



Folkhälsomyndigheten

# Socioemotionell förmåga hos treåringar

Resultat från en befolkningsbaserad studie i Västerbottens län



# Socioemotionell förmåga hos treåringar

– en befolkningsbaserad studie i Västerbottens län

## **Bindningar och jäv**

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

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

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

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

---

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

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

Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional (ASQ®:SE), Squires, Bricker, & Twombly. © 2002 och svensk översättning/and Swedish translation © 2014 Brookes Publishing Co.

Omtryckt efter tillåtelse/Reprinted by permission. För ytterligare användning eller spridning, kontakta/For further use or distribution, contact [rights@brookespublishing.com](mailto:rights@brookespublishing.com).

© Folkhälsomyndigheten, 2019.  
Artikelnummer: 19002

## Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget kan till exempel omfatta att främja samverkan, stärka framtagande av ny kunskap samt stödja kunskapsspridning och uppföljning.

Denna rapport ingår som en del av detta uppdrag och syftar till att undersöka socio-emotionell förmåga hos treåringar. Rapporten vänder sig till aktörer på nationell och regional nivå och till forskare som är intresserade av frågor som rör psykisk hälsa hos barn i förskoleåldern.

Rapporten har tagits fram av Anneli Ivarsson, professor/barnläkare, Eva Eurenus, docent/hälsoutvecklare, Marie Lindkvist, docent samt Linda Richter Sundberg, med. dr/leg. psykolog vid Institutionen för epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet. Ansvarig för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit Marjan Vaez vid enheten för Psykisk hälsa och uppväxtvillkor. Ansvarig enhetschef har varit Johanna Ahnquist. Övriga medverkande vid framtagandet av rapporten framgår av bilaga 2.

Folkhälsomyndigheten

*Anna Bessö*

Avdelningschef

# Innehåll

Förkortningar .....	7
Sammanfattning .....	8
Summary .....	9
Bakgrund .....	10
Förskolebarns psykiska hälsa .....	10
Barnpsykiatrisk epidemiologi .....	11
Att förstå psykisk hälsa hos förskolebarn .....	11
Undersöka psykisk hälsa hos förskolebarn .....	12
Instrument för att mäta psykisk hälsa hos förskolebarn .....	12
Implementering av ASQ:SE i Västerbottens län .....	13
Pilotstudie av ASQ:SE i Västerbottens län .....	13
Spridning av ASQ:SE i Västerbottens län .....	13
Studiens kontext .....	15
Syfte .....	16
Metod .....	16
Studiedesign och studiedeltagare .....	16
Etiska överväganden .....	17
Instrumentet ASQ:SE .....	17
Statistiska analyser .....	19
Resultat .....	20
Socioemotionell förmåga hos treåringar i Västerbottens län .....	20
Könsskillnader i socioemotionell förmåga .....	22
Skillnader i socioemotionell förmåga mellan stad och landsbygd .....	25
Diskussion .....	26
Hur ska vi förstå resultaten? .....	26
Skillnader utifrån kön .....	26
Skillnader mellan stad och landsbygd .....	27
ASQ:SE – instrumentets styrkor och svagheter .....	27
Metodologiska överväganden .....	28
Konklusion .....	28
Referenser .....	29

Bilaga 1: Instrumentet ASQ:SE som använts i studien.....	32
Bilaga 2: Medverkande.....	36

# Förkortningar

ASQ:SE	Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional
BHV	Barnhälsovård
BVC	Barnvårdscentral
CBCL	Child Behavior Check List
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision
SD	Standarddeviation
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire

# Sammanfattning

Det övergripande målet för svensk barnhälsovård är att främja barns hälsa, trygghet och utveckling samt ge stöd i föräldraskapet. Barn i Sverige är i hög grad fysiskt friska i internationell jämförelse, men det finns indikationer på att den psykiska ohälsan har ökat hos barn och ungdomar under de senaste decennierna. Kunskapen om förekomst av, och bakomliggande faktorer, till psykisk ohälsa hos förskolebarn är dock otillräcklig. Syftet med denna studie är därför att undersöka treåringars socioemotionella förmåga med avseende på könsskillnader och boende i stad eller på landsbygd i Västerbottens län.

## Förskolebarns psykiska hälsa undersöks systematiskt

I denna studie har instrumentet Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE) använts för att undersöka föräldrars rapporterade socioemotionella förmåga hos treåringar. ASQ:SE 36-månadersversion delas rutinmässigt ut till föräldrar inför treårsbesöket på barnvårdscentraler i Västerbottens län sedan 2013. ASQ:SE är ursprungligen utvecklat i USA och mäter barns socioemotionella förmåga inom sju domäner: självreglering, följsamhet, kommunikation, adaptiv förmåga, autonomi, affekt och social interaktion. Socioemotionell förmåga i treårsåldern är exempelvis förmåga till samspel med vuxna och jämnåriga samt förmåga att med stöd av förälder reglera egna känslor. Betydande avvikelser i den socioemotionella förmågan vid denna ålder kan tyda på att barnet har en sårbarhet som kan leda till fortsatta och ibland mer allvarliga socioemotionella problem.

## Generellt god psykisk hälsa men fler problem bland pojkar

Svaren från majoriteten av föräldrarna indikerar god socioemotionell förmåga hos barnen, dock hade nästan en av tio treåringar föräldrarapporterade socioemotionella problem, med ASQ:SE-poäng över gränsvärdet 59. Problemen var dubbelt så vanliga bland pojkar (12 procent) som bland flickor (6 procent) ( $p < 0,001$ ). Det fanns inga signifikanta skillnader i socioemotionell förmåga mellan barn bosatta i städer i jämförelse med barn bosatta på landsbygden. Skillnaderna mellan könen var dock kvarstående oberoende av geografisk hemvist. Domänerna autonomi och följsamhet innehöll de frågor för vilka flest föräldrar rapporterade svårigheter, detta gällde för både pojkar och flickor.

## Slutsats

Studien har ökat förståelsen för socioemotionell förmåga hos treåringar i Sverige. Den förstärker vikten av att identifiera problem i tidig ålder och att beakta könsskillnader. Redan i förskoleåldern bör socioemotionell förmåga uppmärksammas, helst genom en systematisk strategi inom barnhälsovården.



# Summary

## Social-emotional ability among three-year-olds – a population-based study in Västerbotten County

The overall goal of Swedish Child Health Care is to promote children's health, safety and development as well as support in the parenthood. Children in Sweden are indeed physically healthy by international comparisons, but there are indications that mental ill-health has increased among children and youth in the last few decades. However, the knowledge about prevalence and underlying factors for mental ill-health in preschool children is insufficient. The aim of this study therefore is to investigate three-year-old's social-emotional ability with regard to gender differences and living in urban or rural areas in Västerbotten County.

### Preschooler's mental health is systematically investigated

In this study, the Ages and Stage Questionnaire: Social-Emotional (ASQ:SE) has been used to investigate parental reported social-emotional ability among three-year-olds. ASQ:SE 36-month version is routinely distributed to parents before the three-year visit to Child Health Care centers in Västerbotten County since 2013. ASQ:SE was originally developed in the United States and reflects children's social-emotional ability in the seven domains of self-regulation, compliance, social communication, adaptive functioning, autonomy, affect and interaction. Social-emotional ability in the age of three-year is, for example, the ability to interact with adults and peers, as well as the ability to regulate their own feelings with parental support. Significant deviations in the social-emotional ability at this age may indicate that the child has a vulnerability that can lead to continued and sometimes more serious social-emotional problems.

### Generally good mental health but more problems among boys

The responses from most parents indicate good social-emotional ability of the children, however, almost one in ten three-year-old had parental reported social-emotional problems with ASQ:SE points above the cut-off of 59. The problems were twice as common among boys (12 percent) than among girls (6 percent) ( $p < 0.001$ ). There were no significant differences in social-emotional ability between children living in urban compared to rural areas. The differences between the genders remained irrespective of the children's area of living. The autonomy and compliance domains contained questions regarding issues that most parents reported that both boys and girls had difficulties.

### Conclusion

This study has increased the understanding of social-emotional ability among three-year-old's in Sweden. It reinforces the importance of identifying early-age problems and taking into account gender differences. Already in preschool age, social-emotional ability should be noted, preferably with a systematic strategy in the Child Health Care.

## Bakgrund

Sverige har en lång tradition av att systematiskt följa barns utveckling och tillväxt. Barnhälsovårdens arbetssätt syftar till att vara hälsofrämjande, förebyggande och föräldrastödjande (1). Förebyggande åtgärder såsom allmänna vaccinationsprogram har fortsatt mycket hög täckningsgrad och sannolikt är detta avgörande för att Sverige har bland världens lägsta barnadödlighet. Samtidigt finns det indikationer på att den psykiska ohälsan har ökat hos barn och ungdomar under de senaste decennierna (2). Kunskapen om förekomst av, och bakomliggande faktorer till, psykisk ohälsa hos förskolebarn är dock otillräcklig (3, 4).

