

Barns hälsa och välbefinnande i de fem nordiska länderna 1984 och 1996.

Leeni Berntsson

Denna studie fokuserar på åren 1984 och 1996. Under denna period har det skett stora förändringar i samhället såväl politiskt som ekonomiskt, socialt och organisatoriskt. I studien undersöks hur dessa förändringar har påverkat barns och deras familjers levnadsvillkor, hälsa och välbefinnande. Studien analyserar likheter och skillnader mellan länderna samt risk/skyddsfaktorer för barnets hälsa i samhället, familjen och barnets närmiljö. Resultaten visar några paradoxer. Levnadsstandarden är fortfarande hög, och har till och med ökat, däremot har hälsan försämrats, genom ökade psykosomatiska symtom och kroniska sjukdomar. Familjerna är mer missnöjda med sin livssituation. Mobbning har blivit en allvarlig riskfaktor för barns hälsa. Ökning av materiell livskvalitet garanterar inte barnfamiljernas hälsa. Det viktigaste för barns hälsa och välbefinnande är relationerna i familjen och kamratgruppen.

Leeni Berntsson är lektor på Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Institutionen för omvårdnad. Hon disputerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan år 2000 på en avhandling om barns hälsa i Norden.

Inledning

År 1984 genomfördes en kartläggning av nordiska barns hälsa och välfärd vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Studien visade att nordiska barns hälsa och livskvalitet generellt sett var mycket god men också att sociala skillnader fanns bland familjerna (Köhler 1993). Stora förändringar har skett i samhället såväl politiskt, som ekonomiskt, socialt och organisatoriskt. Varningsrop har höjts att barns levnadsvillkor har försämrats och att den nordiska modellen inte längre klarar att ta hand om sina medborgare.

Den nordiska välfärdsmodellen innebär välfärdspolitik som ger socialt skydd och demokratisk rätt till rimliga levnadsförhållanden för hela befolkningen. Målet med socialpolitiken är jämlikhet.

De nordiska länderna karakteriseras av lika befolkningsstruktur, kultur, traditioner, miljö, sociala och ekonomiska förhållanden. Likheter mellan länderna är fortfarande så stora att man kan betrakta de nordiska länderna som en enhet, medan de skillnader som i alla fall finns gör det meningsfullt att jämföra länderna.

Samhällsförändringar har skakat den nordiska modellen. Global utveckling omfattar ekonomisk recession, hög arbetslös

och samtidigt tilltagande tidspress och utbrändhet hos dem som hade arbete samt reducerade sociala bidrag. Ändringarna omfattar också sämre offentlig service, svårare tillgång till vård, längre väntetider. Inkomstklyftor mellan fattiga och rika har ökat (OECD 1998). Samhälleliga förändringar har skett i alla nordiska länder även om det finns skillnader i styrkan och hastigheten och hur man har reagerat mot dessa. Särskilt syns förändringar inom arbetsmarknad och ekonomi.

Hushållens disponibla inkomst minskade mest för ensamstående familjer med barn i Danmark och Sverige. De yngsta hushållen har haft den sämsta inkomstutvecklingen. Inkomstjämligheten ökade i Norge, Sverige och Finland enligt OECD data (1998). Betydande åtstramningar har skett i det sociala stödet, som dels har tagits bort, dels minskat i omfattning fast det funnits större behovskrav. I början av 1990-talet ökade arbetslösheten i alla länder. Finland och Sverige drabbades hårdast. Danmark hade redan på 70-talet en hög arbetslöshet. Andelen arbetslöshetsstöd av totala andelen sociala utgifter ökade parallellt med arbetslöshet (NOSOSKO 1989, 1998).

Förändringar kan också ses inom familjen. Total fertilitet har sjunkit från 1991, mest i Sverige från 2 till 1,6 (NOSOSKO 1989, 1998). Det talas om ändrad vuxenkultur som innebär bl.a. ambivalens i förhållande till barn och ungdomar (Qvortrup 2000). Man vill ha barn men barnpopulation minskar. Vuxna vill att barn är spontana men barn dom blir mer organiserad. Det finns även paradox i samhällets syn på barn. Samhället har ett materiellt intresse av barn, men det är föräldrarna som huvudsakligen ansvarar ekonomiskt för barnen.

Skilsmässor ökade i slutet på 70-talet, höll sig stabila under 80-talet men ökade igen i

början av 90-talet efterföljda av ett ökat antal av ensamstående familjer (NOSOSKO 1989, 1998).

Det fanns fler kvinnor i arbetslivet 1996 än 1984 och fler barn vistades på dagvårdsinstitutioner.

Förändringarna i barnens värld har varit många. Barngrupperna i daghem och skolor har blivit större medan antalet personal har minskats i Sverige och Finland (NOSOSKO 1989, 1993). Föräldrarnas arbetstider sätter ramar för barns liv. Det finns rapporter om att barn önskar att föräldrarna skulle arbeta och stressa mindre (Korsvold 1995).

Media och telekommunikation har influerat barnens liv om budskap om lika produkter, värderingar etc. Krig har medfört att antalet flyktingar har ökat.

Dessa samhällsförändringar har varit incitament till den nya nordiska studien som startades 1996.

Denna nordiska studie är unik, den ger möjlighet att analysera likheter och skillnader i barns och barnfamiljers välfärd och hälsa inom olika demografiska, socioekonomiska och geografiska grupperingar inom varje land och mellan länderna, samt i förhållande till samma åldersgrupper som 12 år tidigare. Det finns inga andra studier som följer upp barns hälsa och välbefinnande över en tid och jämför hälsoläget och sociala levnadsförhållanden mellan länderna relaterade till samhällsförändringar. Studien är också unik för att den omfattar en representativ del av barnpopulationen från 2-17 år medan andra nordiska studier inkluderar bara vissa åldersgrupper.

