admissions due to self-inflicted injury: a Swedish national cohort study. *Int J Epidemiol*. 2009;38(5):1334–41.

³⁰ Björkenstam C, Weitof GR, Hjern A, Nordström P, Hallqvist J, Ljung R. School grades, parental education and suicide – a national register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(11):993–8.

³¹ Folkhälsomyndigheten. Nya resultat om ungas medieanvändning och hälsa 2015.



Jag fick diagnosen depression för cirka 3 år sedan. Jag har fått en hel del antidepressiva, ångstdämpande och sömnmediciner utskrivna sedan jag fick min diagnos och jag har gått i en del terapi också, men ingenting har fungerat eller gjort någon positiv skillnad.

Bris kontakter om psykisk ohälsa

Samtalen till Bris om psykisk ohälsa beskriver många gånger en verklighet inget barn ska behöva leva i. Det är beskrivningar om ensamhet, ett liv utan hopp, familjer som brister och hur samhällets stöd- och vårdinstanser sviker.

Redogörelsen för Bris kontakter om psykisk ohälsa bygger på statistik över Bris kontakter med barn och på djupläsning av inkomna mejl till Bris.

Barn är anonyma när de kontaktar Bris. Alla exempel som används är omgjorda så att ingen ska känna igen sig själv eller någon annan. Inget barn är alltså direktciterad.

Psykisk ohälsa är en samlingskategori för sju olika kontaktorsaker som barn har till Bris; Nedstämdhet, Ångest, Självdestruktivitet, Själv-mord, Depression, Åtstörningar och Diagnoser. Den vanligaste kategorin är Nedstämdhet. Det är en bred kategori som ofta finns med, få kontakter handlar bara om nedstämdhet. Av Bris samtliga kontakter handlar 9 procent om ångest. Självdestruktivitet och självmord berörs i 5 respektive 7 procent av kontakterna.

Psykisk ohälsa som samlingskategori är något vanligare i kontakter från tjejer än från killar, i 40 respektive 30 procent av de kurativa kontakterna. Ordningen på underkategorierna skiljer sig något beroende på kön. Killar pratar oftare om självmord och diagnoser än om självdestruktivitet och åtstörningar som är vanligare bland tjejer.

Kontakter om psykisk ohälsa ökar med stigande ålder med ett undantag; självmord, som är vanligare i åldern 7–9 år än nästa åldersgrupp på 10–12 år. Det ska tas på allvar att barn i den yngsta åldersgruppen lyfter funderingar kring självmord, även om vi behöver ha i beaktande att de är få till sitt antal jämfört med antalet i de följande åldersgrupperna och befinner sig inom den statistiska felmarginalen.

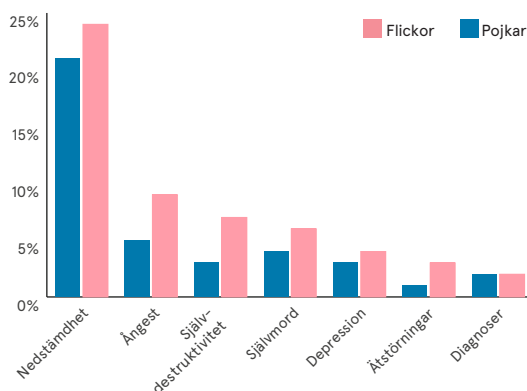
Det är inte lätt att förstå och sätta ord på svåra känslor och tankar, barn använder olika sätt för att beskriva sitt mående. Det de flesta barn som vänder sig till Bris för sin psykiska ohälsa har gemensamt är att de vill ha svar på frågorna: Vad är det med mig och varför mår jag så här? Hur ska jag göra för att må bättre?

Vad är det med mig och varför mår jag så här?

Är det något fel på mig? Är det min personlighet? Är det bara som jag inbillar mig? Finns det en diagnos, ord för, det jag känner? Det är exempel på frågor som barn ställer. Det kan finnas flera olika anledningar till att ett barn börjar må dåligt och behöver stöd och hjälp. I barns egna beskrivningar ser vi att barnet ofta själv har någon teori, förklaring eller farhåga kopplat till sitt eget mående men många gånger är komplexiteten större än att det går att identifiera en eller flera enskilda orsaker till måendet.

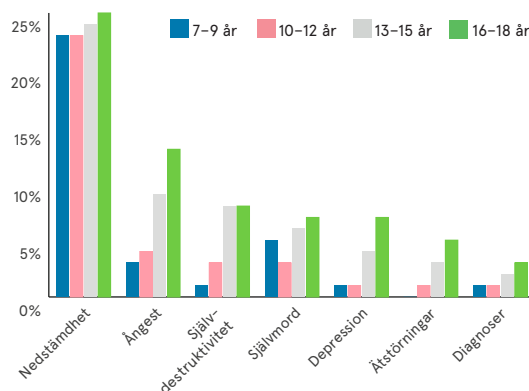
Bris statistik visar att kontakter som handlar om psykisk ohälsa ofta förekommer tillsammans med kategorierna Att vara ung, Skolan, Familjen, Vänner samt andra områden inom psykisk ohälsa, det vill säga att de olika underkategorierna berörs i samma kontakt.

PSYKISK OHÄLSA OCH KÖN



Psykisk ohälsa som samlingskategori är något vanligare i kontakter från tjejer än från killar, i 40 respektive 30 procent av de kurativa kontakterna.

PSYKISK OHÄLSA OCH ÅLDER



Kontakter om psykisk ohälsa ökar med stigande ålder med ett undantag: självmord.

Familjen – en röd tråd i samtal om psykisk ohälsa

Kopplingen mellan psykisk ohälsa och familjen är den som tydligast framkommer i samtalen till Bris. I Bris statistik samvarierar familjen med alla underkategorier i psykisk ohälsa – det vill säga att i en stor del av Bris kontakter med barn om psykisk ohälsa berörs familjen på något sätt i samtalet. Bland de omständigheter i familjen vi ser kan ha påverkat barnets psykiska hälsa negativt finns både enskilda och avgränsade händelser och utsatthet över tid.

I våra kontakter beskriver många att föräldrarna inte klarar av att ge dem det stöd de behöver. De beskriver föräldrar som till synes inte orkar eller vill förstå hur barnet mår och som inte visar empati när barnet mår dåligt. Föräldrar som beskrivs som uppgivna och handfallna. En del berättar om föräldrar som reagerar med ilska och aggression när barnet visar att hen mår dåligt. Det kan också handla om föräldrar som istället för att respektera och ta barnets mående på allvar gör narr av och skojar om barnets självskadebeteende, självmordstankar och depression. Flera barn berättar hur de försökt att prata med sina föräldrar men känt att de inte blir tagna på allvar. Det kan handla om att föräldrarna inte medverkar till att barnet får behandling eller inte engagerar sig tillräckligt till exempel i kontakten med BUP.

I många av våra kontakter om psykisk ohälsa beskriver barn, och vuxna, föräldrar som kämpar med egna problem. Förmågan att vara en bra förälder påverkas av hur den vuxna mår och hur hens livssituation ser ut.

Andra barn berättar att de väljer att inte vända sig till och prata med sina föräldrar. Ibland för att de inte har något hopp om att det kommer att hjälpa, ibland för att de helt enkelt inte brukar eller är vana att prata med föräldrarna på det sättet.

En förälder i kris, tillfällig eller långvarig, eller med andra problem, har svårare att klara sitt föräldraskap. När barn beskriver föräldrar som inte förmår ge dem det de behöver handlar det ofta om att föräldern har fullt upp med att försöka hantera sitt eget mående, konfliktfyllda relationer eller stress och oro. Tillgången till andra vuxna och möjligheten att be någon utanför familjen om hjälp är en skyddande faktor för barn med föräldrar som inte räcker till.

I våra kontakter kan vi se att när barn inte kan prata med sina föräldrar, få stöd i och hjälp att förstå och hantera sitt mående, får det konsekvenser. Att inte veta vad det är för fel, om det går att få hjälp och hur det i så fall går till, är skrämmande och tar mycket kraft, framförallt för barnet som känner att hen måste hantera det på egen hand. Barnet har alltid rätt till vård och stöd för sitt mående, men är beroende av att föräldrar/vårdnadshavare uppfyller sina skyldigheter för att rättigheten ska tillgodoses.

Barnens arbetsmiljö – skolan

Det finns ett samband mellan skola och psykisk ohälsa, såväl i en kvalitativ som en kvantitativ analys. Framförallt på det sättet att många barn som beskriver sitt dåliga mående också tar upp svårigheter i relation till skolan. Ibland återfinns en utsatthet i skolan, t.ex. kränkande behandling men många gånger beskriver barn en ond cirkel där skola och psykisk ohälsa påverkar varandra negativt.

En del barn berättar att pressen i skolan gjort att de utvecklat stress, oro och ångest. Men många beskriver snarare att det är det dåliga måendet som har lett till problem i skolan eller att barnet känner stor oro över att det ska göra det. Oberoende av vad det dåliga måendet har orsakats av är oron för att inte klara av eller orka med skolan stor hos barn som redan lider av psykisk ohälsa. Om barnet börjar halka efter i undervisningen eller rent av slutar att gå till skolan, spår det på känslan av hopplöshet. Barn som tappat greppet om skolan beskriver ofta sig själva som värdelösa. Motståndet mot att ändå försöka växer ju längre tid som går. De flesta barn är mycket medvetna om de konsekvenser det kan få att inte klara av skolgången. Många uttrycker en oro för hur det ska gå i framtiden om de går ut skolan med låga eller ofullständiga betyg. Den oron kan förstås leda till stress och kanske ytterligare trigga barnets dåliga mående. Flera av de barn som vänder sig till Bris med psykisk ohälsa berättar att de är sjukskrivna från skolan. Andra går bara inte dit. Ett hinder kan vara rädslan för att få ångest och drabbas av en panikattack barnet inte kan kontrollera. Många berättar att deras dåliga mående redan har fått konsekvenser för betygen.

Sammantaget blir det ohanterligt, många barn beskriver att de tappat kontrollen. Att försöka hantera både en ådstörning eller panikångest och oro och stress för skolan blir för mycket, en ond cirkel. Måendet påverkar skolan och skolan påverkar måendet. Den cirkeln klarar inte barnet att bryta på egen hand.

Ensamhet

En tredje återkommande omständighet vi kan se är utsatthet i relation till andra, utanför hemmet. Framför allt handlar det om känslan av ensamhet i relation till jämnåriga. Kopplingen mellan ensamhet och psykisk ohälsa är välkänd och bekräftas också i våra kontakter. Barn beskriver upplevelsen av att inte höra till, att sakna relationer till jämnåriga.

”

Mamma säger att jag bara hittar på för att få henne att må dåligt och att hon inte förstår vad hon gjort för att förtjäna det.

9%

av Bris samtliga kontakter handlar om ångest.



Jag hatar att jag har så lätt att känna mina känslor. Jag kan inte bli ledsen utan att börja gråta, jag kan inte bli arg utan att jag måste slå på nåt eller kasta saker. Jag känner bara negativa känslor. Jag vet inte varför de är så. Jag orkar inte ha de såhär. Jag orkar inte gråta varje dag.

Ibland tänker barnet att det är ensamheten som gör att hen mår dåligt, ibland att det är måendet som gör att hen drar sig undan ifrån andra och att ensamheten är en konsekvens av det. Barn som inte orkar komma iväg till skolan förlorar inte bara undervisningstimmar utan också viktiga sociala kontakter. En konsekvens av att inte klara av skolan kan alltså bli ensamhet.

Att vara ung

I våra kontakter ser vi att kategorin "Att vara ung" förekommer i 23 procent av samtalen om psykisk ohälsa. Av de barn som kontaktar Bris om psykisk ohälsa kämpar en del med sin självkänsla. Många beskriver sig själva som tråkiga, värdelösa, fula, äckliga och fel och utgår ifrån och förstår att andra inte vill vara tillsammans med dem. Ibland är självkänslan tydligt kopplad till utsatthet i relationer, mobbning och kränkningar i skolan eller våld hemma. Den låga självkänslan hos barnet gör att hen tenderar att ta på sig skuld och lägga alla förklaringar till sitt mående på sig själv. I kontakten med Bris tenderar barn att ha lättare att tala nedvärderande om sig själva än om personer som till exempel utsätter dem för övergrepp.

Självkänslan, den känsla barnet har av sig själv, hänger nära samman med barnets psykiska hälsa. Vi ser en tydlig koppling mellan låg självkänsla och självskadebeteende. Barnets självkänsla återfinns också som ett hinder i barnets benägenhet att söka hjälp. Om barnet

inte ser sitt eget värde tenderar barnet inte anse sig vara värd att må bra och ha en god hälsa.

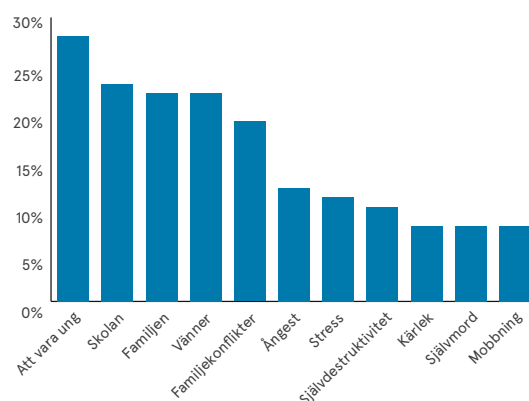
Sviktande självförtroende är för många en naturlig del av vuxenblivandet. Samtidigt är barn tydliga med att de inte upplever sig tagna på allvar när de berättar om sitt mående för vuxna om de beskriver dåligt självförtroende, svag självkänsla eller självtvivel istället för att t.ex. berätta om det självskadebeteende eller själv-mordstankar dessa känslor leder till. Många beskriver att de möts av bortförklaringar, av vuxna som säger att det "bara är tonåren", att det beror på puberteten och att det kommer att gå över. Barns reaktioner på det bemötandet är delat: några uttrycker stark frustration medan andra blir lugnade.