### Förskolebarns psykiska hälsa

Förenta Nationerna (FN:s) konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) bygger på en holistisk syn på barns hälsa där fysiska, psykiska, andliga, etiska, psykologiska och sociala aspekter vägs samman. Psykisk ohälsa är ett tillstånd som innefattar lidande och svårigheter inom emotionella, kognitiva och/eller beteendemässiga områden av vårt fungerande (5). Uttryck för psykisk ohälsa kan uppfattas olika och detta är särskilt tydligt vid bedömningen av psykisk ohälsa hos mindre barn. Hos små barn är det verbala språket under utveckling och ofta blir föräldrarna språkrör för sina barn. Det är också praxis att föräldrar skattar yngre barns psykiska hälsotillstånd. Ibland kompletteras skattningarna med bedömningar av lärare eller omsorgspersonal som finns kring barnet. I vissa fall utreds barns psykiska hälsa, eller aspekter av barnets psykologiska utveckling, av till exempel psykologer, specialpedagoger och logopedier. Barn utvecklas ständigt och utvecklingen sker både kontinuerligt och språngvis. Att urskilja betydande socioemotionella problem från de kriser som är en del av barnets normala utveckling är en av de utmaningar som föräldrar och personal inom barnomsorg och barnhälsovård ställs inför.

Synen på psykisk ohälsa återspeglas i de validerade instrument som avser att mäta socioemotionell förmåga hos barn. Dessa formulär och instrument omfattar ofta faktorer såsom förmåga till socialt samspel, självständighet, överaktivitet, emotionella symtom, uppförandeproblem och förmåga att skapa relationer till jämnåriga (6). Förståelsen för orsaker till psykisk ohälsa hos barn har rört sig i ytterligheter, från en strikt biologisk etiologi till sociokulturella, psykodynamiska och inlärningspsykologiska förklaringsmodeller (7). På senare år har dock mer integrerade modeller formulerats där biologiska- och psykosociala faktorer anses samverka och skapa mönster av risk- och skyddsfaktorer (7, 8). Dessa modeller har påvisat att åldern har stor betydelse för barnets förmåga att hantera olika belastningar vilket i sin tur kan påverka barnets psykiska hälsa – så kallad ”developmental psychopathology” (9).

## Barnpsykiatrisk epidemiologi

Epidemiologi är läran om hur förekomsten av sjukdomar kan relateras till en given tidsperiod, plats, exponering och population samt analys av skydds- och riskfaktorer. Barnpsykiatrisk epidemiologi har vuxit fram sedan slutet av 1800-talet och fältet har länge haft metodologiska utmaningar (8). Resultaten från en internationell litteraturöversikt tyder på att prevalensen av psykisk ohälsa, av sådan svårighetsgrad att det funktionellt hindrar barnet, är cirka 12 procent (8). Andra senare studier visar att 10–20 procent av befolkningen drabbas av psykisk ohälsa under barnåren (0–17 år) (10, 11).

Den psykiska hälsan hos förskolebarn har ägnats begränsad systematisk uppmärksamhet inom barnhälsovården och uppgifterna om förskolebarns psykiska hälsa är bristfälliga (4). I den mån förskolebarn varit inkluderade i vetenskapliga studier visar dessa att barnen drabbas av psykisk ohälsa i nästan samma omfattning som skolbarn (12). En kohortstudie av 1½-åringar i Danmark visade att 16–18 procent uppfyllde kriterierna för en psykiatrisk diagnos enligt systemet ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision). De vanligaste diagnoserna var uppmärksamhetsstörning, matvägran, sömnstörningar, depressivitet och ångest (12).

En annan internationell litteraturöversikt sammanfattar psykisk ohälsa och psykopatologi i spädbarnsålder och tidig barndom på följande sätt: *”Mycket små barn, 0–3 år, kan drabbas av samma typer av psykiska sjukdomar som äldre barn gör. Riskfaktorerna verkar likna resultat från studier av äldre barn, med till synes specifika psykopatologiska förbindelser med biologiska och psykosociala risker. Vidare pekar resultaten på att störningar i föräldra-barnrelationen har en nyckelroll för att förstå barns psykosociala risker.”* (13)

Psykisk ohälsa hos barn är således ett utbrett problem. Ofta får den genomgripande och långtgående konsekvenser för barnets utveckling och vardagliga funktion samt negativa effekter för både barn och familj (10). Huruvida den psykiska ohälsan ökar bland barn och unga är omdebatterat, men mycket tyder på att ökningen är reell (14). Ökningen ligger i linje med analyser av ungas psykiska ohälsa över tid (2).

## Att förstå psykisk hälsa hos förskolebarn

Kopplingen mellan livsförhållanden under livets första år och psykisk hälsa genom hela livet lyftes tidigt fram av forskare såsom John Bowlby och Anna Freud (15, 16). Barns hälsa är påtagligt beroende av dess omgivning, relationer och de miljöer som de vistas i, såsom familj, förskola och skola (10). De flesta predisponerande faktorer för psykisk ohälsa – såsom genetiska och sociala faktorer – återfinns tidigt i livet så som under graviditet, förlossning och tidig uppväxt (17). Det är väl belagt att psykisk hälsa är nära sammankopplad med sociala och demografiska faktorer, men det behövs subgruppsanalyser för att närmare beskriva och förstå den psykiska ohälsan hos barn (4). Med ett sådant tillvägagångssätt skulle det kunna vara möjligt att tidigt identifiera skydds- och riskfaktorer för psykisk ohälsa hos barn.

Ur ett medicinskt perspektiv ses psykisk ohälsa som närvaron av ett antal symtom som kartläggs genom främst kliniska bedömningar, dvs. på ett liknande sätt som för fysisk ohälsa. Diagnossystem såsom ICD-10 klassificerar sjukdomar och däribland även de psykiska sjukdomarna (18). Ur detta perspektiv definieras psykisk ohälsa som närvaron av ett på förhand bestämt antal symtom. En individ ska uppfylla ett antal diagnoskriterier för att kunna sägas ha en psykiatrisk diagnos, ett syndrom eller en beteendestörning.

Den tidiga socioemotionella utvecklingen äger i huvudsak rum från barnets födelse och fram till ungefär fem års ålder. Under denna period utvecklas barnets grundläggande socioemotionella kompetens i nära interaktion med barnets närmaste omgivning. Centralt i den socioemotionella utvecklingen är förmågan att interagera i sociala relationer och att med stöd reglera känslor (19). Bristande socioemotionell förmåga i denna ålder medför på kort sikt en risk för att social samvaro med jämnåriga försämras (20). På längre sikt utgör socioemotionella problem i förskoleåldern en riskfaktor för att utveckla psykisk ohälsa längre fram i barndomen eller som ung vuxen. Genom att tidigt identifiera barn med denna sårbarhet möjliggörs förebyggande, och vid behov stödjande insatser.

## Undersöka psykisk hälsa hos förskolebarn

Det finns få studier av förskolebarns psykiska hälsa och bristen på kunskap om denna grupp har delvis förklarats av metodologiska utmaningar (4). På senare tid har dock flera instrument som mäter psykiska, psykologiska och sociala aspekter av små barns hälsa utvecklats (21-24). Nedan presenteras dessa instrument helt kort, med en något mer utförlig beskrivning av det instrument som är aktuellt i denna rapport.

### Instrument för att mäta psykisk hälsa hos förskolebarn

*Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), som på svenska översatts till *Styrkor och svagheter*, mäter psykisk hälsa i olika versioner hos barn i åldrarna 3–16 år (21). SDQ består av 25 frågor och är utvecklat från två andra validerade och väl använda instrument: Rutters formulär och Child Behavior Checklist (den senare presenteras nedan). Instrumentet undersöker psykisk hälsa i fem domäner: prosocialt beteende, emotionella symtom, beteendeproblem, kamratrelationsproblem och hyperaktivitet eller koncentrationsproblem. Formuläret är översatt till svenska och dess psykometriska egenskaper är till viss del undersökta (25, 26).

*Child Behavior Checklist* (CBCL) mäter problem och social kompetens hos barn med psykisk ohälsa i åldrarna 1½–18 år (27). Instrumentet är översatt till 70 olika språk och är validerat för användning i många delar av världen. I versionen för barn 1½–5 år skattar föräldrar barnets svårigheter och styrkor genom att svara på 99 frågor. CBCL innehåller också ett ytterligare avsnitt som undersöker barnets språkutveckling.

*Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE)*, är ett föräldra-rapporterat instrument med fokus på att upptäcka barns socioemotionella problem. Instrumentet finns i olika versioner för barn i nio åldersintervaller (2 månader–5 år) med 30-tal frågor beroende på version. Instrumentet har använts i såväl befolkningsbaserad screening av risker för sociala och emotionella problem hos yngre barn, som för att mäta risker för psykisk ohälsa hos sårbara grupper av barn (19, 28, 29). Instrumentet har också använts för att utvärdera effekter av behandlingsinsatser eller preventiva program som syftar till att förbättra barns psykiska hälsa och välbefinnande (30, 31). Utvärdering av den ursprungliga amerikanska versionen för barn 3–36 månader visar hög tillförlitlighet, validitet och genomförbarhet (28, 32).

## Implementering av ASQ:SE i Västerbottens län

### Pilotstudie av ASQ:SE i Västerbottens län

Under 2012 genomfördes en pilotstudie om instrumentet ASQ:SE i Västerbottens län. Studien involverade 11 barnavårdscentraler (BVC), med 1–3 BVC-sjuksköterskor och 121 barn och deras föräldrar (varav 119 föräldrapar och två ensamstående mammor). Syftet var att pröva om instrumentet skulle kunna vara användbart inom ordinarie BVC-verksamhet för att upptäcka eventuella socioemotionella problem bland barn vid treårsbesöket.