Teoretisk bakgrund

Barnhälsovetenskap används som en tankemodell för studien. Barnhälsovetenskap vilar på tre pelare: WHO: s Hälsa för alla strategi,

Socialmedicinsk tidskrift nr 5/2002

Folkhälsovetenskap och Barns speciella situation (Köhler 1998).

WHO: s definition av hälsa: som ett tillstånd av ett fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej enbart frånvaro av sjukdom och skada har kritiserats för att vara orealistisk. Flertalet teorier och modeller har utvecklats. Gemensamt för dessa är att:

”Hälsa är ett positivt, dynamiskt och multidimensionellt tillstånd och ej endast frånvaro från sjukdom. Vidare, hälsa är relaterad till individens situation och tillåter honom/henne att kämpa med livets krav. Hälsa är förmågan att motstå livets påfrestringar och stress av fysisk, mental och social natur så att stress inte leder till minskad levnadstid, funktion eller välbefinnande.”

Det senaste programmet av *Hälsa för Alla Strategi*, Hälsa 21 - (WHO 1999) har ett varaktigt slutmål att uppnå bästa möjliga hälsa för alla. I denna studie har jag fokuserat på målen 3 och 4.

Mål 3 handlar om en hälsosam start i livet, att bygga upp stabila relationer, föräldrautbildning, att förmedla grundläggande hälsovärderingar och utveckla sociala färdigheter på daghem och liknande institutioner samt reducera mortalitet och sjukdomar/handikapp och att förbättra utveckling och växt.

Mål 4 har fokus på ungdomars och skolbarns hälsa och psykologiska välbefinnande.

Folkhälsa är ett socialt och politiskt begrepp vars syfte är att förbättra hälsa, förlänga liv och förbättra livskvalitet för hela befolkningen genom hälsofrämjande åtgärder (Acheson 1988).

I denna studie har jag undersökt faktorer som är associerade med barns hälsa och väl-

befinnande i folkhälsoperspektiv omfattande befolkning, hälsa och samhälle. Studien är folkhälsoorienterad i bemärkelsen att stickprovet i varje land representerar hela barnbefolkningen. Hälsoorienterat perspektiv syftar till en holistisk syn på hälsa och inte enbart sjukdom och handikapp samt inkluderar förslag till hälsofrämjande åtgärder. Hälsa i samhällsperspektiv framställs i ramen av familjer och deras socioekonomiska förhållanden.

Barns hälsa och välbefinnande är av speciell vikt i folkhälsan för barnen är en stor del av landets befolkning. De är en sårbar grupp i samhället och saknar politisk makt, de kan inte påverka hälsorelaterade frågor. Kunskap, attityder och hälsobeteende i vuxen ålder grundläggs i barndomen. Föränta Nationernas Konvention om barns Rätt (1989) garanterar ett speciellt skydd för barn att leva harmoniskt i en föränderlig miljö och artikel 24 betonar särskilt på behovet av högsta möjliga uppnått standard av hälsa.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att kartlägga och analysera barns hälsa och välbefinnande i de fem nordiska länderna, särskilt beaktande av förändringarna i samhället under det senaste decenniet och identifiera hälsofrämjande faktorer i närmiljön. Avsikten var också att jämföra likheter och olikheter i utvecklingen av hälsa och välbefinnande mellan de olika länderna.

Frågeställningarna i den uppföljande studien var: Har barns hälsa och välbefinnande allmänt förändrats sedan den föregående nordiska studien? Finns det skillnader i utvecklingen av hälsa och välbefinnande mellan länder, kön, ålder och socioekonomiska grupper?

Har makroekonomisk utveckling påverkat barns hälsa och välbefinnande? Vilka faktorer inom barnet, familjen och samhället är risk/skyddsfaktorer för barnens hälsa och välbefinnande?

Metodik

Tillstånd från forskningsetikkommittén och datainspektionen söktes i respektive länder.

Ett nytt frågeformulär utarbetades tillsammans med den nordiska tvärvetenskapliga projektgruppen. I stort sett var frågorna samma som i den tidigare studien. De nya frågorna handlade om barnets hälsa, olycksfall, läkemedelsanvändning och föräldrars känsla av sammanhang enligt teorier av Antonovsky (1987). Formuläret testades i pilotstudier i respektive länder. Arbetsgruppen från varje land svarade för formulär, utskick, insamling och bearbetning av materialet på samma sätt som i den tidigare studien 1984. Projektledning och samordning skedde från Nordiska hälsovårdshögskolan av Lennart Köhler och Leeni Berntsson.

Urvalet skedde ur ett centralt befolkningsregister efter födelsedag och slumpades till ca 3000 i respektive länd, sammanlagt ca 15 000 barn. Enkäterna med ett följebrev skickades mars 1996 och följdes av två påminnelser. Föräldrarna ombads att om möjligt fylla i formuläret tillsammans med barnet. Svarsfrekvensen var i genomsnitt 70% (10 664 fullständiga svar), mot 67% (10 290 fullständiga svar) 1984.

Som i den tidigare studien visade bortfallsanalyserna att svaren hade en relativt god representativitet utom att ensamstående föräldrar fortfarande var underrepresenterade.

Analys

Analysmodell för barns hälsa och välbefinnande är inspirerad av Lazarus och Folkmans kognitiva teori av stress och coping (1984), Folkmans (1997) teoretisk modell av coping process och Antonovskys salutogenetiska hälsomodell (1987). Modellen illustrerar hur hälsan är relaterad till individens situation och tillåter honom/henne att kämpa med livets krav. Modellen innehåller fysiska, mentala och sociala stressfaktorer samt överföringsprocesser för teoretisk ram. Psykologisk stress i barnen karakteriseras av ett samspel mellan barnet och dess miljö i familjen och sociala kontext, psykologiska processer samt den mening barnet ger till en specifik händelse, episod, i relation till hennes välbefinnande.