Om vuxna är för snabba med att kategorisera barnets mående som en del av tonårsutvecklingen så finns en risk att de missar vilka konsekvenser barnets självkänsla får för andra livsområden, och därmed också möjligheten att förebygga psykisk ohälsa hos barnet. Låg självkänsla i sig är varken farligt eller ovanligt men kan få stora konsekvenser för barn om barnet inte tas på allvar och får stöd i att antingen normalisera sina känslor eller stöd med de följder den låga självkänslan fått för barnets psykiska hälsa.

Nedstämdhet

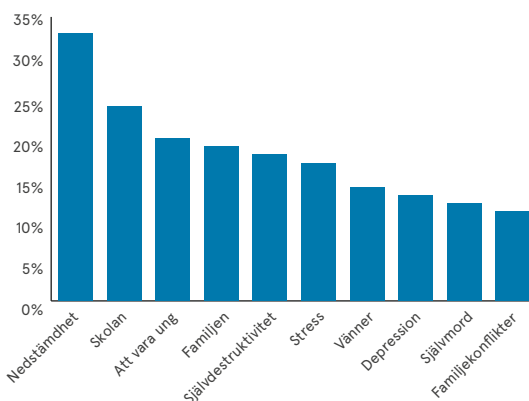
Nedstämdhet förekommer ofta i barns kontakter med Bris, det gäller både tjejer och killar i alla åldrar.

SAMTAL OM NEDSTÄMDHET I KOMBINATION MED ANDRA ÄMNEN



I kontakter om nedstämdhet pratar barn ofta om annat kopplat till det. 12 procent av kontakterna om nedstämdhet handlade också om ångest, och 11 procent om stress.

SAMTAL OM ÅNGEST I KOMBINATION MED ANDRA ÄMNEN



I kontakter som handlar om ångest pratar barn ofta också om annat som kan vara kopplat till ångesten, exempelvis har 24 procent av alla kontakter om ångest också handlat om skolan, och 19 procent om familjen.

Många barn kontakter Bris och beskriver en stark känsla av nedstämdhet som barnet inte upplever vara övergående eller tillfällig. Att så många barn beskriver känslor av nedstämdhet kan bero på att det handlar om känslor som är relativt lätta för barn att sätta ord på, men också att det är vanliga känslor – normala reaktioner på situationer och relationer i barnets liv. Kontakter som bara handlar om nedstämdhet är ovanliga, knappt 1 procent av Bris kurativa kontakter. Utifrån detta behöver barns upplevelse av nedstämdhet förstås i relation till de kontaktområden som ofta förekommer tillsammans med nedstämdhet, och föranleder känslan.

Barn som pratar om nedstämdhet pratar också både om inre och yttre omständigheter. Med inre omständigheter menas exempelvis Att vara ung som är den vanligaste kategorin, men nedstämdhet berörs också ofta i kombination med övriga kategorier inom Psykisk ohälsa, som Ångest, Självdestruktivitet och Självmod. Med yttre omständigheter menar vi att barns känsla av nedstämdhet påverkas av utsatthet i Skolan, Vänner, Familjen.

Barn beskriver för Bris hur deras nedstämdhet får konsekvenser som påverkar barnet i vardagen, exempelvis att barnet inte vågar, längre vill eller orkar göra saker hen tidigare mådde bra av att göra, eller inte längre känner igen sig själv.

Just eftersom nedstämdheten ofta påverkas av och påverkar andra omständigheter i barnets liv kan det ibland vara svårt för barnet att få sitt mående taget på allvar av vuxna i dess närhet. Fokus tenderar att bli exempelvis på skolsituationen, eller familjen snarare än barnets egna mående. Om barnet behöver hantera sin nedstämdhet på egen hand riskerar det att leda till annan psykisk ohälsa, som ångest eller självdestruktivitet.

Ångest

I kontakter som handlar om ångest beskriver barnet sin egen eller andras upplevelse av ångest och/eller panikångest samt att dessa känslor har en negativ inverkan på måendet. Många beskriver rädsla, oro och uppgivenhet inför de starka känslorna som ångesten framkallar och konsekvenserna det får i barnets liv och situation. Ångest är ett välkänt begrepp och användbart för att beskriva stark oro. När barnen i våra kontakter säger att de har ångest kan vi inte alltid veta om det betyder att det är en diagnos de har, eller om ångest är ett ord de väljer att använda för att beskriva sitt mående. Vi ser att många barn saknar information och kunskap om vad ångest är, och vilken hjälp som finns att få.

Även i kontakter som handlar om Ångest pratar barn ofta också om annat som kan vara kopplat till ångesten, exempelvis har nästan 25 procent av alla kontakter om ångest också handlat om skolan, och nästan 20 procent om familjen.

24%

av alla kontakter om ångest handlar också om skolan.

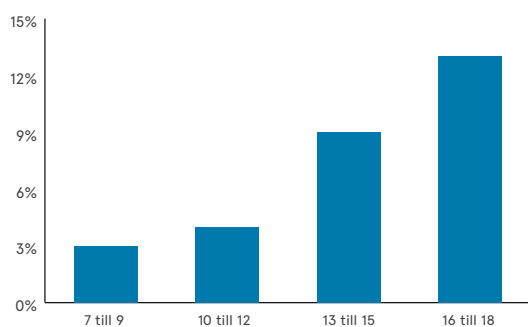
20%

av alla kontakter om ångest handlar också om familjen.

23%

av samtalen om psykisk ohälsa handlar också om kategorin Att vara ung.

SAMTAL OM ÅNGEST FÖRDELAT PÅ ÅLDER



Samtalen om Ångest ökar med stigande ålder hos barnen.

”

Psykisk ohälsa omfattar tillstånd med olika grad av psykisk ohälsa, allt ifrån enstaka, mer eller mindre plågsamma besvär av oro eller nedstämdhet till psykiska sjukdomar som kräver slutenvård.

”

Jag är en ensam tjej som inte har några vänner. Jag har svårt att komma nära någon då jag upplever att de vill skada mig eller ska lämna mig ensam som alla andra har gjort mot mig. Alla andra i min klass försöker komma nära mig men jag drar mig alltid undan från dem.

Samtalen om Ångest ökar med stigande ålder hos barnen. En tänkbar förklaring till detta är att det tar tid för barn att identifiera sina känslor. I lägre åldrar är det vanligt att allt mående beskrivs som nedstämdhet, medan äldre barn har ett annat språk.

Självdestruktivitet

Bland barn under 13 år är det få kontakter som handlar om självdestruktivitet, men för barn mellan 13 och 18 år handlar ungefär 8 procent av de kurativa kontakterna om det. Barn som söker hjälp hos Bris beskriver hur de dämpar och reglerar känslor som ångest och stark oro genom att skada sig själva. Att de hamnar i onda cirklar, med ett självskadebeteende som är svårt att bryta och komma ur.

Några exempel på sätt att skada sig själva som barnen berättar om är att skära sig, bränna sig med tändstickor, gnugga sönder skinnet med suddgummi, klämma sönder knotttror/finnar/ blåsor så att det börjar blöda, slå sig själv, dricka alkohol, slå knogarna blodiga, hetsäta, svälta sig, hetsträna, isolera sig. Det finns också barn som skadar sig själva genom att utsätta sig för stora risker, destruktiva relationer och sexuellt våld.

Gemensamt för de barn som kontakter Bris och söker stöd och hjälp utifrån att de själva eller någon i dess närhet skadar sig eller har funderingar kring självdestruktivitet är frågan hur en ska göra för att sluta. Många beskriver att de känner skam och skuld inför de handlingar deras mående tar sig uttryck i. Dessa känslor gör att många barn försöker klara sig själva,

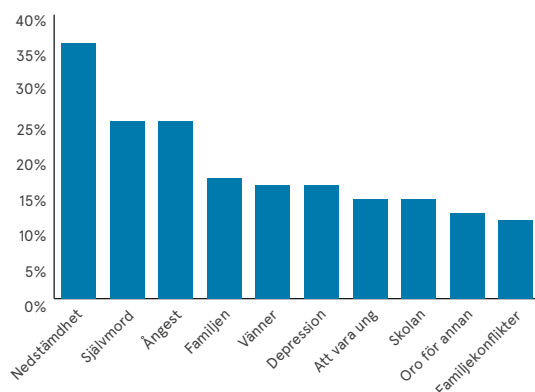
utan att söka stöd från någon i dess närhet. I våra kontakter är det vanligt att barnet inte har vågat berätta om sin självdestruktivitet för någon.

Det är relativt vanligt att barn söker kontakt med Bris för att prata om ett annat barns utsatthet. I kontakterna som rör självdestruktivitet handlar 12 procent av samtalen om Oro för annan. Få av dessa kontakter handlar om Samhällets stödinstitutioner. Sammantaget stärker detta Bris uppfattning att barn i stor utsträckning försöker klara sig på egen hand när det handlar om självdestruktivitet.

Självmod

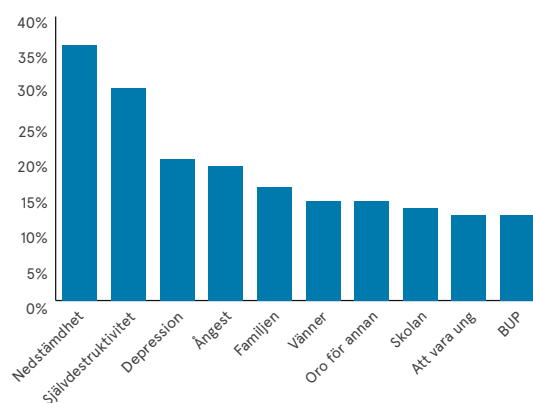
Att ha tankar om att inte vilja leva är normalt både bland tonåringar och vuxna. I Bris kontakter med barn om psykisk ohälsa berättar barn både om tankar på att inte vilja leva, om självmordstankar och om självmordsförsök. Ungefär 5 procent av kontakterna om psykisk ohälsa handlar om självmord, och det är oftare tjejer som pratar om det än killar. Vanmakten, att inte längre orka må dåligt och att inte kunna se någon väg ur det, gör att en del barn prövar tanken på att ta sitt liv. Många barn är tydliga med att förklara att det inte är samma sak att inte orka leva som att vilja dö. Tanken på självmord är skrämmande för många. Bland Bris kontakter om självmord återfinns också många samtal med barn som själva har försökt ta sitt liv, eller så har någon i dess närhet tagit sitt liv, eller försökt ta sitt liv. Barn söker då stöd i krisen som uppstår och i sin sorg, men också för att få hjälp att hantera den starka oron att det kommer hända igen.

SAMTAL OM SJÄLVDESTRUKTIVITET I KOMBINATION MED ANDRA ÄMNEN



I kontakter om självdestruktivitet pratar barn också om annat kopplat till det. 12 procent av samtalen handlade om oro för annan, alltså ett barn som vill prata om ett annat barns utsatthet.

SAMTAL OM SJÄLVMOD I KOMBINATION MED ANDRA ÄMNEN



Ungefär 5 procent av alla Bris kontakter handlar om självmord, och det är oftare tjejer som pratar om det än killar. 14 procent av kontakterna om självmord handlade om oro för annan, kanske oro för en vän.



”

Min bror tog livet av sig. Han är, eller var eller vad man säger, min bästa bror. Han och jag gjorde typ allting ihop fast sen började han må dåligt och då var allt skit.



”

Jag vågar inte fråga om min eventuella ätstörning hos skolsköterskan om jag inte är 100 procent säker på att hon inte kommer att föra detta vidare. Jag undrar ifall hon måste berätta det jag säger till henne vidare till mina föräldrar.

Av samtalen som rör självmord handlar 14 procent av oro för annan, det är alltså tänkbart att det är barn som är oroliga för en vän. Det är också noterbart att de här samtalen oftare handlar om depression jämfört med andra kontakter om psykisk ohälsa.

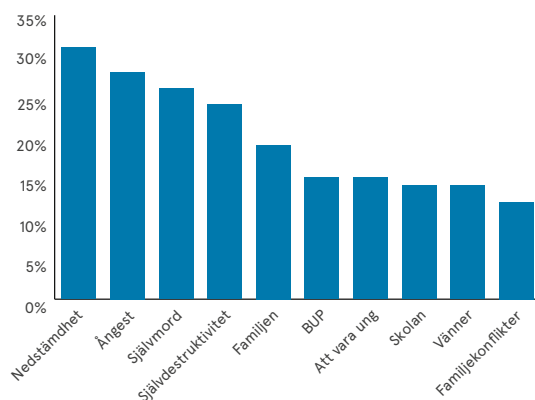
Depression

I kontakter som handlar om depression är barnet orolig och hjälpsökande angående en diagnostiserad depression, eller utifrån funderingar om sig själv eller

ett barn i sin närhet. Depression är, liksom ångest, ett välkänt begrepp och användbart för att beskriva stark nedstämdhet eller känslor av hopplöshet. När barnen i våra kontakter säger att de har en depression kan det ibland betyda att de har en diagnos, ibland att det är det ord de väljer för att beskriva sitt mående.

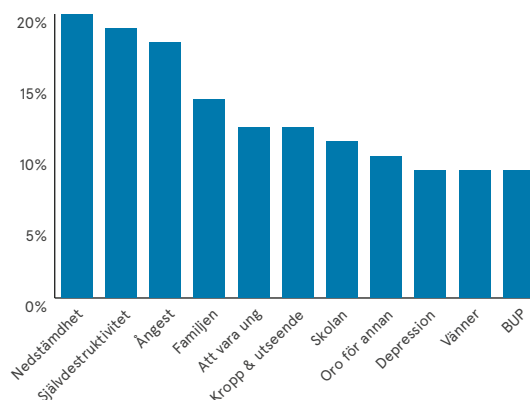
De flesta barnen beskriver att de mått dåligt under lång tid, har börjat fundera på att söka hjälp eller upplever att den hjälp de får inte hjälper.