Föräldrarna rapporterade genomgående att ASQ:SE-frågorna upplevdes som lätta att förstå, meningsfulla, snabba att besvara och inte alltför känsliga. Majoriteten av BVC-sjuksköterskorna angav att ASQ:SE delvis eller i hög grad underlättade samtalet med föräldrarna och att resultatet stämde väl överens med den egna kliniska bedömningen. Sjuksköterskorna upplevde efter en kortare utbildning att de hade de färdigheter som krävs för att genomföra bedömningen.

En journalgenomgång genomfördes av de barn vars resultat av ASQ:SE bedömdes indikera problem, utifrån det etablerade amerikanska gränsvärdet över 59 poäng. Slutsatsen var att dessa barn sannolikt hade kunnat identifieras enbart via den ordinarie kliniska bedömningen, men att uppföljningen förbättrades med hjälp den information som framkommit via ASQ:SE. Vid en journalgenomgång av de barn som hade ett resultat av ASQ:SE inom intervallet 30–59 poäng (dvs. problem av lägre grad) framkom att instrumentet sannolikt bidragit till att identifiera dessa problem, vilket bedömdes skulle ha varit svårare via enbart en ordinarie klinisk bedömning.

### Spridning av ASQ:SE i Västerbottens län

Implementeringen av instrumentet ASQ:SE hade följande syften:

1. att öka föräldrars och personals uppmärksamhet på treåringars socioemotionella förmåga,
2. att öka möjligheten att tidigt identifiera barn och föräldrar som kan dra nytta av utökat stöd,

3. på gruppnivå öka kunskapen om treåringars socioemotionella förmåga och eventuella skillnader vad gäller kön, stad och landsbygd,
4. att standardisera samtalet vid treårsbesöket med stöd av ASQ:SE för främjande av jämlik hälsa i hela länet.

År 2012 och 2013 genomfördes utbildningar i användandet och tolkningen av ASQ:SE för samtliga BVC-sjuksköterskor i länet vilket upprepas kontinuerligt. Hösten 2013 infördes 3-årsenkäten, inkluderande instrumentet ASQ:SE, vid samtliga 38 BVC i länet och dessa instrument ingår sedan dess i ordinarie barnhälsovård, (se figur 1 och bilaga 1). Inför treårsbesöket skickas enkäten hem till föräldrarna som uppmanas besvara den före besöket. BVC-sjuksköterskan poängsätter svaret på frågorna och diskuterar de områden som föräldrarna upplever bekymmersamma eller har funderingar kring. Poängen är en hjälp för att avgöra när extra stöd behövs av BVC-sjuksköterskan eller vid behov av kontakt med en barnhälsovårds (BHV)-psykolog, logoped, BVC-läkare, specialpedagog eller annan profession. I enkäten får föräldrarna svara på om de samtycker till att svaren ingår i forskning. Efter samtalet på BVC skickas enkäterna till Region Västerbottens Folkhälsoenhet för att skannas och lagras i Salutdatabasen.

**Figur 1.** 3-årsenkäten som bland annat innehåller instrumentet ASQ:SE delas ut till samtliga föräldrar i Västerbottens län i samband med 3-årsbesöket på BVC.

BARNHÄLSOVÅRDEN OCH SALUT-SATSNINGEN I VÄSTERBOTTEN

## 3-årsenkät

VÄSTERBOTTENS  
LÄNS LANDSTING

**Fylls i på BVC**

Dagens datum:   /   /    
År      Månad      Dag

Hälsocentral: ..... Kod:

Barnets vikt:   ,  kg    Barnets längd:    cm

Version 1, 2014

## Studiens kontext

Studien genomfördes i Västerbottens län i norra delen av Sverige med 268 887 invånare och en yta av 54 665 km<sup>2</sup>. De tre länsdelarna i denna studie utgörs av Umeå, Skellefteå och Södra Lappland. Umeå i sydöstra delen av länet omfattar förutom Umeå kommun (125 434 invånare) även glesbygdskommunerna i dess närhet: Nordmaling, Vindeln, Vännäs, Robertsfors och Bjurholm. Skellefteå i nordöstra delen av länet omfattar förutom Skellefteå kommun (72 725 invånare) även Norsjö kommun. Södra Lappland i västra delen av länet består av glesbygds-kommunerna Storuman, Sorsele, Dorotea, Vilhelmina, Åsele, Lycksele och Malå, (se figur 2).

*Salut-satsningen* initierades 2005 av dåvarande Västerbottens läns landsting, idag Region Västerbotten, i syfte att förstärka det hälsofrämjande arbetet för länets alla barn och ungdomar och deras föräldrar, med början redan under graviditeten och fram till dess att barnet går ut gymnasiet. Den pågående satsningen och tillhörande forskning (33-35) möjliggörs genom ett väl etablerat samarbete mellan Region Västerbottens Folkhälsoenhet, Kompetenscentrum för mödra- och barnhälsovård och Institutionen för epidemiologi och global hälsa vid Umeå universitet. Mer information finns på webbsidan [www.regionvasterbotten.se/salut](http://www.regionvasterbotten.se/salut).

**Figur 2.** Karta över Sverige, Västerbottens län och dess 15 kommuner.



## Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka treåringars socioemotionella förmåga med avseende på könsskillnader och boende i stad eller på landsbygd i Västerbottens län.

## Metod

### Studiedesign och studiedeltagare

Studiens design är en beskrivande tvärsnittsstudie av socioemotionell förmåga hos treåringar i Västerbottens län. Studien hämtar sin empiri från Salutdatabasen under perioden januari 2014-september 2016.

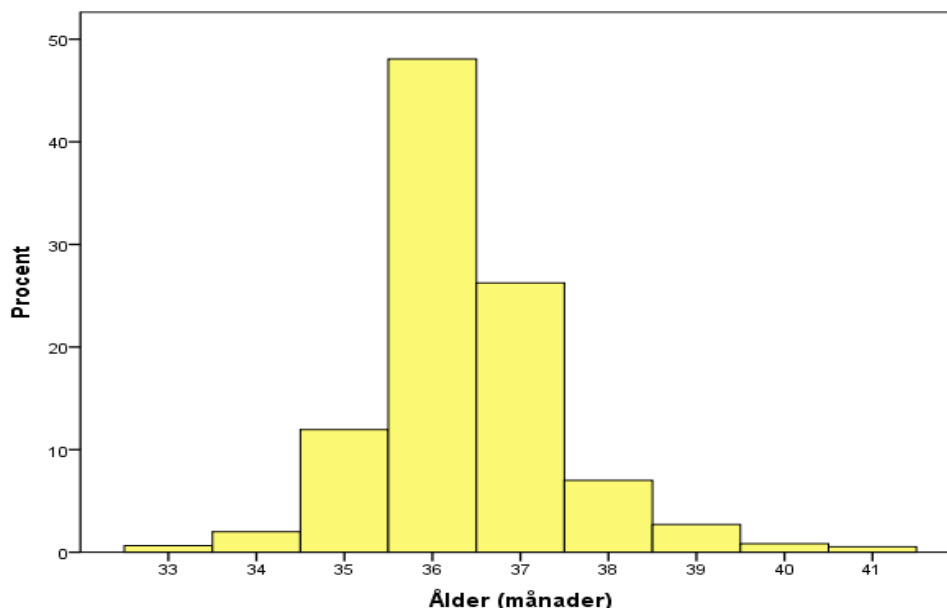
Hela materialet omfattar 5 917 barn, vilket motsvarar cirka 80 procent av alla treåringar boende i länet under tidsperioden. Slutligen inkluderades 5 163 barn i studien, vilket motsvarar cirka 70 procent. Alltså exkluderades 754 barn på någon av följande fyra grunder: 1) Vårdnadshavaren hade inte gett sitt medgivande till att svaren skulle ingå i forskning (n = 323), 2) Barnets ålder föll utanför angivet åldersintervall för instrumentet (n = 247), 3) Utifrån enkätsvaren gick det inte att definiera barnets kön (n = 132), 4) ASQ:SE hade fyllts i på ett felaktigt sätt eller mer än tre frågor i instrumentet var obesvarade (n = 52).

En majoritet av föräldrarna (60 procent) angav att de fyllt i enkäten gemensamt, medan drygt en tredjedel av enkäterna var ifyllda av enbart mamman (35 procent). Motsvarande andel för pappan var fyra procent och mindre än en procent var ifyllda av en annan person än föräldrarna (fem enkäter).

Könsfördelningen i materialet var relativt jämn med 52 procent pojkar (n = 2 673) och 48 procent flickor (n = 2 490). Barnen som inkluderades i studien var i åldersintervallen 33–41 månader enligt riktlinjerna för 36-månadersversionen av ASQ:SE. Medianen och majoriteten av barnen var 36 månader (se figur 3).