Bestämningsfaktorer för barns hälsa finns på makronivån, på den distala nivån (sammällsnivån), på den intermediära nivån (familj) och på den proximala nivån (närmast barnet). Dessa bestämningsfaktorer kan betraktas som riskfaktorer eller skyddsfaktorer i tolkningsprocessen.

Riskfaktorsers inflytande på barn varierar, man talar om motståndskraft mot stress (resilience). Motståndskraft mot stress är relativ, baserad på miljö och konstitutionella faktorer, och varierar över tid och efter livsomständigheter (Rutter 1985).

Skyddsfaktorer fungerar på tre sätt: 1) genom att kompensera, neutralisera med individuella skyddsfaktorer, 2) genom att intensifiera sociala kompetensen och 3) genom anpassning av stresseffekten, adaption vid närvaro av stressfaktor (Garmenzy et al. 1984). Enligt forskningen (Werner 1989) finns det en balansgång mellan stresshändelser som ökar individens sårbarhet och skyddsfaktorer som intensifierar motståndskraft mot stress. Denna balans förändras i

olika utvecklingsstadier och varierar efter kön. Individerna är kapabel att hantera stress så länge balansen mellan risker, stressande livshändelser och skyddsfaktorer är hanterbar. När riskfaktorer och stressande livshändelser överväger skyddsfaktorer, även de mest motståndskraftiga personer kan utveckla stressrelaterade hälsoproblem.

Indikatorer för hälsa/ohälsa

Långvarig sjukdom/handikapp definierades som en åkomma som i väsentlig grad påverkat barnets dagliga liv under minst 3 mån det senaste året. Ohälsan i studien handlar om förälders upplevda hälsoproblem hos barnet. I den reviderade internationella klassifikationen (ICDH-2) är funktion och handikapp paraplybegrepp som täcker över tre dimensioner: "body functions and structure, activities at the individual level and in society (WHO 1999). Omgivningsfaktorer påverkar alla tre dimensionerna. I den föreliggande studien har omgivningsfaktorer (t ex skola, kamrater, familjeekonomi) effekter på det kroniskt sjuka/handikappade barnets dagliga liv analyserats.

Frågan om *psykosomatiska besvär* innehöll följande symptom: magbesvär, huvudvärk, sömnlöshet, yrsel, ryggbesvär, aptitlöshet. Respondenten bads om att kryssa för bara om besvaren gäller varje eller varannan vecka. I en följdfråga frågades om besvaren upplevdes lindriga, måttliga eller svåra.

Vid analysen av hälsans bestämningsfaktorer fokuserades på faktorer hos barnet och dess närmiljö, familjen samt samhället (socioekonomiska faktorer). Vidare har utveckling av psykosomatiska besvär från 1984 till 1996 relaterats till ländernas ekonomiska utveckling och socialt kapital (Coleman 1988).

Livskvalitet definierades efter Lindström (1994) som barnets resurser för ett gott liv inom tre sfärer: den yttre sfären (9 frågor), den mellanmännsliga sfären (9 frågor) och den personliga sfären (7 frågor).

Lindströms modell har utvecklats av Naess (1983) och Kajandis (1974) modeller och är influerad av Allardts (1975) välfärdsmodell.

För varje fråga har det angivits ett minimivärde som lägsta acceptabla nivå för barnen i Norden. Svaren som överstiger minimivärdet har kodats som ett, vilket betyder att barnet i den specifika frågan har resurser till god livskvalitet. De tre sfärerna innehåller såväl subjektiva (upplevda) som objektiva mått. Den totala livskvaliteten är ett sammanlagt mått för alla de tre sfärerna. För varje sfär har räknats en medelvärdespoäng.

Bakgrundsvariabler

Bakgrundsvariabler var barnets och föräldrarnas ålder, kön och födelseland, välfärdsvariabler (Allardt 1975) och känslan av sammanhang (Antonovsky 1987).

Statistiska analyser

För statistiska analyser (deskriptiv statistik, korrelationer, logistiska regressioner, medelvärdesanalyser, z-test för proportioner) användes SPSS/PC och för strukturell ekvationsmodellering LISREL 8.14 dos version.

Resultat

Har barns och barnfamiljernas hälsa och välbefinnande allmänt förändrats sedan den föregående nordiska studien? Finns det skillnader i utvecklingen av hälsa och välbefinnande mellan länder, kön, ålder och socioekonomiska grupper?

Långvariga sjukdomar ökade från 7,9% till 14,6% mellan 1984 och 1996 i de nordiska länderna. Förekomsten av långvariga sjukdomar var störst i Island och Finland och minst i Sverige och Danmark (Figur 1). Ca hälften av barnen med långvarig sjukdom hade eksem, allergi eller astma år 1996.