SAMTAL OM DEPRESSION I KOMBINATION MED ANDRA ÄMNEN



Samtalen om depression handlar om flera andra områden inom kategorin psykisk hälsa. Barnet har ofta mått dåligt en längre tid.

SAMTAL OM ÄTSTÖRNING I KOMBINATION MED ANDRA ÄMNEN



När barn berättar att de har en ätstörning berörs också självdestruktivitet i hög utsträckning.

Samtal som handlar om depression handlar ofta om flera andra områden inom kategorin Psyisk ohälsa, vilket vi på Bris också märker i barns beskrivningar av att ha mått dåligt en längre period. I 15 procent av kontakterna om depression har barn en pågående kontakt med BUP, eller önskar stöd från BUP.

I kontakten med Bris är barnets fundering om hen har en depression vanligt förekommande, och hur hen ska veta eller få reda på det.

Ätstörningar

I barns kontakter om ätstörningar beskriver de anorexia, bulimi, och ortorexi, antingen självupplevd eller utifrån en oro för ett annat barn. Ibland uttrycker barnet en koppling till kropp, vikt och utseende men många gånger är fokus i samtalen barnets upplevelse av att behöva kontrollera sitt matintag, räkna kalorier eller träna dagligen. Barn berättar om strategier de har för att inte bli påkommen av en vuxen i sin närhet. Barnets önskan att få hjälp att ta sig ur sin ätstörning är inte lika tydlig som i kontakterna som handlar om självdestruktivitet. Många barn är naturligtvis hjälpsökande men många beskriver också att de inte vill bli friska för att det kommer medföra en kontrollförlust.

När barn berättar att de har en ätstörning berörs också självdestruktivitet i hög utsträckning, 19 procent av kontakterna. Många barn som berättar att de har en ätstörning beskriver också att de har andra självdestruktiva beteenden. Ätstörningar förekommer inte alls i åldersgruppen 7–9 år, och sedan i

låg omfattning i åldersgruppen 10–12 år. Detta kan förstås utifrån att ätstörningar är den första kategorin där Kropp & utseende är en vanlig kombination. Vanligen börjar barns beskrivningar av ätstörningar med att de tar kontakt utifrån komplex, funderingar på vikt eller träning för att sedan övergå till att söka stöd utifrån en oro för en ätstörning.

Diagnoser

För att en kontakt ska dokumenteras som att den handlat om diagnoser har barnet antingen en diagnos som hen berättar om eller så uttrycker barnet önskemål om att utredas utifrån en tanke om en eventuell diagnos. Ofta söker barnet stöd i hur hen ska gå tillväga för att få svar på sina funderingar om diagnosen. Andra gånger önskar barnet prata om hur det känns att ha en diagnos, för vissa barn är det en lättnad, för andra ett stigma.

När en kontakt handlar om Diagnoser förekommer den i princip alltid tillsammans med en eller flera andra kategorier inom Psyisk ohälsa. De vanligaste bland Bris kontakter är Ängest, Depression och Nedstämdhet. Samtal om Diagnoser hamnar också relativt ofta även i kategorin Funktionsnedsättningar, där neuropsykiatriska diagnoser återfinns. Många barn som har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning uttrycker funderingar på andra diagnoser, och omvänt.

Hur ska jag göra för att må bättre?

En av de vanligaste frågorna till Bris är ”hur ska jag göra för att börja må bättre?”. Ett stort ställningsta-

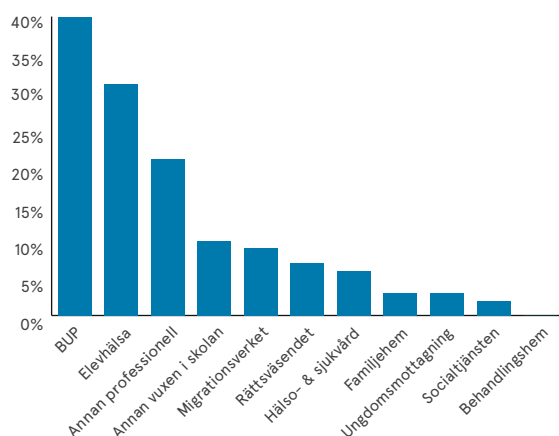
19%

av kontakterna som har en ätstörning berörs också av självdestruktivitet

30%

Under 2016 har Bris hänvisat till vidare hjälp för barnet i cirka 30 procent av de kurativa kontakterna.

SAMTAL OM PSYISK OHÄLSA OCH ANDRA HJÄLPINSTANSER



Bland de barn som har en pågående kontakt med en hjälpinstans är BUP vanligast vid kontakter om psykisk ohälsa. För alla Bris kontakter är elevhälsan vanligast.

”

Hur ska jag göra för att börja må bättre?

En av de vanligaste frågorna från barn som kontakter Bris om psykisk ohälsa.

99

Man är djupt i ett hål och kan inte komma ut ur hålet, man kan inte fokusera på någonting, allting känns mörkt och det känns som att man inte kan göra något åt det ungefär.

28%

av barnen som kontakter Bris i chatt och telefon har en pågående kontakt med annan hjälpinstans.

gande för barn som mår psykiskt dåligt är om hen ska söka hjälp eller inte – om hen ska berätta eller behålla allt för sig själv. De flesta barn som lider av psykisk ohälsa vet att de behöver någon annans hjälp. Men för många tar det emot att söka den eller vilja, våga och kunna tillgodogöra sig hjälpen. Många hoppas att det ska gå över av sig själv.

Under 2016 har Bris hänvisat till vidare hjälp för barnet i cirka 30 procent av de kurativa kontakterna. Av dessa kontakter har över hälften handlat om psykisk ohälsa. En utmaning när det kommer till att hänvisa barn till mer hjälp är att stödinstansen behöver vara tillgänglig. En viktig del av Bris arbete är också att stärka barn och informera om barnets rättigheter och vilka krav de har rätt att ställa på vården eller stödinstansen. Det vanligaste i kontakter som rör psykisk ohälsa är att Bris hänvisar barnet att ta kontakt med elevhälsan (54 procent) eller ungdomsmottagningen (32 procent).

Barns erfarenhet av stöd och vård

Många barn som kontakter Bris har en pågående kontakt med en annan hjälpinstans. Det gäller för 28 procent av kontakterna i chatt och telefon, och 12 procent i mejlen, där barn kan utelämnat den informationen och kuratorn saknar möjlighet att fråga.

Av alla Bris kontakter där barnet hade en känd hjälpkontakt handlade 62 procent om psykisk ohälsa. Det vanligaste är att barnet har en pågående kontakt med BUP. Samtalen om psykisk ohälsa skiljer där ut sig eftersom den vanligaste hjälpkontakten för alla Bris kontakter är elevhälsan.

Annan professionell hjälp består till allra största del av privat psykologkontakt eller en hjälpare som barnet benämner som kurator eller psykolog utan att ange hjälpinstans.

En slutsats vi kan dra utifrån våra kontakter är att många barn upplever att den erbjudna hjälpen brister. De vänder sig till Bris som ett komplement och många barn beskriver också att de berättar saker för Bris som de inte kan berätta i kontakten med aktuell stödinstans.

De främsta anledningarna till att det är svårt för barn att berätta är att barnet känner oro för vad konsekvenserna kan bli. Denna oro är sammankopplad

med familjen och har ofta sin grund i en osäkerhet inför eventuella konsekvenser om föräldrar får veta hur en mår.

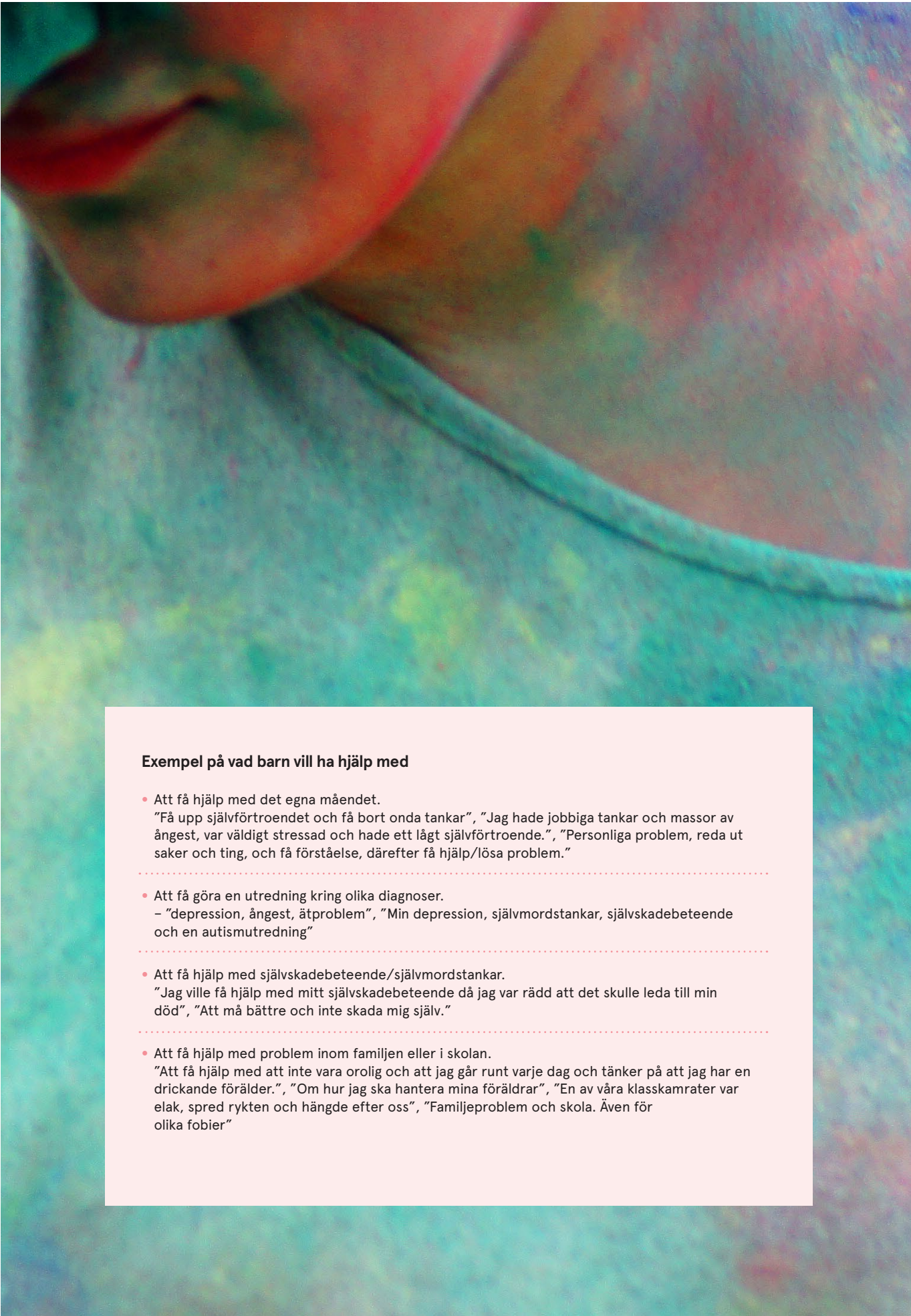
Många barn upplever att de saknar inflytande över vad den vuxne hjälparen vidtar för åtgärder. Barn har många frågor kring tystnadsplikt och anmälningsplikt och det är tydligt i våra kontakter med barn att denna osäkerhet påverkar vad barnet säger, och till vem. Många barn har upplevt att hjälpare har brutit förtroenden genom att berätta om barnet för en tredje part, personal i skolan eller föräldrarna, något de beskriver som ett stort svek. Den främsta anledningen att det upplevs som ett svek är att barnet inte fått information innan om att tystnadsplikten kommer att brytas. Sådana erfarenheter påverkar barnets förtroende för vuxnas förmåga att hjälpa och kan på så sätt försämra barnets chanser att få vård.

I barns beskrivningar av sina erfarenheter ser vi att barnets erfarenheter av vård påverkas av hur den är organiserad. Det finns litet utrymme för barnet att bli mött utifrån sin funktionsnivå, och sina individuella behov. Barn påverkas negativt av personalomsättning, av byte av hjälpare och långa väntetider. Från SKL:s statistik går att utläsa att endast 7 av 21 landsting 2016 klarade av att leva upp till målet att 90 procent av patienterna ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar inom ramen för BUP:s verksamhet³².

Barn beskriver att de känner av pressen av förväntningarna från både föräldrar och hjälparen och att det stressar barnet. Att börja öppna upp sig om det svåra, om sitt mående är svårt nog utan att barnet dessutom ska förhålla sig till vuxnas förutbestämda förväntningar på hur barnet borde agera eller reagera i olika situationer.

Barn beskriver att vuxna är stressade, inte ställer tillräckligt många frågor eller ställer för många frågor på en och samma gång. Allt det försvårar barnets möjlighet att ens berätta om sitt eget mående och därmed tillgodogöra sig vården. Barn beskriver en upplevelse av låg förståelse för hur ansträngande och påfrestande det ofta är att ta emot vård, stöd och behandling.

³²Väntetider.se: <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/BUP/>



Exempel på vad barn vill ha hjälp med

- Att få hjälp med det egna måendet.
"Få upp självförtroendet och få bort onda tankar", "Jag hade jobbiga tankar och massor av ångest, var väldigt stressad och hade ett lågt självförtroende.", "Personliga problem, reda ut saker och ting, och få förståelse, därefter få hjälp/lösa problem."
- Att få göra en utredning kring olika diagnoser.
– "depression, ångest, ätproblem", "Min depression, självmordstankar, självskadebeteende och en autismutredning"
- Att få hjälp med självskadebeteende/självmordstankar.
"Jag ville få hjälp med mitt självskadebeteende då jag var rädd att det skulle leda till min död", "Att må bättre och inte skada mig själv."
- Att få hjälp med problem inom familjen eller i skolan.
"Att få hjälp med att inte vara orolig och att jag går runt varje dag och tänker på att jag har en drickande förälder.", "Om hur jag ska hantera mina föräldrar", "En av våra klasskamrater var elak, spred rykten och hängde efter oss", "Familjeproblem och skola. Även för olika fobier"



”

Livet är så svårt, och jag är trött på att bli förminskad genom att få det berättat att det bara är för att jag är i puberteten.