**Figur 3.** Åldersfördelningen vid 3-årsbesöket på BVC bland de 5 163 barn i Västerbotten som inkluderats i studien.



### Etiska överväganden

Att undersöka socioemotionell förmåga hos förskolebarn kräver djupgående reflektioner över de etiska konsekvenserna för de barn och familjer som ingår i studien. Studien innebär att barn med potentiell sårbarhet eller med problem identifieras. Behovet hos dessa barn uppmärksammas genom barnhälsovårdens förebyggande insatser, men även stöd och behandling ska kunna erbjudas vid behov. Det kan innebära ett utökat stöd av BVC-sjuksköterskan själv eller genom kontakt med annan profession.

Informerat samtycke från föräldrarna var obligatoriskt för att svaren skulle kunna ingå i studien. Varje deltagares integritet har säkrats i presentationen av resultaten. Den regionala etiska kommittén i Umeå har godkänt studien (nr 2013-268-31Ö).

### Instrumentet ASQ:SE

I denna studie operationaliseras förskolebarns psykiska hälsa som föräldrars rapportering av barnets socioemotionella förmåga vid tre års ålder. Barnets hälsa ses här som en funktion av barnets förmåga inom socioemotionella domäner via instrumentet ASQ:SE (24).

I studien har ASQ:SE 36-månadersversion 1.5 använts som tillåter intervallet 33–41 månaders ålder på barnet och består av 31 poängsatta frågor (bilaga 1). Av dessa är 30 frågor fördelade på sju olika domäner: I) självreglering, II) följsamhet, III) kommunikation, IV) adaptiv förmåga, V) autonomi, VI) affekt och VII) social interaktion (24, 32), (se tabell 1). Tre icke poängsatta öppna frågor ingår också i instrumentet, men dessa rapporteras inte i denna studie. 3-årsenkätens övriga frågor om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor ingår inte heller inom ramen för studien.

**Tabell 1.** ASQ:SE domäner (I-VII), definitioner och tillhörande frågor (1–30).

Domäner	Definitioner	frågor
I. Självreglering	Barnets förmåga eller vilja att lugna ner sig eller komma till ro, för att kunna hantera vad situationen eller miljön kräver.	5, 7, 8, 12, 13, 19, 21, 24, 29
II. Följsamhet	Barnets förmåga eller vilja att följa vuxnas styrning och regler.	11, 18
III. Kommunikation	Barnets förmåga eller vilja att uttrycka eller svara på verbala eller icke verbala signaler för att uttrycka sig.	1, 17, 25
IV. Adaptiv förmåga	Barnets förmåga eller vilja att hantera grundläggande behov (ex. mat, sömn, säkerhet).	15, 16, 22, 23, 30
V. Autonomi	Barnets förmåga eller vilja att ta egna initiativ och utforska möjligheter till oberoende.	4, 20
VI. Affekt	Barnets förmåga eller vilja att uttrycka egna känslor och empati för andra.	2, 9, 10
VII. Social interaktion	Barnets förmåga eller vilja att svara på eller ta initiativ till sociala uttryck till föräldrar, andra vuxna och till andra barn.	3, 6, 14, 26, 27, 28

Frågorna besvaras av en eller båda föräldrarna (vårdnadshavare) och består av positivt eller negativt ställda påståenden. Svartalternativen är: alltid/ofta, ibland eller aldrig/sällan. De tre svartalternativen är poängsatta med 0, 5 respektive 10 poäng. Det finns ett fjärde svartalternativ där föräldrarna kan markera om beteendet är ett bekymmer för dem. Om frågan bekymrar föräldern får svaret ytterligare 5 poäng per fråga. Högre poäng indikerar större socioemotionella problem hos barnet. Poängen per fråga kan vara 0–15, medan totalsumman för hela instrumentet kan vara 0–465. Det amerikanska gränsvärdet (cut-off) är satt till 59 poäng och resultat över detta värde tyder alltså på att föräldern upplever att barnet har socioemotionella problem.

Den engelska originalversionen av 3-årsenkäten används vid behov i länet. För att få en svensk version av ASQ:SE arrangerade forskare vid Umeå universitet i samarbete med en auktoriserad språkbyrå och förlaget Brookes en översättning och tillbaka-översättning enligt fastställda rekommendationer (36).

## Statistiska analyser

Instrumentets interna konsistens, dvs. hur väl olika frågor i instrumentet mäter samma bakomliggande koncept, undersöktes med Cronbachs alfa. Värdet uppgick till 0,78, vilket är en acceptabel nivå. Därefter beräknades totalsumman. Det amerikanska gränsvärdet 59 poäng fungerade som gränsvärde för att upptäcka barn med socioemotionella problem baserat på riktlinjerna för ASQ:SE (24). För enkäter med tre eller färre obesvarade frågor så ersattes dessa med medelvärdet för antalet besvarade frågor enligt instrumentets instruktioner.

Den statistiska programvaran SPSS användes för att analysera data. För att analysera skillnader i medelvärde av ASQ:SE totalsumma mellan olika grupper användes T-test eller Anova test. T-test genomfördes för jämförelse mellan pojkar och flickor och Anova test för att jämföra länsdelar och p-värden mindre än 0,05 betraktades som signifikanta. För att jämföra andelen pojkar och flickor som befann sig över gränsvärdet 59 poäng användes Chi-square test.

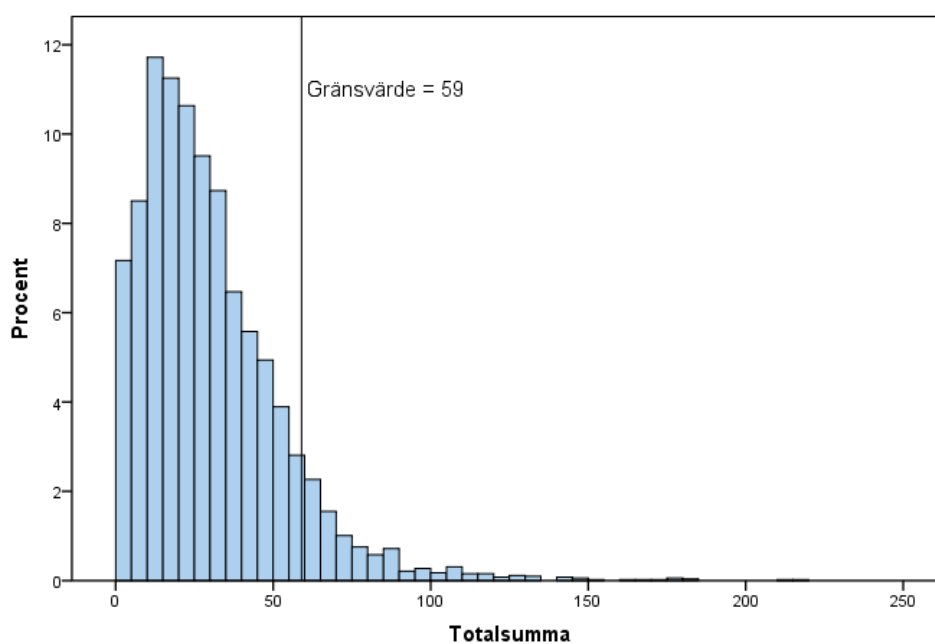
# Resultat

Resultaten i detta kapitel bygger på föräldrars rapportering av treåringars socioemotionella förmåga med hjälp av instrumentet ASQ:SE. Inledningsvis presenteras utfallet hos hela gruppen av undersökta treåringar i Västerbottens län och därefter resultat och jämförelser för undergrupperna: pojkar respektive flickor och barn som bor i stad respektive på landsbygd.

## Socioemotionell förmåga hos treåringar i Västerbottens län

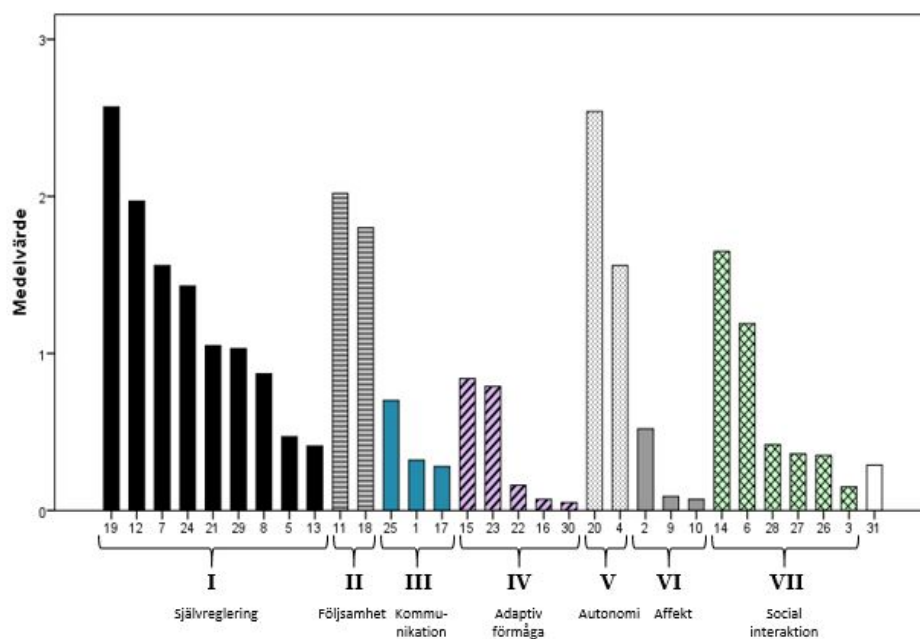
Svaren från majoriteten av föräldrarna indikerar god socioemotionell förmåga hos barnen. Medelvärdet för ASQ:SE hos samtliga barn ( $n = 5\,163$ ) var 28 poäng (SD 23) och medianen var 25 poäng med variationen 0–215. Totalt nio procent ( $n = 465$ ) av treåringarna fick dock en totalsumma som ligger över det amerikanska gränsvärdet på 59 poäng (markerat i figuren med ett vertikalt streck), vilket tyder på barnen kan ha socioemotionella problem, (se figur 4).