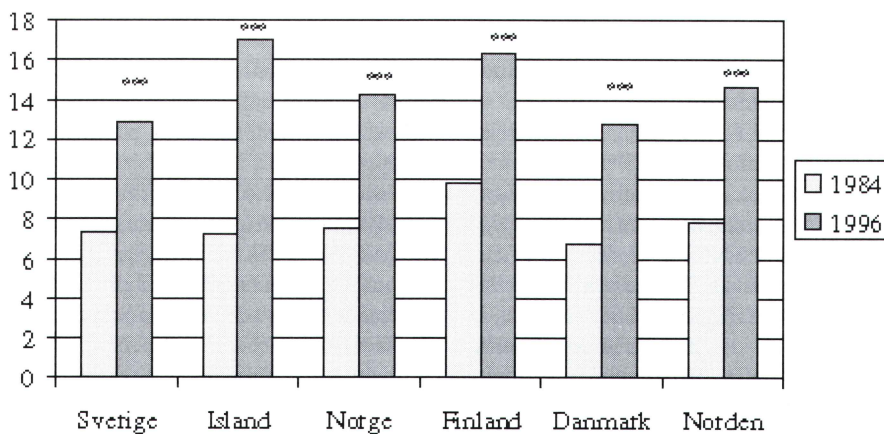
Psykosomatiska besvär ökade från 17% till 24,2% mellan åren i de nordiska länderna (Figur 2). Finska barn hade mest besvär och svenska barn minst.

Långvariga sjukdomar och psykosomatiska besvär ökade i alla åldersgrupper. Förekomsten av långvariga sjukdomar var högre bland pojkar medan psykosomatiska besvär var vanligare hos flickor. I båda åren var förekomsten signifikant högre i familjer med låg inkomst, låg utbildning samt ensamstående förälder. Missnöjet med ekonomin hade starkare effekt på hälsan än objektivt dålig ekonomi. Ännu starkare var effekten av

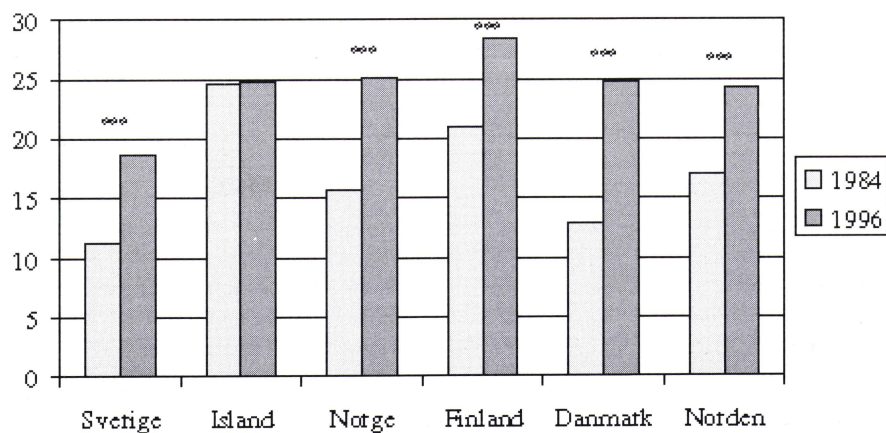
missnöje med familjelivet.

Tendensen var samma i alla länder även att det fanns mindre skillnader. Socioekonomiska skillnader 1984 kvarstannade oförändrade utom att risken för exponering för långvariga sjukdomar var högre i lågutbildade familjer i 1996. De mest sårbara barnen fanns bland dem som hade de svagaste socioekonomiska förutsättningarna; låg inkomst, utbildning, ensamstående föräldrar.

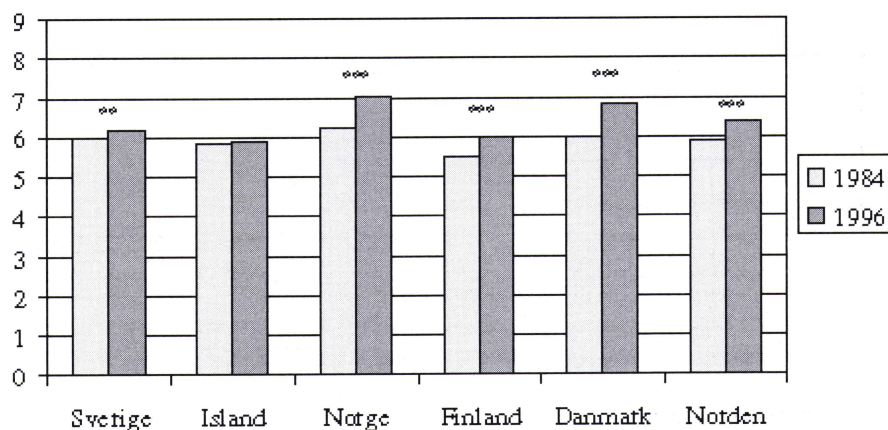
Även om att data inte tillåter strikt kausala konklusioner kan man konkludera att socialt och ekonomiskt sårbara familjer löper en större risk för långvariga sjukdomar och psykosomatiska besvär. Familjer med hög formell utbildning, stadig ekonomi och allmän tillfredsställelse med sin situation kan däremot erbjuda sina barn skyddade och stimulerande uppväxtförhållanden även under tider av ekonomisk recession.



Figur 1. Andelen barn med långvariga sjukdomar i Norden 1984 och 1996. Procent.



Figur 2. Andelen barn med psykosomatiska besvär i Norden 1984 och 1996. Procent.



Figur 3. Den yttre sfären. En jämförelse mellan resultaten av undersökningarna 1984 och 1996.

Livskvaliteten inom den yttre sfären

Den yttre sfären omfattar familjens arbetsförhållanden, ekonomi och boende. Livskvaliteten inom denna sfär har blivit bättre för nordiska barn (Figur 3). Det finns dock skillnader i utvecklingen mellan länderna. Norska, danska och svenska barn hade nästan lika hög livskvalitet år 1984 medan isländska och finska barn låg på något lägre nivå. Norge ligger nu främst följt av Danmark. I Sverige har ökningen varit mindre gynnsam. Finland som hade det lägsta värdet 1984 ligger nu strax efter Sverige. Island ligger på samma nivå som 1984. Nyckelvariabler för de förändringar som skett var familjens ekonomi.