Barnets rätt till hälsa, vård och stöd

Barnkonventionen gäller för varje barn i Sverige, det vill säga alla under 18 år. Sverige antog barnkonventionen 1990 och lovade då att tillgodose varje barns mänskliga rättigheter.

Sveriges nuvarande regering arbetar för att göra barnkonventionen till svensk lag i Sverige 2018 för att ytterligare stärka barnkonventionens genomslag och efterlevnad, men redan nu gäller den i sin helhet. Barnkonventionen är en garanti och samtidigt en skyldighet att från det svenska samhällets sida göra allt för att tillgodose varje barns grundläggande mänskliga rättigheter.

Att få vara så frisk som möjligt och att få snabb och bra vård vid psykisk ohälsa är därför löftet från regeringen till alla de två miljoner barn som idag bor i Sverige. Ett barn som blir sjukt eller mår psykiskt dåligt har rätt till snabb och bra vård så att hen kan bli frisk igen.

Barnets rätt till vård, information och att komma till tals

Det är genom barnkonventionens artikel 24 som Sverige erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa samt rätt till sjukvård. Men hur ska denna rättighet efterlevas i verkligheten? En tonvikt ska enligt barnkonventionen läggas på att tillhandahålla vård

genom en väl utbyggd primärvård och även genom förebyggande vård, till exempel genom familjerådgivning och undervisning.

Barnkonventionen gäller från den dagen ett land som Sverige antar den och konventionen listar alla de mänskliga rättigheter som barn har. År 2017 har barnkonventionen varit gällande i Sverige i 27 år. Idag återfinns flera delar av barnkonventionen i våra svenska lagar. Till exempel står det i socialtjänstlagen att personal inom socialtjänsten måste utreda vad som är det enskilda barnets bästa genom att möjliggöra för barnet att komma till tals och beakta barnets åsikt i varje beslut som handlar om barnet. I enlighet med patientlagen har varje barn lika stor rätt till information som vuxna har, och barn har också möjligheten att uttrycka sin egen åsikt i vårdbeslut om sig själv. Är barnet litet kan det ske tillsammans med barnets vårdnadshavare, men ju äldre barnet är desto viktigare är det att barnet är delaktigt i sin egen vård. För att kunna vara aktiv i vården och ta beslut är det viktigt att även barnet förstår informationen. Att få information, att få komma till tals och att

vuxna agerar utefter barnets bästa är tre av rättigheterna i barnkonventionen.

Sverige får kritik från FN

FN:s barnrättskommitté, som senast 2015 granskade hur väl Sverige lever upp till barnkonventionen, är oroad. FN noterar särskilt att skolhälsovården, trots det höga antalet barn med psykisk ohälsa och psykosociala sjukdomar, inte har tillräckligt med resurser för att ta hand om dem i tid och på lämpligt sätt. De behöver också vänta länge innan de får komma till skolpsykologer och ta del av det psykosociala stödsystemet. FN rekommenderar därför att Sverige ökar resurserna till skolhälsovården för att säkerställa att barn har tillgång till och får lämpligt stöd vid psykosociala och psykiska problem samt lämplig psykiatrisk vård inom rimlig tid³³.

Det bör dock noteras att Sverige i en internationell jämförelse har hög bemanningsgrad i elevhälsan. En djupare analys behövs för att förstå var problemen ligger, det finns mycket som pekar på att det snarare är samverkan mellan elevhälsa och andra samhällsaktörer som behöver stärkas.

Sveriges nuvarande regering lanserade år 2016 en ny stor satsning på psykisk hälsa med fem fokusområden under fem år framåt. Fokus under åren 2016–2020 ligger för regeringen på förebyggande och främjande insatser, tillgängliga tidiga insatser, utsatta grupper, delaktighet och rättigheter, organisation och ledarskap³⁴. Strax över en miljard kronor har tillsatts i finansiella resurser för ändamålet och en särskild samordnare är ansvarig i samarbete med bland andra SKL, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Under 2017 har detta samarbete ett särskilt fokus på barn och unga. Den nationella samordnaren har i sin tur särskild uppsyn över frågor relaterade till tvångsätgärder mot barn och elevhälsofrågor, samt samverkar regelbundet med andra nationella samordnare såsom exempelvis samordnaren för sociala barn- och ungdomsvården och samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar.

En central del i regeringens strategi handlar om likvärdig vård i hela landet. Det finns också flera initiativ för att förstärka elevhälsan. Ett exempel är regeringens satsning under 2016 på ett utvidgat statligt stöd till personalförstärkningar inom elevhälsa och specialpedagogik³⁵.

Samhällets stöd och vård

Det finns många verksamheter och aktörer som möter barn och unga och som har möjlighet att uppmärksamma och agera om någon mår dåligt. Men det finns i Sverige idag inte någon enhetligt organiserad vårdkedja för barn och unga i Sverige utan deras vårdutbud och möjlighet till stöd ser väldigt olika ut runtom i landet. Exempelvis saknas det en nationell definition av vad som bör ingå i första linjens vård och vilka krav som ska gå att ställa på dessa verksamheter. På samma sätt organiseras elevhälsan på olika sätt runt om på landets skolor, och ungdomsmottagningarna lyder under olika huvudmän och deras verksamheter skiljer sig därför åt, liksom vilken ålder de riktar sig till. BUP:s uppdrag och organisation skiljer sig också åt i olika landsting och regioner.

Civilsamhället

Förutom de offentliga verksamheter som ska finnas för att tillgodose barns och ungas rättigheter finns också en rad organisationer i civilsamhället som erbjuder olika typer av stöd och hjälp till barn och unga med psykisk ohälsa. Dessa organisationer gör viktiga insatser för såväl det enskilda barnet som för alla barn i samhället. Samtidigt är det viktigt att betona statens ansvar även i relation till civilsamhället. Det är statens ansvar att ge dessa organisationer förutsättningar att kunna bidra precis som det är statens ansvar att säkerställa en likvärdig vård i hela landet.

Bris är en av dessa aktörer, och erbjuder stöd till barn och unga upp till 18 år i hela Sverige via chatt, mejl och telefon. Bris erbjuder också gruppstöd med syfte att stärka den psykiska hälsan hos barn i olika utsatta livssituationer, som exempelvis barn vars förälder begått självmord eller familjehemsplacerade barn.

I internationella studier har effekter av samtal via kristelefoner som Bris stödtelefon till barn studerats, bl.a. effekter på det allvarigaste uttrycket för psykiska problem: självmord. Litteraturen visar att det finns stöd för att kristelefoner är ett sätt att reducera risken för självmord³⁶.

1 miljard

avsätts av regeringen för satsningar på psykisk hälsa under 2016–2020.

”

Jag vet inte hur jag ska klara av mitt liv. Jag har ångest för exakt allt, allt. Och det är inte sådär lite ångest som känns som nervositet. Det är ångest som får mig att gråta tills det inte längre kommer några tårar, det är ångest som skär i magen, slår i huvudet och krossar mitt hjärta.

³³FN:s kommitté för barnets rättigheter (2015). Sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges femte periodiska rapport.

³⁴Regeringen (2015). Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. Kommittédirektiv 2015:138.

³⁵Regeringen (2015). Närmare 700 personer förstärker elevhälsan och specialpedagogiken i skolan genom regeringens satsning. Pressmeddelande 20161113.

³⁶Bremberg S. Distansstöd – kunskapsläge och kunskapsluckor. Psykisk Hälsa. 2015;56(2):11–5.

99

Ingen vet om hur jag mår, jag går hos en kurator men till henne vågar jag inte säga någonting. Jag vet att jag behöver hjälp, men jag har verkligen inte modet att be om det.

Diskussion och slutsatser

Syftet med Bris årsrapporter är att belysa det som barn berättar för Bris och särskilt lyfta problematik eller ämnen som är ofta förekommande och som samhället behöver fokusera på för att tillgodose barnets rättigheter.

Under 2016 var psykisk ohälsa den utan jämförelse vanligaste kontaktorsaken för barn till Bris. Fyra av tio kontakter handlade om detta. Barnets berättelse är ofta ett rop på hjälp när hen upplever att ingen annan vuxen lyssnat och inrymmer många gånger en verklighet inget barn ska behöva leva i. I såväl forskning som i rapporter från myndigheter framträder en tydlig bild av en markant ökad psykisk ohälsa bland barn och unga. Ökningen verkar gälla generellt för hela gruppen unga och inte enbart bland barn och unga som är särskilt utsatta, skriver Socialstyrelsen i en rapport³⁷.

Resonemangen i följande diskussion utgår dels från vad barn berättat för Bris om hur de mår, dels från rapporter samt forskning.

Ramverk för diskussionen är barnkonventionen och barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Den nuvarande regeringen har en tydlig ambition att barnkonventionen ska bli lag. Ett område där Bris tydligt kan se att det skulle göra stor skillnad är just för barn som lider av psykisk ohälsa och som har, eller kan komma att ha, kontakt med vården.

Barnrättighetsutredningen som presenterades våren 2016 genomförde under sitt uppdrag en större kartläggning över vilket genomslag barnkonventionen fått i det svenska samhället³⁸. Resultatet visade på utbredda och mycket allvarliga brister. En slutsats från utredningen var att synen på barnet som rättighetsbärare, det vill säga barnet som en egen person med rättigheter här och nu, inte fått genomslag i några av utredningens kartlagda områden.

Tillgänglighet, bemötande och delaktighet

I samtalen till Bris framkommer att vården i många fall inte förmår att tillgodose barnets rättigheter. Vår-

den är i stort sett anpassad för vuxna och barnet som själv försöker ta sig fram stöter ofta på stora hinder. Barn beskriver att de inte vet vart de kan vända sig för att få hjälp. Beskrivningarna från barn om hur vården brister i bemötande är också många. En röd tråd i dessa berättelser är att barnen upplever att de inte blivit informerade om eller gjorts delaktiga i beslut rörande sin egen vård. Många barn beskriver även hur de slussas runt mellan flera aktörer och att de olika vårdgivarna inte förmår att se helheten kring barnet.

Stöd och vård för barn som mår dåligt måste vara tillgängligt för barnet, och barnet måste i sin tur uppleva det som möjligt att söka upp hjälp. Idag är det otidligt för många barn vilket stöd som finns tillgängligt, om barnet själv kan söka hjälp eller om det krävs att en förälder följer med och ger sitt godkännande. Det är också av yttersta vikt att ett barn som mår dåligt bemöts som rättighetsbärare och ges möjlighet till delaktighet i de beslut som rör dem. Bris ser att det krävs en attitydförändring som tydliggör ansvar och skyldigheter hos vårdgivaren.

Att inte behandlas lika

FN:s barnrättskommitté granskar löpande hur Sverige lever upp till barnkonventionen. En ständigt återkommande kritik är de regionala skillnaderna för barn att få sina rättigheter tillgodosedda, bland annat vad gäller stöd och vård för barn med psykisk ohälsa. I Bris samtal med barn förstärks bilden av att stöd och vård fungerar olika. Det gäller både kvaliteten på det stöd och den vård som finns tillgänglig, men det avspeglas också i kötiderna som skiljer sig åt runt om i landet.

Enligt vårdgarantin ska alla barn erbjudas ett första besök hos BUP inom 30 dagar från det datum då hen först sökte vård. Om vårdgarantin inte kan uppfyllas är BUP skyldiga att ge information och erbjuda hjälp med att söka vård hos annan vårdgivare. Enligt väntetider.se är variationerna stora i landet. Endast sju landsting klarade 2016 måltuppfyllelsen att 90 procent av barnen har fått en första bedömning gjord inom 30 dagar. Endast tio landsting lever upp till kravet på att 80 procent av barnen ska ha påbörjat behandling inom 30 dagar³⁹. För barn i behov av vård för sin psykiska ohälsa är det således avgörande var i landet

30 dagar

från det datum ett barn först söker vård ska hen erbjudas ett första besök hos BUP.

³⁷ Socialstyrelsen, Psykisk ohälsa bland unga, 2013: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>.

³⁸ SOU 2016:19, Barnkonventionen blir svensk lag.

³⁹ Sveriges Kommuner och Landsting, väntetider.se.

barnet befinner sig. Likvärdig vård är idag inget Sverige kan garantera barn, och det får givetvis stora konsekvenser för det enskilda barnet.

Ökar verkligen den psykiska ohälsan?

Precis som många av samtalen till Bris om psykisk ohälsa inrymmer flera beröringspunkter i barnens liv, finns det inte heller i forskningen en enskild förklaringsmodell till den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga, utan frågan är komplex.

En förklaring som ibland lyfts fram är att unga i större utsträckning är benägna att rapportera psykiska problem än tidigare. Eftersom de mätningar som finns bygger på att individer själva skattar sin psykiska hälsa, så skulle en samhällsutveckling där det blir mindre tabubelagt att prata om psykisk ohälsa kunna göra att fler själva uppger att de mår dåligt, utan att det skulle röra sig om en egentlig ökning av psykiska besvär. Ett argument för ett sådant resonemang är att studier visar att det i höginkomstländer blivit allt vanligare under de senaste 50 åren att inta en accepterande attityd till psykiska problem och psykisk sjukdom⁴⁰. Men det är inte rimligt att förklara ökningen av psykisk ohälsa endast utifrån en attitydförändring. Ökningen har påvisats både i studier som bygger på självrapportering och i exempelvis kartläggning av utskrivning av psykofarmaka eller vård. Dessutom har den psykiska ohälsan ökat mer i Sverige än i många jämförbara höginkomstländer. Om den övergripande förklaringen till ökningen skulle vara att psykisk ohälsa har blivit mindre tabubelagt att prata om borde ökningen speglas i andra länder.