**Figur 4.** Fördelning av ASQ:SE totalpoäng bland samtliga barn i studien ( $n = 5\,163$ ).



I figur 5 presenteras medelvärden för instrumentets samtliga 31 frågor (se bilaga 1) och sju domäner, från högsta till lägsta medelvärde per domän (I–VII). Spridningen på varje fråga är 0–15, men eftersom de flesta barn har värdet 0 blir medelvärdena låga. Domänerna självreglering (I) och autonomi (V) innehöll frågor som föräldrar i högst grad upplevde att barnen hade svårigheter inom baserat på frågans medelvärde. Av enskilda frågor hade fråga 19 och 20 högst medelvärden, vilket var frågorna ”Gråter, skriker eller får ditt barn vredesutbrott som pågår under lång tid?” och ”Kontrollerar ditt barn att du är i närheten när han/hon utforskar nya platser såsom parker eller en väns hem?”.

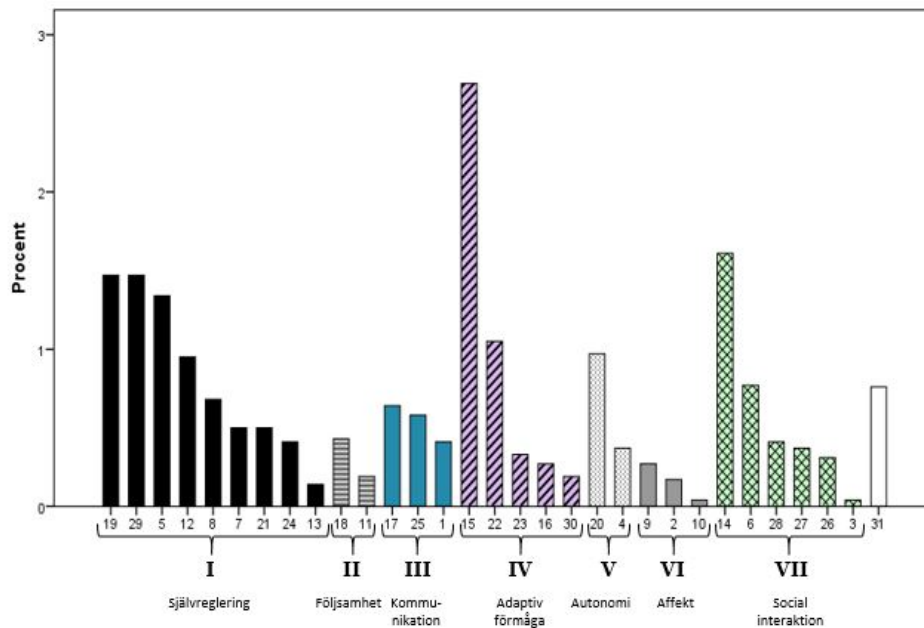
**Figur 5.** Medelvärde per fråga (1–31) inom varje domän (I–VII) av ASQ:SE för samtliga barn i studien (n = 5 163).



Domänerna adaptiv förmåga (IV) och affekt (VI) var de områden som föräldrar i lägst utsträckning upplevde att barnen hade svårigheter inom. Av enskilda frågor hade fråga 30 och 10 lägst medelvärden, vilket var frågorna ”Visar ditt barn ett ovanligt intresse för, eller kunskap om, sexuella ord eller aktiviteter?” och ”Är ditt barn intresserat av saker runt omkring sig?”.

I instrumentet har föräldrarna möjlighet att vid var och en av de 31 frågorna markera om den specifika frågan bekymrar dem. Omkring 11 procent (n = 553) av föräldrarna uttryckte att de var bekymrade för särskilda aspekter av barnets socioemotionella förmågor. Detta återspeglas i att några specifika frågor i större utsträckning har markerats som bekymmersamma för föräldrarna (se figur 6). Resultaten visar att föräldrar bekymrar sig mest för frågor som rör ätande och måltidssituation (fråga nr 15 och 14). Dessa frågor är kopplade till de underliggande domänerna adaptiv förmåga (IV) och social interaktion (VII). Föräldrarna markerade också bekymmer över frågor i domänen självreglering (I), särskilt fråga nr 19, 29 och 5 (se bilaga 1 och figur 6).

**Figur 6.** Andel föräldrar (procent) som svarade att de är bekymrade över en viss fråga (1–31) i ASQ:SE.



## Könsskillnader i socioemotionell förmåga

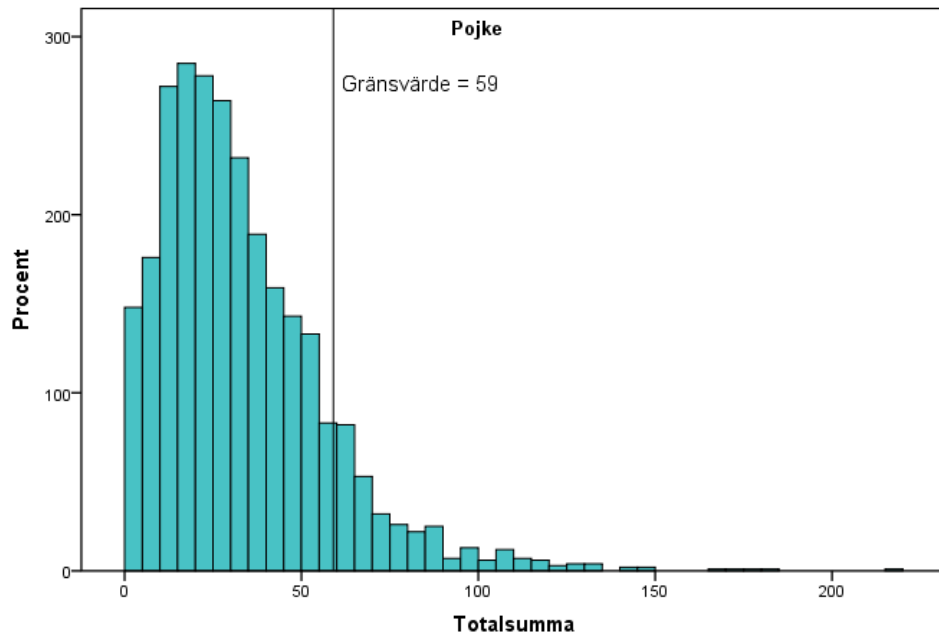
När socioemotionell förmåga bland pojkar och flickor jämförs finns signifikanta skillnader (se tabell 2 och figur 7–8). Medelvärdet för pojkar var 31 poäng (SD 25), medan flickornas medelvärde var 24 (SD 21) ( $p < 0,001$ ). I gruppen barn som befinner sig över gränsvärdet och således har indikationer på socioemotionella problem fanns signifikant fler pojkar än flickor ( $p < 0,001$ ). Bland pojkarna var 11,6 procent över detta gränsvärde medan motsvarande andel för flickorna var 5,7 procent.

**Tabell 2.** Deskriptiva data för ASQ:SE och skillnader mellan pojkar ( $n = 2\,673$ ) och flickor ( $n = 2\,490$ ).

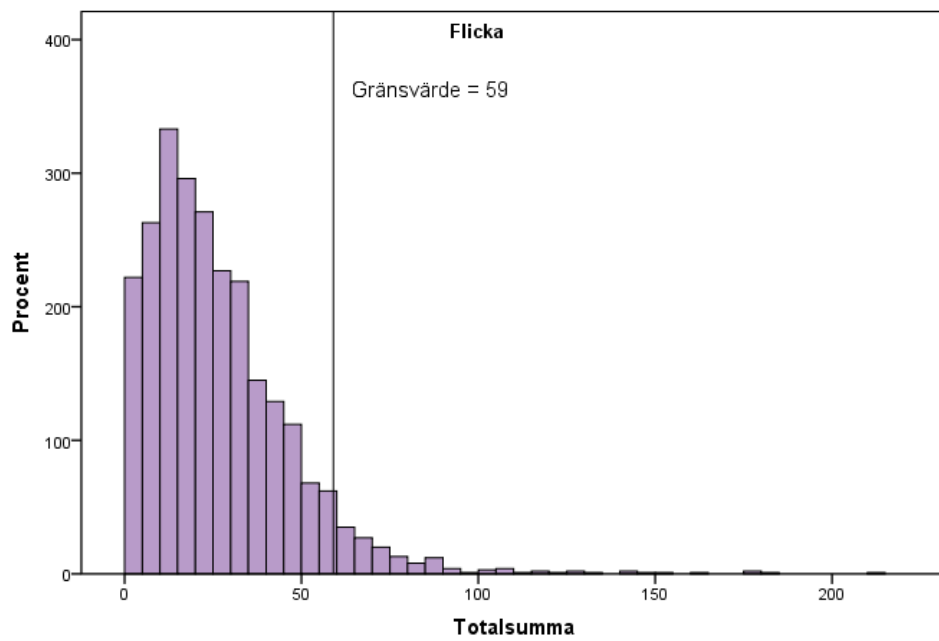
	Pojkar	Flickor	P-värde <sup>1</sup>
Medelvärde (SD)	30,9 (23,9)	24,3 (20,9)	0,000
Median (variation)	25 (0–215)	20 (0–210)	
Över gränsvärdet 59, antal (%)	311 (11,6)	143 (5,7)	0,000

<sup>1</sup>P-värde för test mellan könen. T-test för kvantitativa data (medelvärde) och Chi-square-test för kategoriska data.