Föräldrarnas utbildningsnivå och yrkesutövning har förbättrats i alla länderna. Familjerna i Island och Danmark var mer tillfreds med sin arbetssituation i den senaste undersökningen. Däremot hade tillfredsställelsen med arbetet minskat i Finland, Sverige och till en del i Norge.

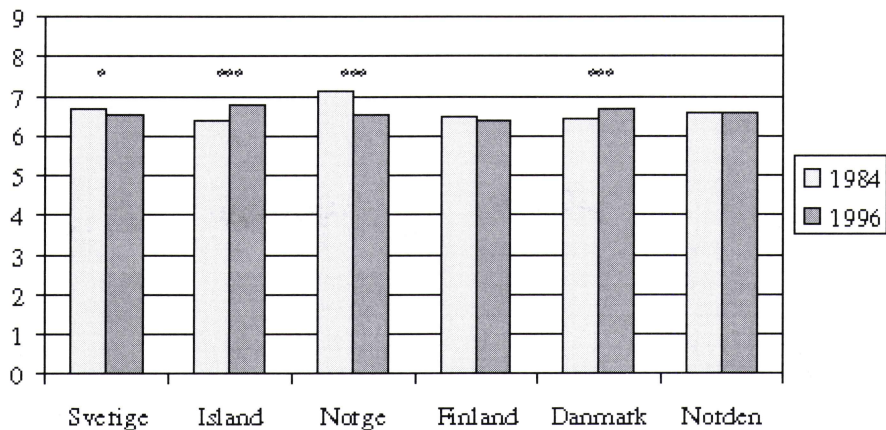
Familjernas disponibla inkomster har ökat i samtliga länder utom Island. Trots att de ekonomiska resurserna (det objektiva eller faktiska måttet) har förbättrats, ökade andelen familjer som var missnöjda med ekonomin i Sverige, Norge och Finland. I Island och Danmark var familjerna däremot mer nöjda med ekonomin 1996 än 1984.

Bostadsförhållanden (bostadstyp, rymlighet och eget sovrum för barnet) har blivit bättre för de nordiska familjerna totalt. Däremot hade bostadsförhållanden till en viss del försämrats i Sverige och Danmark.

Livskvaliteten inom den mellanmännskliga sfären

Den mellanmännskliga sfären står för familjerelation, närrelation och övrigt nätverk. Den var i stort sett oförändrad för nordiska barn totalt, men även här fanns skillnader mellan länderna (Figur 4). 1984 hade norska barn högst värden för livskvalitet inom den mellanmännskliga sfären. I 1996 års undersökning låg Danmark, och Island före, Sverige jämsides med Norge och Finland sist. Försämringen var störst i Norge. Flera nyckelvariabler har påverkat förändringarna som skett mellan länderna i de två undersökningarna. Familjens stöd från samhälle och släkt samt kontakter totalt är en. Tillfärdsställelse med familjesituation är en annan, negativa livserfarenheter hos barnet, en tredje och föräldrarnas tillgängliga tid med barnen en fjärde.

Vad gäller familjerelationer (antal syskon, föräldrarnas arbetstider och tillfredsställelse med familjesituation), har andelen barn som har minst ett syskon minskat i Norden. Föräldrarnas tillgängliga tid med barnen har minskat. För isländska och danska föräldrar har tillfredsställelsen med familjelivet ökat medan en större del av svenska, norska och finska familjer var mindre nöjda med familjelivet. Vad gäller närrelationen för barnet har förekomsten av två föräldrar minskat. Dramatiska livshändelser såsom dödsfall, separationer eller skilsmässor har ökat i alla länder. Vad gäller övriga nätverk (stöd från släkt, vänner och samhälle samt tillfredsställelse med familjens kontakter totalt) har stöd från släkt och vänner ökat i Island, Danmark och Sverige. I Norge och Finland upplevde familjerna mindre stöd från släkt och vänner 1996 än 1984. Samhällsstödet har ökat i samtliga länder med undantag Norge.



Figur 4. Den mellanmänskliga sfären. En jämförelse mellan resultaten av undersökningarna 1984 och 1996.

Livskvaliteten inom den personliga sfären

I den personliga sfären ligger barnets och föräldrarnas aktivitetsnivå, barnets självkänsla och grundstämning (Figur 5). Livskvaliteten i den personliga sfären försämrades för nordiska barnen mellan 1984 och 1996. Undantaget var Island. Sverige låg främst 1996 liksom 1984, följt av Danmark och Norge. Island låg på samma nivå som Finland. Nyckelvariabler för förändringar är psykosomatiska besvär, dålig självkänsla och mobbning.

Barns egna aktiviteter och aktiviteter tillsammans med föräldrarna har ökat i Norden sedan 1984. Det finns inga större skillnader för den här variabeln i utvecklingen mellan länderna. Däremot överensstämmer inte det subjektiva måttet, familjens tillfredsställelse med fritiden med det objektiva måttet, aktivitetsnivå. Familjer i övriga länder utom Island var mer missnöjda med sin fritid 1996 än 1984.