Samtidigt menar till exempel World Value Survey att Sverige är mindre traditionellt i värderingar jämfört med andra länder vilket delvis skulle kunna förklara ökningen i Sverige.

Kungliga Vetenskapsakademins expertpanel gjorde 2010 en entydig bedömning att det har skett en ökning av vissa typer av psykisk ohälsa hos ungdomar, till exempel nedstämdhet och oro, från mitten av 1980-talet till mitten av 2000-talet⁴¹. Det har således skett en reell ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige.

Familjens och andra vuxnas betydelse för barnet

Familjeförhållanden och relationer med vuxna är mycket viktiga för barn och unga. Fungerande

relationer med de personer som finns närmast barnet är en grundläggande skyddsfaktor mot psykisk ohälsa samtidigt som de, när de inte fungerar, utgör en riskfaktor. I barns samtal med Bris om psykisk ohälsa finns en tydlig koppling till familjen och olika former av problematik inom den, visar både statistiken och djupläsning av barns mejl till Bris.

Trots att en fungerande familj kan vara en viktig skyddsfaktor för barn saknas studier som visar på att det skett en klar försämring i relationen mellan vårdnadshavare och barn som skulle kunna ge en entydig förklaring till ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga. Till exempel så svarar barnen i Skolbarns hälsovanor på frågan om de tycker det är lätt eller mycket lätt att prata med mamma och pappa om saker som bekymrar dem, och där syns ingen betydande förändring under perioden 1985/86–2013/14⁴².

Det finns heller inga tydliga tecken på att de ekonomiska påfrestningar en familj utsätts för har ökat. Exempelvis har, enligt Statistiska Centralbyrån (SCB), andelen barn som lever med låg inkomststandard under perioden 1995–2013 sjunkit från 14,9 till 7,3 procent⁴³. OECD publicerar familjestatistik som internationellt är jämförbar. OECD har ett snävare begrepp för fattigdom jämfört med SCB eftersom endast barn som lever i hushåll med inkomster under 50 procent av medianen betraktas som fattiga (ref). I Sverige levde år 2013 9,3 procent av alla vuxna i arbetsför ålder i fattiga hushåll enligt denna definition. Av de barn som levde i fattiga hushåll var andelen som levde med två vuxna som förvärvsarbetade 1,3 procent. Om en av två vuxna i hushållet var arbetslös steg andelen barn i fattiga hushåll till 19,1 procent och med två arbetslösa vuxna till 57,9 procent. Barnfattigdom i Sverige förefaller därför i hög grad vara en fråga om förekomst av arbetslöshet bland de vuxna i barnens hushåll⁴⁴.

Oavsett om familjerelaterade orsaker inte kan förklara ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga så är det uppenbart att familjen spelar stor roll för det enskilda barnets mående. Det finns därför goda skäl att förstärka stöd till föräldrar för att möjliggöra en god omsorg om barnet.

Enligt barnkonventionen ska föräldrar få det stöd de behöver för att kunna ta hand om och kunna agera för sitt barns bästa. Ett förstärkt föräldrastöd bör finnas tillgängligt för föräldrar i barnets tidiga



Anledningen till att jag mår dåligt är okänd även för mig. Men det kan ju vara så att det inte finns ett enda stort skäl som är orsak till att jag mår dåligt, utan att det är flera saker som bygger på alltihop. För mig känns det som att det stämmer bättre än att det bara är en stor grej.

⁴⁰Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):440–52.

⁴¹Kungliga Vetenskapsakademien. State of the Science Konferens Preliminärt Uttalande. *Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige*. 12–14 april 2010.

⁴²Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsovanor i Sverige, 2013/14.

⁴³Statistiska Centralbyrån. Barnfamiljernas inkomststandard i familjer med hemmaboende barn 0–17 år, andel barn efter inkomststandard och år 2016.

⁴⁴OECD. OECD Family database 2017. Available from: <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>.

37%

av Bris kontakter om stress handlar även om skolan.

uppväxtår för att kunna ge barnet bästa möjliga förutsättningar för en god start i livet.

I kontakterna till Bris framkommer att utsatta barn ofta har mycket liten erfarenhet av vuxnas stöd och hjälp. Barnet får ofta inte det stöd av sina föräldrar som hen behöver och föräldrastöd som insats är därför inte alltid en lösning för de mest utsatta barnen, vare sig som förebyggande åtgärd eller i samband med stöd och vård för psykisk ohälsa hos barnet. Barn med föräldrar med egna stora problem har samma rätt till stöd och vård som alla andra barn. När stödet är villkorat genom att det förutsätter föräldrars delaktighet eller medgivande betyder det att det inte kommer de mest utsatta barnen till godo.

En viktig skyddsfaktor för barn som lever i utsatthet hemma är goda och nära relationer till andra vuxna. För att möjliggöra det måste de vuxna som finns i barnets vardag, till exempel i skolan, ha tid och kunskap att kunna se och möta barn som behöver lite mer stöd.

Att göra stödet lättillgängligt är en extra stor utmaning för barn med bristande tillit till vuxna. Stödet måste finnas där barnet är och det behövs vuxna som kan slussa och följa med barnet till exempelvis kuratorn. Barn med bristande erfarenheter av stöd från vuxna, med låg självkänsla och utan vana att be om hjälp behöver extra mycket känna att de har kontroll över situationen. Veta vart de ska vända sig, vem de ska träffa, hur det kommer att gå till. Det måste finnas tid och utrymme för barnet att påverka och formulera sitt problem och sitt hjälpbehov och hur kontakten ska se ut. En flexibilitet kring hur stödet utformas är särskilt viktigt för den som är orolig, ovan och obekvä. Barnet måste känna till regler kring sekretess, vara säkra på vad de kan berätta utan att det sprids till andra i skolan eller till föräldrarna. Anar eller förstår den vuxna hjälparen att barnet behöver mer hjälp måste det finnas tid för ett motivationsarbete, en förståelse för och samtal kring barnets oro för att blanda in föräldrarna. En nära samverkan mellan verksamheter som elevhälsa och socialtjänst är av högsta vikt. Och barn som lever med föräldrar som försummar och brister i sin omsorg måste få ett starkare skydd genom socialtjänsten.

Barnets arbetsmiljö – skolan

Skolan är en plats där barn tillbringar en stor del av sitt liv. Det är därför naturligt att skolan är vanligt förekommande i barns samtal med Bris om psykisk ohälsa. I Bris kontakter med barn om psykisk ohälsa förekom skolan i 20 procent av fallen. Skolan förekommer också i 37 procent av Bris kontakter som handlar om stress. Stress som kategori inkluderas inte i kategorin psykisk ohälsa eftersom den kan vara övergående och inte alltid något som barn behöver skyddas från. Konsekvenser av stress kan dock vara skadlig och stress kan förstås riskera att övergå till en långvarig psykisk ohälsa.

I barnens beskrivningar av hur de mår kopplat till skolan målas i de flesta fall en komplex problembild upp där en rad olika faktorer samvarierar och leder till en ond spiral som tillsammans utgör en bred problembild. Barnen beskriver hur en psykisk ohälsa leder till att skolan inte fungerar, att de inte går till skolan då de upplever att den ger dem stress och får dem att må ännu sämre. I andra fall beskrivs hur en problematik som tycks ha en grund inom familjen påverkar skolgången, vilket i sin tur ytterligare förstärker en nedåtgående spiral.

De forskningsstudier som finns tillgängliga ger en bild av elever som trivs i skolan, och som uppfattar sig själva som duktiga. Andelen som svarar ja på dessa frågor har ökat i studien Skolbarns hälsovanor från 1985/86 och fram till idag⁴⁵. Svenska barn framstår inte heller som extra utsatta i sina vänskapsrelationer jämfört med barn i andra länder, visar till exempel en internationell jämförelse av mobbning i 40 länder där Wales var det enda land där färre barn utsattes för mobbning. Samma studie visade också att svenska barn var de som i lägst utsträckning angav att de kände sig stressade av skolan⁴⁶. Det finns inte heller någon tydlig förändring över tid i hur många svenska barn som känner sig stressade av skolarbetet⁴⁷. Den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga verkar alltså inte kunna förklaras av barns situation i skolan.

Trots detta återkommer kopplingen till skolan i barns beskrivningar av sin psykiska ohälsa för Bris. Många av dessa redogörelser kan inte beskrivas som annat

⁴⁵Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsovanor i Sverige, 2013/14.

⁴⁶Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.

⁴⁷Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsovanor i Sverige, 2013/14.

A close-up photograph of a person's hand holding a lit sparkler. The hand is wearing a grey, textured knit sleeve. The sparkler is bright and glowing, with many sparks flying out. The background is dark and out of focus, showing the person's face and upper body. The overall mood is contemplative or perhaps celebratory but with a hint of melancholy.

”

Har en orolig känsla inne i mig, känner mig alltid ledsen, allt känns meningslöst. Det enda som hjälper är att dricka alkohol, för då har jag inte riktigt kontroll och allt det dåliga försvinner.



Det finns många risker med att söka hjälp, till exempel att de anmäler eller att de säger till familjen...

än misslyckanden från skolans sida. Detta gäller i synnerhet för barn i särskilt utsatta grupper. I andra fall framkommer att misslyckanden i barnets skolgång ofta har en annan grundorsak än skolan i sig, och då i regel ofta kopplat till familjen. Ofta handlar det om att skolan brister i att se helheten kring barnet och då även att ge rätt stöd. De vuxna som befinner sig i skolan har stora möjligheter att se och agera när barn inte mår bra.

Även om situationen i skolan inte tycks kunna förklara ökningen som skett av psykisk ohälsa hos barn så finns det anledning att vara uppmärksam på hur utvecklingen i skolan skulle kunna påverka barns psykiska hälsa framgent. Det tycks till exempel som att tidiga betygssystem kan öka stress hos barn. I Skolverkets utvärdering av det nya betygssystemet⁴⁸ uppges att andelen elever som känner sig stressade i skolan har ökat över tid. Den visar också att betyg kan skapa stress hos elever. En annan nyligen publicerad utvärdering från Skolverket visar att elever är mer stressade efter att betyg införts från årskurs 6⁴⁹. Vi ser fram emot att ta del av den utvärdering som ska göras av försöket med att ge betyg redan i fjärde klass som nu är igång på 100 skolor runt om i landet.

Det är samhällets ansvar att skolan, inklusive betygssystem, utformas på ett sådant sätt att de främjar inlärning och inte påverkar barns hälsa på ett negativt sätt. Det är således centralt att följa hur förändringar i skolan påverkar barnens arbetsmiljö på kort och lång sikt.

Ensamhet

Ensamhet är en välkänd riskfaktor för psykisk ohälsa. Ensamhet är också vanligt förekommande i barns samtal med Bris när kontakten handlat om psykisk ohälsa. Många gånger handlar det om att barnet saknar relationer utanför hemmet. I tillgängliga forskningsstudier syns dock ingen negativ utveckling när det gäller vänskapsrelationer och ensamhet som skulle kunna ge en förklaring till ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga.

50%

av samtalen från barn mellan 16–18 år handlar om psykisk ohälsa.

Ibland förs hypotesen fram om att den ökande tid som barn tillbringar på nätet och i sociala medier skulle kunna bidra till en förstärkt ensamhet. Forskningsläget på det här området är inte entydigt och det är också svårt att studera närmare eftersom utvecklingen och användningsmönstret förändras så fort. Det som går att säga är att sättet att använda sociala medier verkar betyda mer än omfattningen av användandet. I samtalen från barn till Bris lyfts inte heller användandet⁵⁰ av digitala medier fram med koppling till ensamhet.

Att inte bli tagen på allvar

Det är vanligt att barn antingen beskriver psykisk ohälsa som något som tillhör att vara ung, eller att de har frågor om vad som är vanlig tonårsutveckling och vad som är att må dåligt ”på riktigt”. Barn berättar också om vuxna som inte tar deras berättelser på allvar utan bortförklarar det som en del av tonåren. Samtidigt beskriver många barn känslor av dåligt självförtroende, låg självkänsla och självhat.

En förklaring som ibland lyfts fram, och som delvis skulle kunna förklara ungas låga självkänsla och att den kan leda till psykisk ohälsa, handlar om motståndskraft och förmåga att hantera påfrestningar. Det vill säga att unga idag skulle ha mindre av motståndskraft mot utmaningar i livet jämfört med tidigare generationer.

Utifrån slutsatser i tidigare studier har en teori varit att det finns ett linjärt samband mellan de påfrestningar som barn utsätts för under barndomen, och förekomst av psykiska problem och psykiatriska diagnoser i tonåren. Teorin har alltså varit att barn som utsätts för mycket lite påfrestningar löper lägre risk att utveckla psykisk ohälsa längre fram i livet. Nu finns dock studier som snarare antyder att individer lär sig hantera svårigheter om de utsätts i lagom utsträckning för dessa under uppväxten⁵¹.

Dessa nya rön kan inte svara på frågan om de faktiska påfrestningarna som unga utsätts för idag har ökat, det är förstås en mycket komplex fråga. Men klart är att förutsättningarna för att vara ung ständigt förändras, och kanske snabbare än någonsin i vår tid.

I Bris kontakter med barn kan vi utläsa att vuxna i många fall är alltför snabba att kategorisera psykisk ohälsa hos barn som en del av ungdomstiden och inte så allvarlig. Kanske behöver både vuxna och barn mer kunskap om vad som kan förväntas vara ”nor-

⁴⁸Skolverket, Utvärdering av den nya betygsskalan samt kunskapskravens utformning, 2016.

⁴⁹Skolverket, Utvärdering av betyg från årskurs 6, 2017.