**Figur 7.** Fördelning av ASQ:SE, totalsumma för pojkar (n = 2 673).



**Figur 8.** Fördelning av ASQ:SE, totalsumma för flickor (n = 2 490).



Ett medelvärde per domän räknades ut genom att utgå från antalet frågor per domän (I–VII). När medelvärdet för pojkar och flickor jämförs i domänerna (I–VII) ses samma mönster med signifikant högre värden ( $p < 0,05$ ) för pojkarna jämfört med flickorna inom samtliga domäner (tabell 3). Frågor som speglar barnens förmåga till autonomi och följsamhet har högst medelvärde bland både pojkar och flickor. Frågor inom domänen affekt har lägst medelvärde för båda könen.

**Tabell 3.** Deskriptiva data per domän (I–VII) i ASQ:SE och könsskillnader.

Domän	Pojkar n = 2 673	Flickor n = 2 490	P-värde <sup>1</sup>
<b>I. Självreglering</b>			
Medelvärde (SD)	1,43 (1,28)	1,08 (1,08)	0,000
Median	1,11	1,11	
<b>II. Följsamhet</b>			
Medelvärde (SD)	2,06 (2,27)	1,75 (2,15)	0,000
Median	2,50	0,00	
<b>III. Kommunikation</b>			
Medelvärde (SD)	0,57 (1,45)	0,29 (1,05)	0,000
Median	0,00	0,00	
<b>IV. Adaptiv förmåga</b>			
Medelvärde (SD)	0,41(0,81)	0,35 (0,77)	0,009
Median	0,00	0,00	
<b>V. Autonomi</b>			
Medelvärde (SD)	2,11 (2,04)	1,99 (2,00)	0,035
Median	2,50	2,50	
<b>VI. Affekt</b>			
Medelvärde (SD)	0,25 (0,68)	0,20 (0,63)	0,001
Median	0,00	0,00	
<b>VII. Social interaktion</b>			
Medelvärde (SD)	0,78 (0,99)	0,59 (0,87)	0,000
Median	0,83	0,00	

<sup>1</sup>P-värde för T-test mellan könen.



## Skillnader i socioemotionell förmåga mellan stad och landsbygd

När olika länsdelar i Västerbotten, definierade som stad eller landsbygd, jämförs fanns inga signifikanta skillnader ifråga om socioemotionell förmåga. Skillnaden för kön kvarstår även på länsdelsnivå (se tabell 4). I denna analys finns ett bortfall på 806 individer (16 procent) som beror på att BVC-tillhörighet för att fastställa kommunhemvist inte besvarades i 3-årsenkäten.

**Tabell 4.** Deskriptiva data för ASQ:SE och könsskillnader fördelat på de tre länsdelarna i Västerbotten: Umeå/stad, Skellefteå/stad och Södra Lappland/landsbygd.

	Total	P-värde <sup>1</sup>	Pojkar	Flickor	P-värde <sup>2</sup>
<b>Umeå/stad</b>			n = 1 371	n = 1 277	
Medelvärde (SD)	27,6 (23,8)		30,8 (25,4)	24,1 (21,5)	0,000
Över gränsvärdet 59					
antal (%)			164 (12,0)	72 (5,6)	0,000
<b>Skellefteå/stad</b>			n = 593	n = 536	
Medelvärde (SD)	28,1 (23,4)	0,266	31,0 (22,9)	24,9 (23,5)	0,000
Över gränsvärdet 59					
antal (%)			63 (10,6)	43 (8,0)	0,081
<b>Södra Lappland/ Landsbygd</b>			n = 293	n = 287	
Medelvärde (SD)	26,2 (21,6)		29,8 (22,8)	22,5 (19,6)	0,000
Över gränsvärdet 59					
antal (%)			37 (12,6)	14 (4,9)	0,001

<sup>1</sup>P-värde för test mellan länsdelar (Anova-test).

<sup>2</sup>P-värde för test mellan kön (T-test för kvantitativa data och Chi-square-test för kategoriska data).

## Diskussion

Majoriteten av föräldrarna rapporterar att deras barn har god socioemotionell förmåga enligt ASQ:SE. Emellertid uppvisade nästan ett av tio barn indikationer på socioemotionella problem med poäng över gränsvärdet 59. Problemen var dubbelt så vanliga bland pojkar än bland flickor. Könsskillnaden kvarstår oavsett om familjen bodde i en stad eller på landsbygden. Domänerna autonomi och följsamhet innehöll de frågor för vilka flest föräldrar rapporterade svårigheter, för både pojkar och flickor. Var tionde förälder ser problem i barnens förmågor som bekymrar dem. Föräldrarna i stort var mest bekymrade över frågorna som rör barnets matvanor och måltidssituation.

### Hur ska vi förstå resultaten?

Föräldrar i denna undersökning rapporterar lägre grad av socioemotionella problem hos sina barn (9 procent) än den rapporterade prevalensen i USA på 22 procent bland barn i åldern 6–36 månader när ASQ:SE använts (28). Det finns dock skandinaviska studier av förskolebarn som visar resultat på ungefär samma nivå som i denna studie när frågeformuläret SDQ använts (37, 38). Däremot identifierades förekomsten av psykiska sjukdomar i så mycket som 16–18 procent av 1½-åringar i en dansk kohort (12). De danska barnen analyserades dock genom ett brett utbud av instrument och intervjuer. Skälen till diskrepansen mellan studier kan vara flera. En del av förklaringen kan sannolikt bero på skillnader i urval och metoder, men av betydelse kan även vara hur frågorna uppfattas i olika kontexter.

### Skillnader utifrån kön

Könsskillnaden var uttalad och statistiskt signifikant i denna studie och liknande resultat har tidigare observerats både bland förskolebarn i Sverige (39) och utanför Skandinavien (40) när frågeformuläret SDQ använts. I åldersgruppen 0–3 år har studier visat att pojkar har mer utvecklings- och beteendestörningar medan flickor mer ofta diagnostiseras med ät-, anknytnings- och anpassningsstörningar (13).

Hos äldre barn (från skolåldern och uppåt) är dock könsmönstret för psykisk ohälsa det motsatta. I en omfattande kunskapsöversikt över barns psykiska ohälsa i Sverige framgår att flickor rapporterar avsevärt mer psykiska symtom än pojkar i åldersgruppen 11–18 år (4). När flickor skattar sin psykiska ohälsa rapporteras i större utsträckning introverta symtom, t.ex. magont, ångest och nedstämdhet, medan pojkar rapporterar mer extroverta symtom, t.ex. utagerande, aggressivitet och normbrytande beteende (4).

Det finns också en påtaglig skillnad i hur psykisk ohälsa undersöks i yngre respektive äldre åldersgrupper. Yngre barns psykiska hälsa – i den mån detta inkluderas i studier – undersöks nästan enbart via föräldrars eller lärares skattningar, medan undersökningar av äldre barn i stor utsträckning vilar på självskattning. Denna studie, precis som andra studier av förskolebarn, bygger på föräldrarapportering.

Den låga andelen av socioemotionella problem bland flickor i yngre åldersgrupper skulle kunna förstås utifrån svårigheten att fånga flickors uttryck för psykisk ohälsa genom föräldraskattningar. Introverta symtom är per definition svåra att skatta av en extern bedömare, exempelvis en förälder eller lärare. Det är särskilt svårt när barnets tänkande och språk är mindre utvecklat i yngre åldrar.

### Skillnader mellan stad och landsbygd

Resultaten visar ingen signifikant skillnad mellan barn som bor i en stad eller på landsbygden, vilket tyder på att mönstret av socioemotionella problem hos treåringar är ungefär detsamma i länet utifrån studiens föräldrarapporterade data. Dock visar forskarnas nyligen publicerade studie att föräldrar som inte bor tillsammans rapporterar mer problem bland sina barn än de som bor tillsammans, och i högre utsträckning om de bor på landsbygden jämfört med i stadsområden (41).

### ASQ:SE – instrumentets styrkor och svagheter

I denna studie har instrumentet ASQ:SE använts för att kartlägga socioemotionell förmåga hos treåringar i Västerbottens län. Implementeringen inom länets BHV har varit framgångsrikt med god täckningsgrad och instrumentet har uppskattats av såväl personal som föräldrar. En nackdel med instrumentet är att det enbart är validerat för amerikanska förhållanden och det rådande gränsvärdet bygger på dessa undersökningar. Det finns troligen skillnader mellan amerikanska och svenska förhållanden som gör att barns sociala och emotionella förmågor värderas på olika sätt. Det är troligt att svenska barns hälsa på befolkningsnivå är bättre än amerikanska barns, vilket i så fall innebär att ett gränsvärde för svenska barn skulle vara lägre. Kommande studier baserat på detta material skulle dock kunna bidra med mer kunskap om instrumentets validitet i svensk miljö.