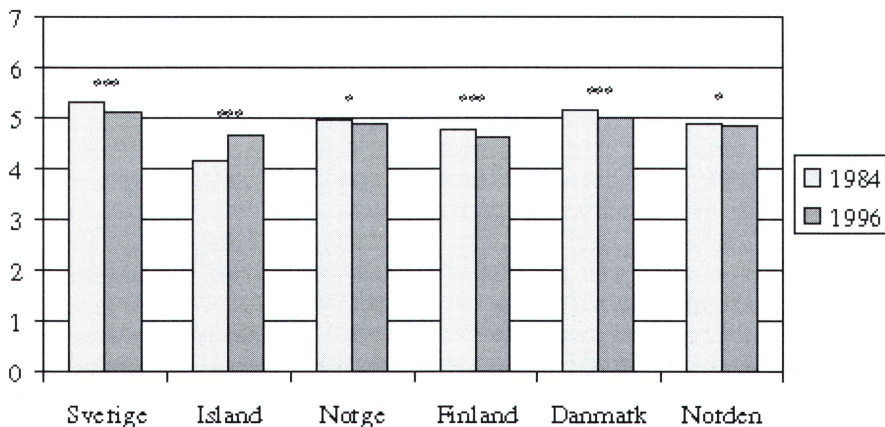
Självkänslan mättes med sex begreppspar

(osjälvständig/självständig, passiv/aktiv, ensam/ej ensam, orolig/lugn, nedstämd/glad, ängslig/trygg). Självkänslan har minskat för svenska, norska och finska barn medan den ökat för isländska och danska barn.

Grundstämningen mättes indirekt genom frågor om psykosomatiska besvär (ont i magen, huvudvärk, sömnproblem, ryggbesvär, yrsel och dålig matlust), trivsel i skolan och förekomst av mobbning. De psykosomatiska besvaren har ökat i samtliga länder. Trots ökad mobbning och ökad andel barn med psykosomatiska besvär, trivdes dock barnen i skolan i större utsträckning 1996 än 1984. Det gäller i alla de nordiska länderna utom i Finland.

Den totala livskvaliteten ökade för nordiska barn även om det på nationell nivå finns skillnader i utveckling. Danmark låg 1996 främst följt av Norge och Sverige. Island och Finland låg på samma nivå. Danmark och Island svarade för den största ökningen av barnens livskvalitet.

Den subjektiva livskvaliteten förändrades inte för nordiska barn totalt även om det på



Figur 5. Livskvaliteten inom den personliga sfären. En jämförelse mellan resultaten av undersökningarna 1984 och 1996.

nationell nivå finns skillnader i utveckling. Danmark låg främst följt av Norge och Sverige. Island och Danmark svarade för den största ökningen. I Sverige, Norge och Finland har den subjektiva livskvaliteten minskat.

Den objektiva (faktiska) livskvaliteten har ökat i alla länderna, främst i Norge och i mindre omfattning i Sverige och minst i Island.

Livskvalitet efter ålder och kön 1984 och 1996

Livskvaliteten skiljer sig åt med avseende på ålder i alla tre sfärerna. Den yngsta åldersgruppen, 2-6 år hade lägst värde inom den yttre sfären medan åldersgruppen 13-17 år hade det lägsta värdet inom både den mellanmänskliga och den personliga sfären. Åldersgruppen 7-12 år hade den högsta totala livskvaliteten 1984 och 1996.

Det finns inga signifikanta könsskillnader inom vare sig den yttre eller den mellanmänskliga sfären. Inom den personliga

sfären hade flickor i åldersgruppen 2-12 år en högre livskvalitet än pojkar.

Skillnader mellan länderna kan inte direkt relateras till ekonomiska och sociala förändringar i respektive land.

Har makroekonomisk utveckling påverkat barns hälsa och välbefinnande?

Utveckling av barns hälsa (psykosomatiska besvär) i de fem nordiska länderna från 1984 till 1996 relaterades till den ekonomiska utvecklingen och socialt kapital. Socialt kapital skapas i sociala relationer och gruppmedlemskap. Det kännetecknas av tillit och närhet i sociala strukturer (Coleman, 1988).

Som tidigare redovisats förekom psykosomatiska besvär mest i Finland och Island jämfört med de övriga länderna men det fanns ingen ökning av besvaren mellan åren i Island medan utvecklingen var mindre gynnsam i Norge och Danmark. Island hade den sämsta ekonomiska utvecklingen mellan åren. Utvecklingen av socialt kapital var positivt i Sverige och Island medan en motsatt

utveckling fanns i Finland, Norge och delvis i Danmark.

Högt socialt kapital (lek tillsammans, frånvaro av mobbning, barns och föräldrars organiserade gruppaktiviteter) hade ett starkt signifikant samband med bättre hälsa medan ekonomisk index (socialklass, boende, och disponibel inkomst) inte var relaterade till socialt kapital eller psykosomatiska besvär i båda studier. Förändring i hälsa hade ett positivt samband med förändring av socialt kapital och ett negativt samband med förändring av ekonomisk index. Resultaten betonar att relationer i familjen och kamratgruppen var det mest viktiga för barnens hälsa.

Vilka faktorer inom barnet, familjen och samhället är risk/skyddsfaktorer för barnens hälsa och välbefinnande?

Resultaten från logistiska regressioner för långvariga sjukdomar och psykosomatiska besvär visade på att låg utbildning, inkomst och ensamstående föräldrar samt missnöje med livssituation är risk faktorer för hälsa. Vidare undersöktes interaktionseffekter av livskvalitetsvariabler som t ex sociala stödets modifierade effekter. Med hjälp av strukturell ekvationsmodellering (LISREL) undersöktes risk/skyddsfaktorer för barns psykosomatiska besvär med en tillämpning av en kontextmodell som beskriver det individuella barnet i familjen och i den sociala strukturen. Åldersgruppen var barn från 7 till 12 år. Den teoretiska utgångspunkten var stressteori och barnets och familjens coping med deras sociala erfarenheter. Modellen innehåller faktorer på tre nivåer: den proximala nivån (barnet), den intermediära nivån (familjen) och den distala nivån (samhället).

På den proximala nivån finns faktorer som barnets personliga egenskaper, aktiviteter, kontakter med kamrater, trivsel i skolan

och studieprestationer. Barnets mentala stabilitet hade det största sambandet med psykosociala besvär på denna nivå. Den mentala stabiliteten (trygg, glad och lugn) var indirekt relaterad till kamrater, skoltrivsel och fritidsaktiviteter. Barn med långvarig sjukdom/handikapp hade mera psykosomatiska besvär.