⁵⁰Baker DA, Algorta GP. The relationship between online social networking and depression: a systematic review of quantitative studies. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2016;19(11):638–48.

⁵¹Se till exempel Thompson R, Litrownik AJ, Isbell P, Everson MD, English DJ, Dubowitz H, et al. Adverse Experiences and Suicidal Ideation in Adolescence: Exploring the Link Using the LONGSCAN Samples. *Psychol Violence*. 2012;2(2), Oldehinkel AJ, Ormel J, Verhulst FC, Nederhof E. Childhood adversities and adolescent depression: a matter of both risk and resilience. *Dev Psychopathol*. 2014;26(4 Pt 1):1067–75 och Shapero BG, Hamilton JL, Stange JP, Liu RT, Abramson LY, Alloy LB. Moderate childhood stress buffers against depressive response to proximal stressors: a multiwave prospective study of early adolescents. *Journal of abnormal child psychology*. 2015;43(8):1403–13.

mal” tonårsutveckling och vad som är psykisk ohälsa som behöver fångas upp, utifrån den verklighet som barn växer upp i idag?

Oro för framtiden

Samtalen till Bris om psykisk ohälsa ökar ju äldre barnet blir. I den äldsta åldersgruppen, 16–18 år, handlar 50 procent av samtalen om psykisk ohälsa. Just oro för framtiden tar barn själva sällan upp i samtal med Bris. Barn uttrycker oro för att inte klara skolan, men sätter sällan ord på hur det i så fall hotar deras möjligheter att i förlängningen kunna få jobb eller studera vidare. Trots att barn inte tenderar att lyfta sin framtidstro i kontakten med Bris finns anledning att titta närmare på hur situationen ser ut för de unga som växer upp idag.

År 2015 avslutade 14 procent av eleverna grundskolan utan att ha nått behörighet till gymnasieskolans nationella program. Denna andel har gradvis sjunkit de senaste åren. Trots detta fortsätter de flesta av dessa ungdomar till gymnasiet eftersom det är svårt att få anställning på nuvarande arbetsmarknad⁵⁴. Endast ett fåtal av dem klarar dock gymnasiet. År 2015 avslutade 10 procent av eleverna gymnasieskolan utan gymnasieexamen och 29 procent utan grundläggande behörighet till högskolan. Denna grupp unga är dubbelt utsatt. Under gymnasieåren har de inget annat val än att gå i skolan, trots att många misslyckas. Efter gymnasietiden har de påfallande svårt att få anställning och de är inte heller behöriga till högskolan.

För att kunna bygga en tro på framtiden är det viktigt att barn och unga känner att de har möjlighet till arbete. En studie från Linnéuniversitet i Växjö visar att nära hälften av dagens unga är oroliga för sin framtid⁵⁶. En av tre känner oro för arbetslöshet och för att överhuvudtaget hitta ett jobb. En studie som jämförde utvecklingen av psykiska besvär bland femtonåringar i olika länder med förändringarna av arbetsmarknaden i respektive länder visade ett betydande samband mellan dessa två aspekter. I studien är Sverige det enskilda land där psykiska problem bland 15-åringar ökat mest samtidigt som andelen förvärvsarbetande minskat som mest⁵⁷.

Vikten av att ta tillvara ungas kompetens, ge dem förtroende och sammanhang, kan inte nog betonas. Att unga riskerar att hamna utanför arbetsmarknaden kan påverka deras psykiska hälsa negativt, och dessutom bidra till en förlorad tro både på sin egen framtid och på samhället i stort. Sambandet mellan

den försämrade arbetsmarknaden och den ökande psykiska ohälsan hos barn och unga är något som behöver fortsatt uppmärksamhet.

Behov av mer kunskap

Att bryta trenden med den ökande psykiska ohälsan bland unga är komplext och kräver inte en, utan en rad åtgärder. Samtidigt är det inte givet vilka insatser som är de mest effektiva. Den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa är att ta sitt liv. I Sverige har antalet personer som tar sitt liv minskat sedan 1980-talet i alla grupper förutom bland unga mellan 15 och 24 år.

Bris har sedan flera år stödgrupper för barn som förlorat en förälder i självmord och vi vet att det är en viktig förebyggande insats för att förhindra psykisk ohälsa hos den här gruppen barn. Trots det ser vi att samhällets stöd till den här gruppen näst intill är obefintligt.

Bris har under många år drivit frågan om att varje självmord begått av ett barn ska utredas. Genom att utreda vad som gått fel i barnets liv, vilket stöd och vilken vård barnet har, eller inte har fått kan vi lära oss mycket.

Regeringen gör en rad satsningar på området psykisk ohälsa och barn men vi vill uppmana till fortsatt starkt engagemang i frågan då trenden med den ökande ohälsan är alarmerande. Vi ser också ett stort behov av fortsatta anslag till forskning på området då frågan om hur trenden ska brytas är komplex och det inte finns en enskild förklaring till ökningen. Inte minst vill vi uppmana till att också lyssna på barnen. De riktiga experterna på sina liv är barnen själva. Barn har rätt att vara delaktiga i sina egna liv och bli lyssnade på. Det är också genom att beakta vad expertgruppen självt säger som vi bäst kan utforma åtgärder som på riktigt kan bidra till att bryta trenden.

Denna rapport är den första i en serie av rapporter från Bris rörande barn och ungas psykiska ohälsa. Bris kommer att fortsätta sitt kunskapsbidrag utifrån det som barn berättar för Bris. I kommande rapporter kommer Bris att djupare analysera barns psykiska ohälsa och komma med åtgärdsförslag inom olika områden som kan bidra till att bryta trenden.



Jag vet inte varför jag mår så här. Mina föräldrar bryr sig verkligen om mig och jag har vänner.

⁵²För de obehöriga eleverna innebär det studier på det tidigare s.k. individuella programmet som år 2011 ersattes av fem s.k. introduktionsprogram.

⁵³Novus. Sveriges ungdomar om framtiden; Från YOLO till oro. Växjö: Novus och Linnéuniversitetet; 2016.

⁵⁴Lager A, Bremberg S. The labour market and deteriorating trends in mental health among young people. BMC Public Health. 2009;9:325.

Årsstatistik för Bris stödverksamhet 2016

Årsstatistik för Bris stödverksamhet 2016

Under 2016 hade Bris 26 996 kurativa samtal med barn och vuxna. Alla Bris kontakter dokumenteras utifrån 55 kategorier. Här redogörs för de 10 vanligaste kontaktområdena för barn.



Mina föräldrar har bråkat så länge jag kan minnas... När jag var yngre minns jag hur jag stod och grät bredvid mina föräldrar som stod och skrek på varandra. De bråkar i princip jämt. Jag drar mig för helger och lov för att jag vet att alla kommer att vara hemma och att det kommer att bli bråk.

Beskrivning av de 10 vanligaste kontaktområdena

Psykisk ohälsa

Under 2016 var psykisk ohälsa den vanligaste kontaktorsaken för barn. Psykisk ohälsa är en samlingskategori som innehåller underkategorierna Nedstämdhet, Depression, Ångest, Ätstörningar, Självskada, Självdestruktivitet och Diagnoser. Läs mer om Bris kontakter om psykisk ohälsa i fördjupningsdelen i denna rapport.

Familj och familjekonflikter

Familjen utgör en mycket stor del i barns liv och när de relationerna inte fungerar påverkas barnet. Kontakterna i denna kategori handlar om alltifrån vardagliga situationer i familjer till konflikter (utan inslag av våld eller hot).

När barn kontakter Bris utifrån sin familjesituation är fokus relationer och konflikter. Några kontakter är från barn som är i affekt efter en nyligen inträffad konflikt med någon i familjen men som bortsett

från denna händelse lever i en trygg och fungerande familj. Då kan barnet exempelvis söka stöd från Bris i hur hen ska bli sams med den andre familjemedlemmen igen. Många gånger kan barn beskriva att de får skulden för allt som händer i familjen och att de känner sig som en belastning. Andra gånger beskriver barn sig själva som orsaken till alla konflikter och är uppriktigt ledsna över hur det egna agerandet påverkar familjen. Andra samtal är från barn som beskriver en komplex familjesituation där relationer påverkas negativt av faktorer såväl inom som utanför familjen. Barn är över lag lojala med sina föräldrar och anonymiteten på Bris är en förutsättning för många barn att våga sätta ord på brister de ser hos sina föräldrar. Många barn uttrycker en stor besvikelse och sorg över att inte ha en fungerande familj, de vill få vara som ”alla andra”.

Att vara ung

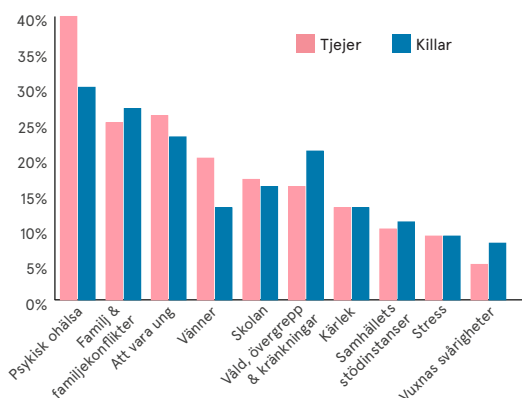
Att vara ung är det tredje vanligaste kontaktområdet i telefon, chatt och mejl. Inom kategorin ryms många

2016 ÅRS VANLIGASTE KONTAKTOMRÅDEN FÖR BARN

Kontaktområden	Förekomst i kurativa kontakter
Psykisk ohälsa	39 %
Familj & familjekonflikter	25 %
Att vara ung	25 %
Vänner	19 %
Skolan	17 %
Våld, övergrepp & kränkningar	17 %
Kärlek	13 %
Samhällets stödinstanser	10 %
Stress	9 %
Vuxnas svårigheter	6 %

Liksom för 2015 så var det vanligaste kontaktområdet 2016 Psykisk ohälsa. 2016 berörde nästan 40 procent av Bris alla kontakter det ämnet.

SAMTAL TILL BRIS FÖRDELAT PÅ KONTAKTINNEHÅLL OCH KÖN



Åtta av tio kurativa kontakter tas av tjejer. Här visas förekomsten av de vanligaste ämnena uppdelat på kön.

olika typer av frågor, funderingar och hjälpbehov. Sammanfattningsvis handlar det om samtal där barn beskriver känsloliv kopplat till tonåren. Till skillnad från Nedstämdhet (där kontakterna handlar om nedstämdhet som inte upplevs som tillfällig eller övergående) handlar det om övergående ledsenhet, eller känslor som hör till den normala tonårsutvecklingen eller är en adekvat reaktion på en händelse eller situation. Många barn söker stöd från Bris i frågor som rör självförtroende, identitet, existentiella frågor, att passa in och funderingar om framtiden.

Vänner

I Bris kontakter återfinns vänner och vänskap i många kontakter. Barn beskriver hur vänskapsrelationer, såväl online som offline påverkar barnets mående, främst negativt utifrån konflikter och en känsla av ensamhet. Barn kontaktar Bris med frågor om hur en ska göra för att få vänner och beskriver en stark ensamhet kopplad till att inte ha någon nära vän. Ett barn lägger ofta skulden på sig själv och tänker att det är något fel på en för att barnet inte har så många, eller någon, fungerande vänskapsrelation. I våra kontakter kan vi se att det är i just tidiga tonåren som många vänskapsrelationer sätts på prov. Barn hamnar i konflikter på ett sätt de inte har upplevt tidigare och behöver vuxnas stöd på ett annat sätt.

Skolan

Skolan är den femte vanligaste kategorin för både killar och tjejer. Förekomsten är hög i alla åldrar, dock något högre för yngre barn. När barn kontaktar Bris angående skolan handlar det om allt som rör

skolan, som undervisning, betyg, arbetsmiljö, lärare etc. Skolan är ett naturligt samtalsämne för många barn och påverkas också av andra omständigheter i barnets liv. Om barnet mår dåligt, har svårt i familjen eller lever i utsatthet så påverkas barnets skolsituation. För andra barn kan skolan också vara den enda platsen där en mår bra, stället där barnet får en paus från andra svåra saker. Allt detta gör sammantaget att många barn lyfter skolan i sin kontakt med Bris.

När barn beskriver missförhållanden eller missnöje i relation till skolan handlar det ofta om ett bristande bemötande från vuxna i skolan, till exempel orättvisa betyg, brist på individuell anpassning eller att barnet känner sig missförstått av vuxna i skolan. Barn är medvetna om att skolan är viktig och många barn beskriver en stor press och stress kopplat till skolan, betyg och dess inverkan på framtiden.

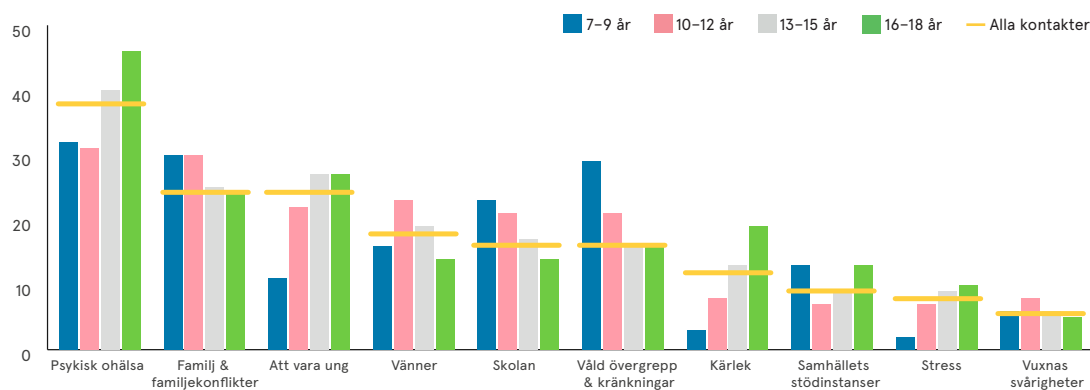
Våld, övergrepp och kränkningar

Precis som Psykisk ohälsa är en samlingskategori består även Våld, övergrepp och kränkningar av flera olika kontaktområden; Fysiskt våld, Psykiskt våld, Sexuella övergrepp, Omsorgsbrist, Hedersrelaterat våld och förtryck, Våld i nära relationer och Mobbing oavsett arena. Som samlingskategori är förekomsten i kurativa samtal högst bland de yngre barnen samt i kontakter via telefon. Barnet som kontaktar Bris kan själv vara/ha varit utsatt för, bevittnat, utsatt annan eller känna rädsla för att bli utsatt både inom familjen och i andra sammanhang. Barnet kan även kontakta Bris för ett annat barns räkning.