En annan invändning mot ASQ:SE är att föräldrars skattning av barnets förmågor och svårigheter kan rymma felkällor. Det kan finnas andra faktorer än barnets mående och fungerande som gör att föräldrar såväl under- som överskattar sitt barns förmågor. Exempelvis har föräldrarnas eget mående visat sig korrelera med hur de skattar sina barns förmågor, på så sätt att föräldrar med höga nivåer av stress och/eller depression ger svar med högre poäng på ASQ:SE (42). Samtidigt är det väl belagt att föräldrars mående också har ett samband med barns välbefinnande (43, 44). Det är också ett faktum att yngre barns upplevelser behöver tolkas och översättas av vuxna, såsom föräldrar, pedagoger, psykologer eller sjukvårdspersonal. Föräldrar är de som vanligtvis förstår och kan beskriva barnet bäst.

Eftersom instrumentets frågor har en inriktning mot utveckling och samspel mellan föräldrar och barn (och därmed mindre av individuellt och statistiskt sjukdomsperspektiv) passar det mycket väl in i barnhälsovårdens uppdrag och arbetssätt. Ett syfte med instrumentet är också att kartlägga avvikelser ifråga om socioemotionell utveckling och därför skulle det kunna fungera som ett screeninginstrument. När föräldrar rapporterar problem och bekymmer med barnets sociala eller emotionella

förmågor signalerar instrumentet höga poäng och familjen kan erbjudas en fördjupad utredning, extra stöd och behandling. Det finns ett antal studier som visar hur instrumentet kan fungera tillfredsställande för att identifiera psykisk ohälsa (45, 46).

## Metodologiska överväganden

Hela materialet omfattade inledningsvis cirka 80 procent av alla treåringar som bodde i länet under tidsperioden, medan de som slutligen inkluderades i studien motsvarade cirka 70 procent. Omkring 10 procent exkluderades alltså, vilket främst berodde på att vårdnadshavare inte gick med på att svaren skulle användas i forskning, men även på att barnets ålder föll utanför det angivna åldersintervallet för instrumentet (33–41 månader). Att inte barnet bedömts i närheten av 3-årsdagen berodde främst på personalbrist på BVC. Resterande 20 procent av länets treåringar deltog inte i studien och barnhälsovården kartlägger årligen i sin årsrapport de orsaker till bortfallet som BVC-sjuksköterskorna rapporterat. Det vanligaste skälet till att föräldrarna inte fyller i 3-årsenkäten har varit språkliga barriärer, eftersom enkäten enbart finns på svenska och engelska. Därmed går det inte att generalisera resultaten till barn vars föräldrar inte kan läsa och förstå svenska eller engelska. Dock använder BVC-sjuksköterskan ofta tolk i dessa fall och har en diskussion utifrån frågorna i ASQ:SE. Det saknas kunskap om hur många som trots att de är svensktalande har svårt att förstå frågorna och också har svårt att se barnets förmågor och behov. Det förekommer också att föräldrar inte vill fylla i 3-årsenkäten, att de inte vill skicka vidare enkäten till Folkhälsoenheten eller att föräldrarna har glömt att fylla i eller ta med enkäten inför besöket på BVC.

## Konklusion

Majoriteten av föräldrarna rapporterar att deras barn har god socioemotionell förmåga enligt ASQ:SE. Emellertid uppvisade nästan ett av tio barn indikationer på socioemotionella problem med poäng över gränsvärdet 59. Problemen var dubbelt så vanliga bland pojkar som bland flickor.

Denna studie bidrar till ökad förståelse för svenska treåringars socioemotionella förmågor och problem med hjälp av instrumentet ASQ:SE. Vikten av att identifiera socioemotionella problem i tidig ålder och att beakta könsskillnader har belysts. Genom att tidigt identifiera dessa familjer med en systematisk strategi inom barnhälsovården kan hälsofrämjande, förebyggande, utredande och/eller behandlande insatser erbjudas för att få en så jämlig hälsoutveckling i befolkningen som möjligt.

# Referenser

1. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Falun: Edita Bobergs; 2014. 172 p.
2. Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. 2017.
3. Hagquist C. Ungas psykiska hälsa i Sverige - komplexa trender och stora kunskapsluckor. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2013;90(5):671-83.
4. Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, et al. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm; 2010.
5. Achenbach TM. Taxonomy and comorbidity of conduct problems: Evidence from empirically based approaches. *Development and Psychopathology*. 1993;5(1-2):51-64.
6. Theunissen MH, Vogels AG, Wolff MS, Reijneveld SA. Characteristics of the strengths and difficulties questionnaire in preschool children. *Pediatrics*. 2013;131.
7. Rutter M. *Child and adolescent psychiatry*. 5. ed. ed. Rutter M, editor: Malden, Mass. : Blackwell Pub.; 2008.
8. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders--I. Methods and Public Health Burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;44(10):972-86.
9. Pollak SD. Developmental psychopathology: recent advances and future challenges. *World Psychiatry*. 2015;14(3):262-9.
10. Slomski A. Chronic mental health issues in children now loom larger than physical problems. *JAMA*. 2012;308(3):223-5.
11. Kato N, Yanagawa T, Fujiwara T, Morawska A. Prevalence of Children's Mental Health Problems and the Effectiveness of Population-Level Family Interventions. *J Epidemiol*. 2015;25(8):507-16.
12. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Landorph S, Jorgensen T, Olsen EM, et al. The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(1):62-70.
13. Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Danish medical bulletin*. 2010;57(10):B4193.
14. Socialstyrelsen. *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg*. Stockholm; 2013.
15. Bowlby J. Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*. 1951;3(3):355.
16. Freud A, Burlingham D. *The Writings of Anna Freud. Vol. III 1939-1945. Infants Without Families. Reports on the Hampstead Nurseries (1939-1945)*. New York; 1973.
17. Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, Dalgard O-S, Kovess V, Morgan A, et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian journal of public health*. 2003;31(6):451.
18. WHO. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization; 1993.
19. Brown CM, Copeland KA, Sucharew H, Kahn RS. Social-emotional problems in preschool-aged children: Opportunities for prevention and early intervention. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2012;166(10):926-32.
20. Rhoades BL, Warren HK, Domitrovich CE, Greenberg MT. Examining the link between preschool social-emotional competence and first grade academic achievement: The role of attention skills. *Early Childhood Research Quarterly*. 2011;26(2):182-91.

21. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
22. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*. 1987;101(2):213-32.
23. Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L, Andersen A, Skovgaard AM. A new measure for infant mental health screening: development and initial validation. *BMC Pediatrics*. 2016;16:197.
24. Squires J, Bricker D, Twombly E. *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional*. A parent-completed, child-monitoring system for social emotional behaviors. Baltimore: Brookes Publishing Co; 2002.
25. Smedje H, Broman JE, Hetta J, von Knorring AL. Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;8(2):63-70.
26. Malmberg M, Rydell A-M, Smedje H. Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003;57(5):357-63.
27. Achenbach TM. *Child Behavior Checklist and related instruments*. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1994. p. 517-49.
28. Briggs RD, Stettler EM, Silver EJ, Schrag RDA, Nayak M, Chinitz S, et al. Social-Emotional Screening for Infants and Toddlers in Primary Care. *Pediatrics*. 2012;129(2):377-84.
29. Barton EE, Harris B, Leech N. Autism Identification Policies and Practices in Early Childhood: A Preliminary Investigation From One State. *Infants & Young Children*. 2016;29(4):267-89.
30. Huang J, Sherraden M, Kim Y, Clancy M. Effects of child development accounts on early social-emotional development: An experimental test. *JAMA Pediatrics*. 2014;168(3):265-71.
31. Salomonsson MW, Sorjonen K, Salomonsson B. A long-term follow-up of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: outcomes on the children. *Infant Ment Health J*. 2015;36(1):12-29.
32. Squires J, Bricker D, Heo K, Twombly E. Identification of social-emotional problems in young children using a parent-completed screening measure. *Early Childhood Research Quarterly*. 2001;16(4):405-19.
33. Haggstrom J, Sampaio F, Eurenus E, Pulkki-Brannstrom AM, Ivarsson A, Lindkvist M, et al. Is the Salut Programme an effective and cost-effective universal health promotion intervention for parents and their children? A register-based retrospective observational study. *BMJ Open*. 2017;7(9):e016732.
34. Edvardsson K, Ivarsson A, Eurenus E, Garvare R, Nystrom ME, Small R, et al. Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood. *BMC Public Health*. 2011;11:936.
35. Edvardsson K, Ivarsson A, Garvare R, Eurenus E, Lindkvist M, Mogren I, et al. Improving child health promotion practices in multiple sectors - outcomes of the Swedish Salut Programme. *BMC Public Health*. 2012;12:920.
36. Acquadro C, Mapi Research Institute. *Linguistic Validation Manual for Patient-reported Outcomes (PRO) Instruments*: MAPI Research Trust; 2004.
37. Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, Heyerdahl S, Smedje H, Sourander A, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13 Suppl 2:II32-9.
38. Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(6):695-705.