På den intermediära nivån, som berör familjens välbefinnande och dess nätverk, analyserades barnets aktiviteter tillsammans med föräldrarna, föräldrars hälsa, stöd vid barnets vardagliga hälsoproblem samt föräldrars känsla av sammanhang, om de upplever sin omgivning och dess krav i det dagliga livet begripliga, hanterbara och meningsfulla. Moderns hälsa hade det starkaste direkta sambandet med barnets hälsa i alla nordiska länderna. Föräldrar som hade en låg känsla av sammanhang, hade mindre aktiviteter med sina barn och sämre hälsa. Låg känslan av sammanhang reflekterade direkt i barnets ångslan och nedstämdhet. Positiva faktorer för barnet var familjens engagemang i skolan, läsa böcker tillsammans, utöva musikaktiviteter, ta promenader eller leka tillsammans. Dessa barn trivdes bättre i skolan och klarade av skolarbetet bättre. Det sociala stödet från samhället, släkt och vänner modifierade högriskfaktorer på andra nivåer.

På den distala nivån, samhällsnivån, finns familjens ekonomiska förhållanden som antas vara beroende av föräldrarnas utbildning, yrke, arbetsförhållanden, familjestruktur och etniska bakgrund. Ovanför dessa finns samhälleliga faktorer utanför familjens kontroll: ekonomiska, politiska, sociala och kulturella system. På denna nivå fann man de mest sårbara barnen bland familjer med låg inkomst och utbildning, arbetslösa, ensamstående och invandrare.

De bästa prediktorer av barns psykosoma-

tiska besvär var mors hälsa, barnets mentala stabilitet, kamratkontakter, och långvarig sjukdom handikapp. Det fanns många faktorer som påverkar via andra faktorer sådana som skoltrivsel, social kompetens, aktiviteter, föräldrars känsla av sammanhang och familjeekonomi. Barn, familj och samhällsfaktorer interagerar tillsammans och kan förklaras i stressteoriperspektiv.

Mors hälsa och välbefinnande, solid ekonomi, goda kamratrelationer utan mobbning, lyckliga och nöjda barn utan ängslan och skolproblem, barn som trivs i skolan är mel-lankommande faktorer som hjälper barnet att hantera stressituationer och därmed bidrar till att förebygga psykosomatiska besvär.

Diskussion

Resultaten visar att barnen i Norden fortfarande har en hög levnadsstandard och förutsättningar för god livskvalitet. Den totala livskvaliteten till och med ökade men skillnaderna mellan länderna har ökat och rangordningen förändrats. Den objektiva livskvaliteten har blivit bättre för alla länderna samtidigt som den subjektiva upplevda livskvaliteten blivit sämre, undantaget Danmark och Island.

Det kan tyckas förvånande att det försämrade ekonomiska läget inte i större utsträckning påverkat livskvaliteten. Det kan vara så att välfärdssystemet har gett ett skydd så att den ekonomiska recessionen inte hunnit få effekt på de komponenter som styr livskvaliteten i denna studie.

Fattigdom har traditionellt förklarats ha direkta effekter på människors liv och hälsa genom multipla kanaler sådana som materiella levnadsstandard, individuella beteenden och risktaganden.

Senaste forskning (Wilkinson 1996) har föreslagit att graden av inkomstjämlighet,

det relativa välbståndet, är viktigare än det absoluta, för populationens hälsa via psykosociala mekanismer.

De psykosomatiska besvären och långvariga sjukdomar nästan fördubblades i de fem nordiska länderna mellan åren 1984 och 1996. Största ökningen av långvariga sjukdomen gällde astma och allergier. Orsaker till denna ökning kan finnas i den förbättrade hygien och reducerade sjukligheten i infektionssjukdomar i tidig ålder. Ett flertal studier har visat ökning av psykosomatiska besvär (SOU 2000:3, Currie et al. 2000). Orsaker till ökningen är inte klarlagda. Resultaten från den föreliggande studien talar för att determinanter av psykosomatiska besvär hos barn är multifaktoriella. Förklaringen fanns på tre nivåer: hos barnet och dess närmiljö (skolan och kamrater), inom familjen och i samhället. De viktigaste faktorer som var associerade med psykosomatiska besvär var mors hälsa och välbefinnande, barnets mentala stabilitet och sociala kompetens samt familjens socioekonomiska förhållanden. Barnen av familjer med låg utbildning och inkomst samt låg socioekonomisk status och familjer där fadern var arbetslös, var mest sårbara. Skyddsfaktorer hade inflytande på högriskfaktorer. De största skillnaderna mellan länderna fanns på den distala nivån där makroekonomiska faktorer, lagar och sociala faktorer dominerade. Ökningen av psykosociala besvär tyder troligen på tilltagande stress eller minskad stresstolerans samt minskad trygghet hos barnen. Negativa livserfarenheter för barnen, såsom skilsmässor/separationer i familjer ökade. Familjens roll som centrum för känsloliv och intimitet kan bli lidande. En låg känsla av sammanhang hos modern var associerad med låg familjeaktivitetsnivå och ängsliga barn.

En förklaring till ökad ohälsa som framkom i denna studie var socialt kapital. För-

ändring i hälsa hade ett positivt samband med socialt kapital, dvs relationer i familjer, familjerutiner, goda kamratrelationer, föreningsaktiviteter. Enligt Coleman (1988) byggs socialt kapital upp på ömsesidiga relationer. Tidigare studier har påvisat en ökning av klyftorna mellan rika och fattiga trots bättre ekonomisk utveckling och högre utbildning. En sådan utveckling har visat sig vara skadligt för allas hälsa, inte bara för de sämst lottade (Wilkinson 1996, Kawachi et al. 1987). Orsaken till en sådan utveckling har förklarats vara minskat socialt kapital i samhället vilket kan leda till bl a till ökad ohälsa och kriminalitet i samhället.