Jag har en liten fundering, hur hittar man sig själv? Jag vet knappt vad jag vill längre. Jag ändrar mina åsikter och tankar var 5:e sekund känns det som. Allt är kaos och jag vet ingenting längre. Är helt tom inombords samtidigt som jag tror att mitt huvud ska sprängas. Jag vill bara att alla pusselbitar ska falla på plats och jag vill kunna hitta mig själv.

SAMTAL TILL BRIS FÖRDELAT PÅ KONTAKTINNEHÅLL OCH ÅLDER



De tio vanligaste kontaktområdena uppdelat på fyra åldersgrupper.

”

Jag mår skitdåligt just nu och gråter hela tiden. Min kille har gjort slut med mig eftersom vi bor rätt långt ifrån varandra och det har gjort att han börjat tappa känslor för mig. Jag kan fortfarande inte fatta att den killen som jag älskar mest av allt inte har känslor för mig.



Som samlingskategori förekommer Våld, övergrepp och kränkningar i 17 procent av de kurativa kontakterna. Vanligaste ämnet är Mobbning, följt av fysiskt och psykiskt våld.

Kärlek

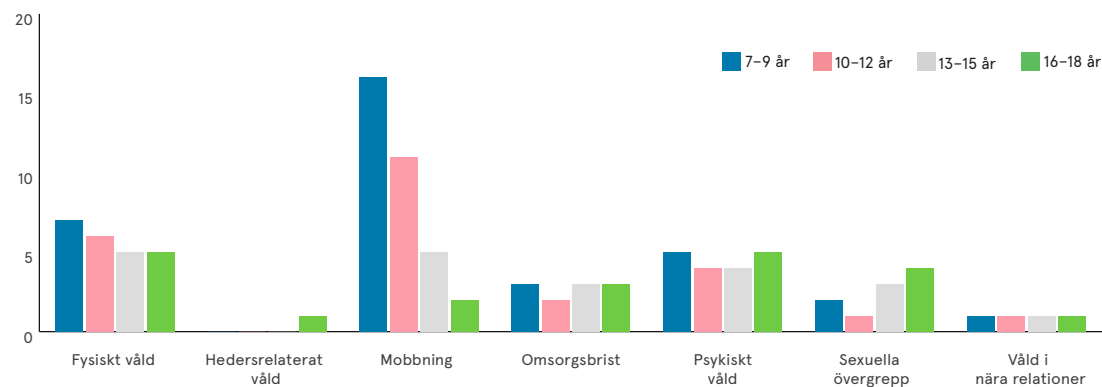
Samtal om kärlek i relation till en/ flera specifika personer i barnets närhet, såväl online som offline står för 13 procent av barns kontakter med Bris. Barn uttrycker stora och små funderingar kring lycklig, olycklig och hemlig kärlek. Barn i Bris målgrupp blir ofta kära, inleder en relation och avslutar en relation för första gången. Ofta har de längtat efter att få uppleva kärlek och om det inte blir som de

hade tänkt, eller hoppats, vill de prata om det med någon för att skapa sig en begriplighet och också få tillbaka ett hopp om att alla relationer inte kommer se likadana ut.

Samhällets stödinstanser

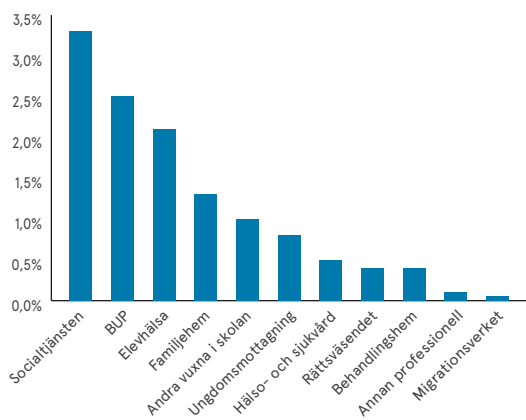
Kontakter om samhällets stödinstanser innefattar alla samtal där barnet har en kontakt, eller önskar att ha det med dem på något vis. Förekomsten av samtal i denna kategori är cirka 10 procent. Socialtjänsten, BUP och elevhälsan är de vanligaste aktörerna som barn pratar om med Bris. Bland de barn som beskriver en pågående kontakt är fokus brister, det som inte fungerar och vad barnet önskar att få för hjälp.

TYP AV VÅLD, ÖVERGREPP ELLER KRÄNKNING FÖRDELAT PÅ ÅLDER



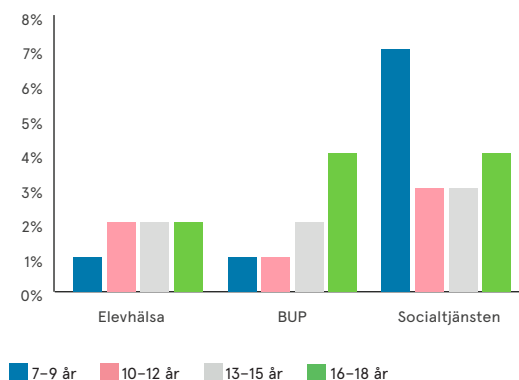
I samlingskategorin är mobbning den form av övergrepp och kränkningar som har högst förekomst. Därefter kommer fysiskt och psykiskt våld.

SAMTAL FRÅN BARN OM SAMHÄLLETS STÖDINSTANSER



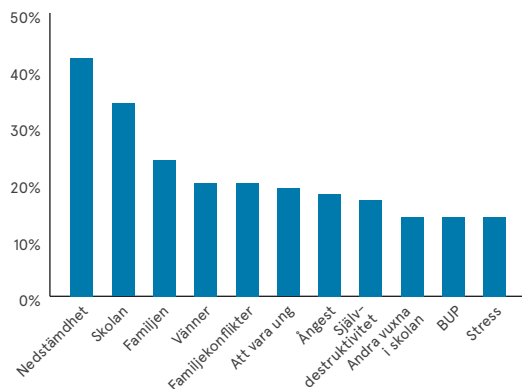
Socialtjänsten, BUP och elevhälsan är de vanligaste instanserna som barn pratar om i kontakt med Bris. När barn är hjälpsökande utifrån en pågående kontakt med någon instans är det ofta beroende på att kontakten inte fungerar tillfredsställande. Många gånger handlar det om vilket bemötande barnet har fått, eller att barnet har fått bristande information.

SAMTAL OM SAMHÄLLETS STÖDINSTANSER FÖRDELAT PÅ ÅLDER

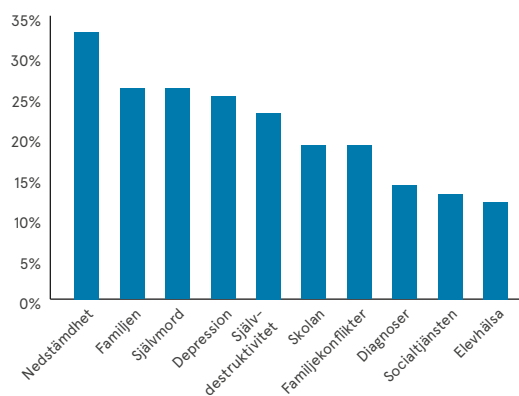


Barn i alla åldrar har, eller önskar få, kontakt med elevhälsan. Förekomsten av kontakt med BUP ökar med stigande ålder. Förekomst av kontakt med socialtjänsten är vanligast i Bris kontakter, och kategorin är högst förekommande för den yngsta och äldsta åldersgruppen.

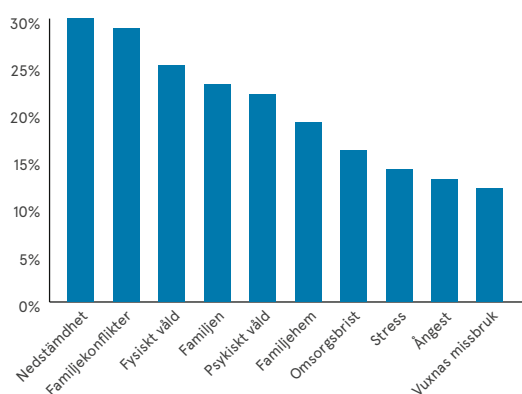
ELEVHÄLSA



BUP



SOCIALTJÄNSTEN



Elevhälsa, BUP och socialtjänsten är de vanligaste aktörerna som barn pratar om med Bris. Diagrammen visar vilka andra ämnen dessa samtal också handlar om.



För några veckor sedan fick jag reda på att mina föräldrar inte känner lycka i livet p g a. av olika anledningar, vilket jag även har märkt och trött själv. Vad ska man göra i en sådan situation? När mamma nästan varje dag ligger i sin säng och kollar på sin dator, i timmar, nästan alltid en hel dag.

Stress

Samtal om stress står för 9 procent av alla stödjande kontakter. I 37 procent av kontakterna kring stress finns en koppling till skolan. Den stress barn beskriver ger också ofta symtom på psykisk ohälsa. Många barn beskriver att de känner sig sjuka av stressen, att de får ångest, blir deprimerade av att aldrig kunna slappna av. Det blir en ond spiral, där stressen skapar mer stress. Anledningen till att Stress inte är inkluderat i samlingskategorin Psykisk ohälsa är att stress i sig inte behöver vara farligt, eller något som barn behöver skyddas från. Konsekvenserna som stressen leder till kan däremot vara skadliga och barn ska inte behöva hantera sin stress utan stöd från vuxna.

Vuxnas svårigheter

Barn påverkas av den miljö de befinner sig i. Extra utsatta är barn som lever i en miljö där vuxna har egna svårigheter som de inte får hjälp med. Inom kategorin Vuxnas svårigheter ryms vuxnas fysiska ohälsa, psykiska ohälsa, funktionsnedsättningar, kriminalitet och missbruk/riskbruk – omständigheter som påverkar den vuxnes omsorgsförmåga.

I sina kontakter med Bris beskriver barn sina upplevelser av exempelvis vuxnas depressioner, ätstörningar och suicidförsök. Barn söker stöd inför besök hos en förälder som sitter i fängelse eller råd i hur en ska få sin förälder att sluta dricka. Barn tar på sig stort ansvar för att lösa de vuxnas problem, särskilt om barnet har med sig en upplevelse av att andra vuxna har försökt hjälpa till utan att det gjorde någon skillnad. Den vanligaste frågan barn ställer till Bris är vad barnet själv kan göra för att hjälpa den vuxne.

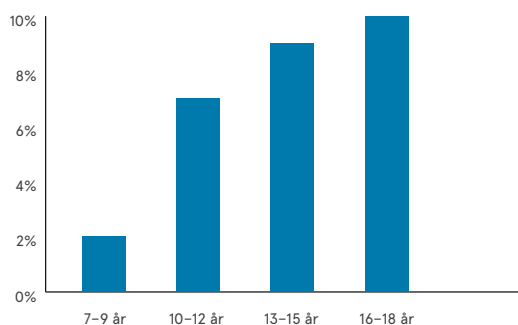
Skillnader mellan åldersgrupper

Bris nedre gräns för redovisad ålder är 7 år. Åldrar under 7 år och över 18 år redovisas som ej känd ålder. Uppgiven ålder mellan 7–18 år är känd i 96 procent av kontakter via chatt och mejl respektive 59 procent av kontakter som skett via telefon. Skillnaden mellan de olika kanalerna beror på att barn uppger kön och ålder när de skapar det Briskonto som behövs för att kunna chatta och mejla, medan det i telefonen endast efterfrågas av kuratorn om det behövs för att kunna ge barnet ett verksamt stöd.

Yngre barn ringer oftare

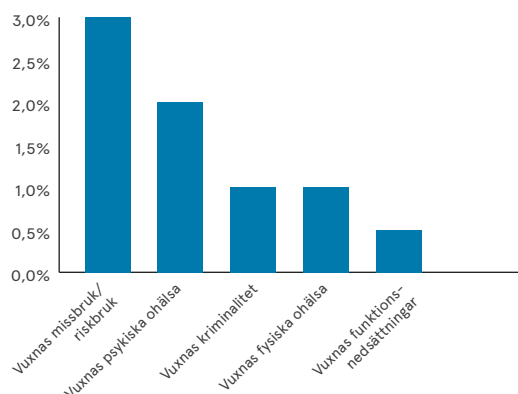
Även om vi inte känner till barnets ålder för telefonkontakter i lika hög utsträckning som i de andra kanalerna så visar statistiken att yngre barn kontaktar Bris via telefon i högre utsträckning än de äldre barnen. Ju äldre barnen blir desto vanligare är det att kommunicera via chatt eller mejl.

SAMTAL OM STRESS FÖRDELAT PÅ ÅLDER



Förekomsten av stress ökar med stigande ålder, och vi ser ingen skillnad baserad på kön.

SAMTAL OM VUXNAS SVÅRIGHETER



När barn kontaktar Bris om problem hos vuxna i deras omgivning är missbruk och riskbruk det vanligaste ämnet.