39. Gustafsson BM, Proczkowska-Bjorklund M, Gustafsson PA. Emotional and behavioural problems in Swedish preschool children rated by preschool teachers with the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *BMC Pediatr.* 2017;17(1):110.
40. D'Souza S, Waldie K, Peterson E, Underwood L, Morton S. Psychometric Properties and Normative Data for the Preschool Strengths and Difficulties Questionnaire in Two-Year-Old Children. An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology. 2017;45(2):345-57.
41. Eurenium E, Richter Sundberg L, Vaezghasemi M, Silfverdal SA, Ivarsson A, Lindkvist M. Social-emotional problems among three-year-olds differ based on the child's gender and custody arrangement. *Acta Paediatr.* 2018.
42. Salomonsson B, Sleded M. The Ages & Stages Questionnaire: Social-Emotional: A validation study of a mother-report questionnaire on a clinical mother-infant sample. *Infant Ment Health J.* 2010;31(4):412-31.
43. Aldridge J. The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review.* 2006;15(2):79-88.
44. Hinshaw SP. The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2005;46(7):714-34.
45. Kettler RJ, Feeney-Kettler KA. Screening systems and decision making at the preschool level: Application of a comprehensive validity framework. *Psychology in the Schools.* 2011;48(5):430-41.
46. Bagner DM, Rodríguez GM, Blake CA, Linares D, Carter AS. Assessment of Behavioral and Emotional Problems in Infancy: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review.* 2012;15(2):113-28.

## Bilaga 1: Instrumentet ASQ:SE som använts i studien

Läs varje fråga noggrant och

- sätt ett kryss i den ruta  som bäst beskriver ditt barns beteende, och
- sätt ett kryss i cirkeln  om beteendet bekymrar dig.

		ALLTID ELLER OFTA	IBLAND	SÄLLAN ELLER ALDRIG	SÄTT ETT KRYSS HÄR OM DETTA BEKYMRAHAR DIG
1.	Tittar ditt barn på dig när du pratar med honom/henne?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
2.	Gillar ditt barn att bli kramad eller gosad med?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
3.	Pratar och/eller leker ditt barn med vuxna som han/hon känner väl?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
4.	Klänger ditt barn på dig mer än du förväntar dig?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/>
5.	Lugnar ditt barn ner sig inom 15 minuter när han/hon är upprörd?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
6.	Verkar ditt barn alltför vänlig mot främlingar?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/>
7.	Kan ditt barn lugna ner sig själv efter att ha varit upprörd?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
8.	Kan ditt barn byta aktivitet utan stora svårigheter? Till exempel från att leka till måltider.	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
9.	Verkar ditt barn vara nöjd och glad?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>

Totalt antal poäng på sidan \_\_

3

Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Squires et al.  
 © 2002 Paul H Brookes Publishing Co. **ASQ:SE** 36 månader / 3 år  
 Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional (ASQ®-SE), Squires, Bricker, & Twombly.  
 © 2002 och svensk översättning/and Swedish translation © 2014 Brookes Publishing Co. Omtryckt efter tillåtelse/Reprinted by permission.  
 För ytterligare användning eller spridning, kontakta/For further use or distribution, contact rights@brookespublishing.com.



		ALLTID ELLER OFTA	IBLAND	SÄLLAN ELLER ALDRIG	SÄTT ETT KRYSS HÄR OM DETTA BEKYMRRAR DIG
10.	Är ditt barn intresserat av saker runt omkring sig? Till exempel människor, leksaker och mat.	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
11.	Gör ditt barn det du ber honom/henne om?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
12.	Verkar ditt barn vara mer aktivt än andra barn i samma ålder?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> o
13.	Kan ditt barn aktivera sig i minst 5 minuter med sådant han/hon tycker om (gäller inte TV-tittande)?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
14.	Har du och ditt barn trivsamma måltider tillsammans?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
15.	Har ditt barn problem med att äta? Till exempel proppar i sig mat, kräks, äter saker som inte är menade att ätas, eller _____ (Beskriv ev. annat problem.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> o
16.	Sover ditt barn minst 8 timmar per dygn?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
17.	Använder ditt barn ord för att tala om för dig vad han/hon vill ha eller behöver?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o

Totalt antal poäng på sidan \_\_

4

Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Squires et al.

© 2002 Paul H Brookes Publishing Co.

ASQ-SE™ 36 månader/3 år

Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional (ASQ®-SE), Squires, Bricker, & Twombly.

© 2002 och svensk översättning/and Swedish translation © 2014 Brookes Publishing Co. Omtryckt efter tillåtelse/Reprinted by permission.

För ytterligare användning eller spridning, kontakta/For further use or distribution, contact rights@brookespublishing.com.

		ALLTID ELLER OFTA	IBLAND	SÄLLAN ELLER ALDRIG	SÄTT ETT KRYSS HÄR OM DETTA BEKYMRAR DIG
18.	Följer ditt barn uppmaningar om vardagsrutiner? Till exempel att komma till middagsbordet eller plocka undan leksaker när du säger till.	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
19.	Gråter, skriker eller får ditt barn vredeutbrott som pågår under lång tid?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> o
20.	Kontrollerar ditt barn att du är i närheten när hon utforskar nya platser såsom parker eller en väns hem?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
21.	Gör ditt barn saker om och om igen och blir upprört när du försöker stoppa honom/henne? Till exempel att gunga, fladdra med händerna, snurra runt eller _____ (Beskriv ev. något annat.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> o
22.	Skadar ditt barn sig själv med flit?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> o
23.	Håller ditt barn sig borta från farliga saker? Till exempel eld och bilar i rörelse.	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
24.	Har ditt barn sönder eller förstör saker med flit?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> o
25.	Använder ditt barn ord för att beskriva sina egna och andras känslor? Till exempel "Jag är glad", "Jag gillar inte det" eller "Hon är ledsen".	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o

Totalt antal poäng på sidan \_\_\_

5

		ALLTID ELLER OFTA	IBLAND	SÄLLAN ELLER ALDRIG	SÄTT ETT KRYSS HÄR OM DETTA BEKYMRAR DIG
26.	Kan ditt barn namnge en vän?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
27.	Gillar <i>andra barn</i> att leka med ditt barn?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
28.	Gillar <i>ditt barn</i> att leka med andra barn?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> o
29.	Försöker ditt barn skada andra barn, vuxna eller djur (t.ex. genom att sparkas eller bitas)?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> o
30.	Visar ditt barn ett ovanligt intresse eller kunskap om sexuella ord eller aktiviteter?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> o
31.	Har någon uttryckt oro över ditt barns beteenden? Om du kryssat "ibland" eller "alltid eller ofta" beskriv i så fall nedan:	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> o
32.	Är du orolig för ditt barns mat-, sömn-, eller toalettvanor? I så fall, beskriv nedan:				
33.	Är det något hos ditt barn som oroar dig? I så fall, beskriv nedan:				
34.	Vilka egenskaper hos ditt barn tycker du mest om?				

Totalt antal poäng på sidan \_\_

6

## Bilaga 2: Medverkande

Aktuell rapport har tagits fram av en analys- och skrivargrupp vid institutionen för epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet med följande medlemmar: Anneli Ivarsson, professor/barnläkare; Eva Eurenus, docent/hälsoutvecklare; Marie Lindkvist, docent/statistiker samt Linda Richter Sundberg, med. dr/leg. psykolog. Ytterligare personer som bidragit är Masoud Vaezghasemi, med. dr/master i folkhälsovetenskap och nutrition; Wolfgang Lohr, databassamordnare samt Lena Mustonen, administratör.

Översättningen av instrumentet leddes av Bruno Hägglöf, senior professor, och Hans Löfgren, med. dr, båda vid enheten för barn- och ungdomspsykiatri vid Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet. Eva Eurenus, docent/hälsoutvecklare, Sven Arne Silfverdal, docent/barnhälsovårdsöverläkare samt BHV-psykologerna Milly Marken, Margareta Grensjö och Anna-Carin Hällgren har haft nyckelroller vid implementeringen av instrumentet i länet.

Övriga medverkande från Folkhälsomyndigheten, enheten för Psykisk hälsa och uppväxtvillkor, är Ann-Cristine Jonsson och Sven Bremberg som har bidragit med expertis.

Den här rapporten beskriver resultaten från en befolkningsbaserad studie i Västerbottens län som syftar till att undersöka socioemotionell förmåga hos treåringar. Resultaten baseras på data som samlats in från föräldrar till 5163 treåringar från alla barnavårdscentraler i Västerbottens län under 2014–2016. Överlag uppvisar de treåringar som ingår i studien en god socioemotionell förmåga. Omkring 10 procent av treåringarnas föräldrar rapporterade socioemotionella problem hos barnen. Problemen var dubbelt så vanliga bland pojkar som bland flickor.

Rapporten vänder sig till aktörer på nationell och regional nivå och till forskare som är intresserade av frågor som rör psykisk hälsa hos barn i förskoleåldern.

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

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



Folkhälsomyndigheten

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

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