Konklusion

Det viktigaste för barns hälsa och välbefinnande är relationer i familjen och kamratgruppen. Kroniska sjukdomar och psykosomatiska symptom har ökat i alla nordiska länder. Den totala livskvaliteten är hög, den till och med ökade för barnen i undersökningen, däremot garanterar inte ökad materiell livskvalitet bättre barnhälsa. Barnfamiljerna har det fortfarande sämre ställt än den allmänna befolkningen. Tydliga skillnader mellan socialgrupper kvarstår. De subjektiva måtten av livskvalitet visar på en minskning i de flesta länderna. Sämst går det för de barn vars mödrar och fäder inte arbetar och för barn till ensamstående. Missnöje med ekonomin hade större effekt än objektivet dåligt med pengar. Folkhälsan i Norden och industriländerna följer inte längre bruttonationalprodukten

En ökning av den materiella standarden är idag inte längre någon garanti för god hälsa.

En genomsnittligt bättre ekonomi och bättre utveckling har skapats till priset av ökade ekonomiska klyftor. Viktiga insatsområden för barns hälsa och välbefinnande

är jämlik fördelning av de materiella resurserna bland barnfamiljerna, moderns hälsa (särskilt den psykiska) samt barnens och ungdomarnas sociala kompetens.

Referenser

Acheson D. (1988) (Chair) Public health in England. The report of the committee of Inquiry into the Future Development of Public Health Function. HMSO, London.

Allardt E. (1975) Att ha att älska att vara. Aldus, Lund.

Antonovsky A. (1987) Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco.

Coleman J. (1988) Social Capital in the creation of Human Capital. American Journal Social 94, 95-120.

Currie C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R. & Todd J, eds (2000) Health and Health Behaviour among Young People. Health behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC) International Report. WHO, Copenhagen.

Folkman S. (1997) Positive psychological states and coping with severe stress. Social Science and Medicine 45(8), 1207-21.

Garmenzy N., Masten A.S. & Tellegen A. (1984) Children vulnerable to major mental disorders: Risk and protective factors. In Psychiatric update (Grinspoon L. ed), (3) 91-104; 159-161 DC: American Psychiatric Press, Washington.

Kajandi M., Brattlöf L. & Söderling A. (1983) Livskvalitet. Beräkning av ett livskvalitetsinstruments reliabilitet. Psykologiska Enheten, Ulleråkers sjukhus, Uppsala.

Kawachi I. Kenedy B. Lochner K. Prothrow-Stith D. (1997) Social Capital, Income Inequality and Mortality. American Journal of Public Health 87, 1491-8.

Korsvold T. (1995) Barn i relasjon til familie, arbeidsliv og tilsynsordninger. Om et nordiskt prosjekt. Nytt om forskning om barn. Norsk senter for barneforskning 1, 63-78.

Köhler L. (1993) Children with and without disabilities in the Nordic countries. A Nordic project. Scandinavian Journal of Social Medicine 21(3) 146-149.

Köhler L. (1998) Barnhälsovetenskap - insatser inom utbildning, forskning och service. Läkartidningen 95, 1154-7

Lazarus R.S. & Folkman S. (1984) Stress, appraisal and coping. Spring, New York.

Lazarus R.S. (1993) Coping theory and research: past, present and future. Psychosomatic Medicine 55, 234-7.

Lindström B. (1994) The essence of existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. (Doctoral dissertation). NHV-report 1994:3. The Nordic School of Public Health, Göteborg.

Naess S. (1974) Psykologiska aspekter ved livskvalitet. Inas arbeidsrapport 1974: 11, Oslo.

NOSOSKO. Nordisk Socialstatistisk Komité. (1989) Social trygghed i de nordiske lande 1987. Omfang, udgifter og finansiering. Statistical Reports of the Nordic countries, report 1989:50. Nordic Social Statistic Committee, Copenhagen.

NOSOSKO. Nordisk Socialstatistisk komité. (1998) Social trygghed i de nordiske lande 1996. Omfang, udgifter og finansiering. Statistical Reports of the Nordic countries, report 1998: 8. Nordic Social Statistic Committee, Copenhagen.

OECD (1998) Income distribution and poverty in selected OECD countries: Economic department working papers No 189. ECO/WKP (98)2, 1-101. Annex 3, 1-21. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD, Paris.

Qvortrup J. (2000) Barndom och samhälle. In Det är bra men kan bli bättre. En bok om barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna. (Köhler L, ed). NHV-report 2000: 5. The Nordic School of Public Health, Göteborg.

Rutter M. (1985) Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry 17, 598-611.

SOU (2000) Välfärd vid vägska. Utvecklingen under 1990-talet. Statens offentliga utredningar 2000:3. Fritzes, Stockholm.

UN (1989) Convention of the rights of the child. UNICEF/United Nations Centre for Human Rights, New York.

Werner E.E. (1989) High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years. American Journal of Orthopsychiatry 59, 72-81.

Wilkinson, R.G (1996) Unhealthy societies. The affliction of inequality. Routledge, London.

WHO. (1946) Constitution of the World Health Organisation. WHO, Geneva.

WHO (1999) Health21 - health for all in the 21st century. European Health for all Series No.6. WHO, Copenhagen.

WHO (1999) International Classification of Functioning and Disability. ICDH-2. BETA-2 DRFAT. SHORT VERSION. WHO, Geneva.