7 år

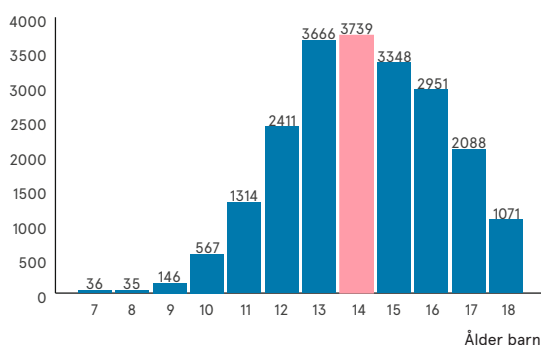
är Bris nedre gräns för redovisad ålder. Åldrar under sju år och över 18 år redovisas som ej känd ålder.

37%

av kontakterna kring stress har en koppling till skolan. Den stress barn beskriver ger också ofta symtom på psykisk ohälsa.

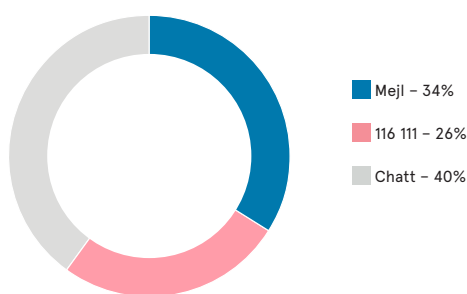
ÅLDER PÅ BARN SOM KONTAKTAR BRIS

Antal samtal



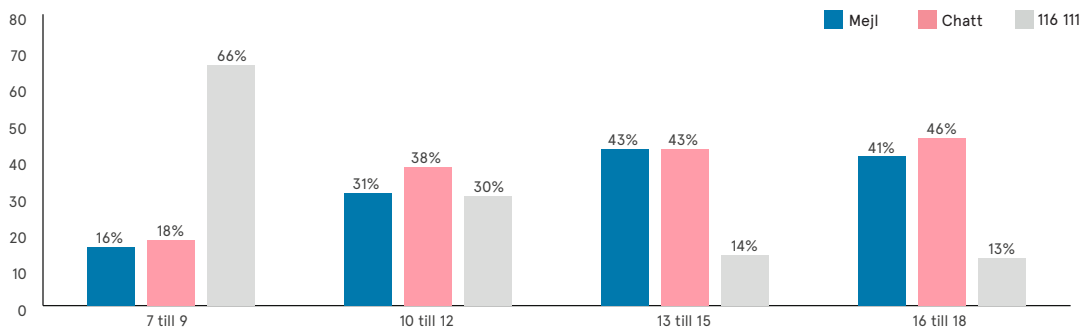
Bris målgrupp är barn och unga under 18 år. Snittåldern för kurativa kontakter är 14,2 år, och den vanligaste åldern är 14 år.

KANALFÖRDELNING CHATT, MEJL & TELEFON



De flesta barn som sökt kontakt med Bris har gjort det via chatt. Den kanal som ökat mest under 2016 är mejlen.

VAL AV KANAL INOM ÅLDERSGRUPPERNA



Bland de yngre barnen är telefonen allra vanligast, medan chatt och mejl är vanligast i de äldre åldersgrupperna.

BRIS VUXENTELEFON – OM BARN

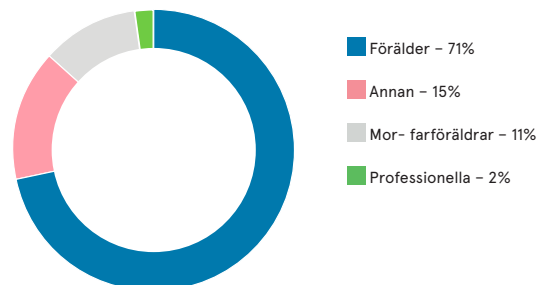
Vanliga ämnen

Kontaktområden	Förekomst
Familjen & familjekonflikter	44 %
Skilda föräldrar	37 %
Våld, övergrepp & kränkningar	35 %
Samhällets stödinstanser	30 %
Psykisk ohälsa	28 %
Vuxnas svårigheter	18 %
Skolan	18 %
Stress	12 %

Under 2016 har Bris haft 2 306 kurativa kontakter med vuxna som sökt stöd kring ett barn i dess närhet. 7 av 10 kontakter togs av en förälder.

I kontakter från vuxna ser listan över de vanligaste kontaktområdena annorlunda ut jämfört med i barns egna kontakter, men många kategorier är gemensamma.

KONTAKTARENS RELATION TILL BARNET



De allra flesta som ringer Bris vuxentelefon om barn gör det i egenskap av att vara förälder. Två procent av kontakterna tas av professionella, till exempel lärare eller socialsekreterare. I kategorin Annan finns till exempel grannar, vänner till familjen eller idrottsledare.

VANLIGASTE KONTAKTOMRÅDENA BEROENDE PÅ KONTAKTARE

Placering beroende på kontaktare	Annan	Förälder	Mor-/farförälder	Professionell
Familjen & familjekonflikter	2	1	1	3
Skilda föräldrar	5	2	2	7
Våld, övergrepp & kränkningar	1	3	3	2
Samhällets stödinstanser	3	5	4	1
Psykisk ohälsa	6	4	5	6
Vuxnas svårigheter	4	7	6	8
Skolan	8	6	8	4
Stress	7	8	7	5

Kontaktområdena skiljer sig åt beroende på vem kontaktaren är, och dennes relation till barnet. Ovan ser vi hur listan förändras beroende på kontaktarens relation till barnet.

”

Varje gång jag går ifrån BUP har jag sån grov ångest, ångest över att när jag väl har chansen att få hjälp och inte må psykiskt dåligt, att kanske överleva detta, då sumpar jag det.



Källor

- Baker DA, Algorta GP (2016). The relationship between online social networking and depression: a systematic review of quantitative studies. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2016;19(11):638-48.
- Björkenstam C, Weitoft GR, Hjern A, Nordström P, Hallqvist J, Ljung R (2011). School grades, parental education and suicide – a national register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(11):993-8.
- Bris (2016) Räknas det här som våld? En rapport om våld mot barn utifrån Bris stödjande kontakter.
- Bris (2012) Se hela mig. Barns egna ord om sin psykiska ohälsa.
- Bremberg S (2015). Distansstöd – kunskapsläge och kunskapsluckor. *Psykisk Hälsa*. 2015;56(2):11-5.
- Bremberg S & Dalman C (2015). Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova.
- Bremberg S (2015). Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatrica*. 2015;104(10):997-1004.
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dalman C, Wicks S & Jörgensen L (2005) Psykiatrisk vårdkonsumtion i Stockholms län 1998–2004. Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- European Commission (2005). Green paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union.
- FN:s kommitté för barnets rättigheter (2015). Sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges femte periodiska rapport.
- Folkhälsomyndigheten (2016). Barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller våld.
- Folkhälsomyndigheten (2014). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14.
- Forte (2015). Barn och unga i samhällets vård, Forskning om den sociala dygnsvården.
- Försäkringskassan (2016). Sjuk- och aktivitetsersättning. Antal nybeviljade mottagare efter åldersgrupp.
- Hagquist C (2012). Skolmiljö, mobbning och hälsa: Resultat från Ung i Värmland 1988–2011. Karlstad: Karlstads Universitet.
- Hjern A, Arat A, & Vinnerljung B (2014). Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 2014:4. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- Jablonska B, Lindberg L, Lindblad F, Rasmussen F, Ostberg V, Hjern A (2009). School performance and hospital admissions due to self-inflicted injury: a Swedish national cohort study. *Int J Epidemiol*. 2009;38(5):1334-41.
- Van der Klaauw B, van Ours JC (2012). The Dutch Labor Market as an Example for Sweden? Amsterdam: VU University Amsterdam.
- Lager A, Bremberg S (2009). The labour market and deteriorating trends in mental health among young people. *BMC Public Health*. 2009;9:325.
- Lehto, Öman K (2015). Ungdomars psykiska hälsa och skolprestation. En studie baserad på Liv och Hälsa ung 2015. Uppsala: Institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap, Uppsala universitet.
- Länsstyrelsen i Stockholm (2016). Stockholmsenkäten.
- Nordens välfärdscenter (2015). Barn kan inte vänta: Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349.
- Novus (2016). Sveriges ungdomar om framtiden; Från YOLO till oro. Växjö: Novus och Linné-universitetet.
- Oldehinkel AJ, Ormel J, Verhulst FC, Nederhof E (2014). Childhood adversities and adolescent depression: a matter of both risk and resilience. *Dev Psychopathol*. 2014;26(4 Pt 1):1067-75.
- Olsson G & von Knorring A-L (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;99(5):324-31.
- Regeringen (2015). Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. Kommittédirektiv 2015:138.

Regeringen (2015). Närmare 700 personer förstärker elevhälsan och specialpedagogiken i skolan genom regeringens satsning. Pressmeddelande 20161113.

Reiss F (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2013;90:24-31.

Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(6):440-52.

Shapiro BG, Hamilton JL, Stange JP, Liu RT, Abramson LY, Alloy LB (2015). Moderate childhood stress buffers against depressive response to proximal stressors: a multi-wave prospective study of early adolescents. *Journal of abnormal child psychology.* 2015;43(8):1403-13.

Sharma T, Guski LS, Freund N, Gotzsche PC (2016). Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ.*

Skolverket (2017). Utvärdering av betyg från årskurs 6.

Skolverket (2016). Utvärdering av den nya betygsskalan samt kunskapskravens utformning.

Socialstyrelsen (2015). Att utveckla grunddata och indikatorer. För barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Socialstyrelsen (2013). Psykisk ohälsa bland unga.

Statistiska Centralbyrån (2016). Barnfamiljernas inkomststandard i familjer med hemmaboende barn 0–17 år, andel barn efter inkomststandard och år.

Statistiska centralbyrån (2016). Undersökningar av levnadsförhållanden – ULF 2016.

Statens offentliga utredningar (2016). Barnkonventionen blir svensk lag. SOU 2016:19.

Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. (2011). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ.* 2009;339(aug11).

Sveriges Kommuner och landsting (2014). Psykisk hälsa.

Thompson R, Litrownik AJ, Isbell P, Everson MD, English DJ, Dubowitz H, et al. (2012). Adverse Experiences and Suicidal Ideation in Adolescence: Exploring the Link Using the LONGSCAN Samples. *Psychol Violence.* 2012;2(2)

Wirehn A-B, Andersson A, Dalman C, Bokström T (2015). Barn och ungas psykiska ohälsa. Epidemiologisk kartläggning av diagnosregistrering i Region Östergötland och Stockholms läns landsting. Sveriges Kommuner och Landsting.

World Health Organisation (2014). International Classification of Diseases (ICD).

World Health Organisation (2007). What is mental health?

World Health Organisation Regional Office for Europe (2015). Health Behaviour in School Children, a WHO Collaborative Cross-National Study.

Webbkällor

OECD. Statsextracts 2016: <http://stats.oecd.org>.

Socialstyrelsens statistikdatabas: Diagnoser i slutenvård. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>

Socialstyrelsens statistikdatabas: Dödsorsaker. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>

Socialstyrelsens statistikdatabas: Yttre orsaker till skador och förgiftningar. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/yttreorsakertillskadorochforgiftningar>

Socialstyrelsens statistikdatabas: Läkemedel. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel>

<http://www.vantetider.se>

World Health Organization Regional Office for Europe. European mortality database 2016: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>

Bris och Agenda 2030

På ett toppmöte i FN i New York i september 2015 antog världens stats- och regeringschefer överenskommelsen *Förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling*. Agendan gäller från januari 2016 till 2030 och innehåller en handlingsplan med 17 mål och 169 delmål som ska leda världen mot en hållbar framtid. Agendans mål är universella och gäller alla länder, även Sverige.

Målen är odelbara och utgår från tre dimensioner av hållbar utveckling: den ekonomiska, sociala och miljömässiga. Under de kommande 15 åren kommer Agenda 2030 bidra till handlingar och politik som får en avgörande betydelse för mänskligheten. Flera av målen och delmålen rör barns rättigheter direkt och är därför särskilt angelägna för Bris.

Bris bidrar på olika sätt till måluppfyllelsen av Agenda 2030 både i Sverige och globalt. Vi stödjer barn som har det svårt på olika sätt och vars rättigheter kränks, vi gör barns röster hörda i samhället och vi påverkar politiker och beslutsfattare i Sverige, och globalt genom vår internationella paraplyorganisation Child Helpline International (CHI), för att säkerställa att varje barn får sina rättigheter tillgodosedda.

Mellan 2017 och 2021 kommer Bris särskilt att fokusera på att bryta trenden med den ökande psykiska ohälsan hos barn och unga, vi kommer på olika sätt att stödja barn som flytt och arbeta för alla barns rätt att slippa våld. Bris fokuserar därför i första hand på Agendans mål 3 om att Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar, mål 5 om Jämställdhet och mål 16 om Fredliga och inkluderande samhällen.



Bris, Barnens rätt i samhället, arbetar med att stödja barn, mobilisera samhället för barnets rättigheter samt att göra barns röster hörda. Bris vision är ett samhälle där varje barn känner till sina rättigheter och där barnets rättigheter tillgodoses. FN:s konvention om barnets rättigheter utgör grunden för Bris arbete och Bris bidrar med sitt arbete till FN:s hållbarhetsmål i Agenda 2030.

Under 2017-2021 kommer Bris särskilt fokusera på att bryta trenden med den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga i Sverige. Denna rapport bygger på forskning kring psykisk ohälsa och på barns samtal med Bris på samma tema. Det är den första i en serie rapporter från Bris om barns och ungas psykiska ohälsa.

Arenavägen 61
122 77 Johanneshov
Box 101 47, 121 28 Stockholm
Telefon: 08-598 888 00

www.bris.se
Instagram: @bris116111
Facebook: www.facebook.com/BRIS
Twitter: @BRISpress
Swish: 9015041

Barn kan kontakta Bris på
telefon, chatt och mejl.
Telefonnummer: 116 111
Chatt och mejl: www.bris.se

Brisbot finns på Kik och
Facebook Messenger

BRIS

