



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Psykisk hälsa och livskvalitet hos barn och ungdomar som behandlas för obesitas

Annastazia Schelin & Karin Svärd-Offerlind

Psykologexamensuppsats. 2022

Handledare: Kajsa Järholm
Examinator: Eva Hoff

Abstract

Children and adolescents with obesity are at risk of developing depression, anxiety, eating disorders and a low health-related quality of life. In addition, weight-related bullying is another risk factor that can influence mental health. This cross-sectional study aimed to explore the frequency of and covariation between self-reported symptoms of depression, anxiety and eating disorders as well as health-related quality of life among children and adolescents (11–18 years old) with obesity. Furthermore, this study did not only intend to investigate gender and age differences, but also to examine the existence of a potential distinction regarding symptoms of mental illness between those who reported exposure to bullying and those who did not. The results showed that more than half of the sample had mental illness or low health-related quality of life, regardless of gender and age. Symptoms of depression and anxiety were not only significantly associated with each other, but also with low health-related quality of life. Additionally, low health-related quality of life covaried with symptoms of eating disorders. A gender difference was identified for emotional functioning within health-related quality of life, which indicates that girls to a greater extent experience low emotional functioning. Moreover, participants who were teased by peers tended to screen positively for eating disorders to a higher degree than the other participants. This indicates that bullying is associated with symptoms of eating disorders in this population. Overall, the results imply that children and adolescents with obesity ought to be screened for depression, anxiety and eating disorders as well as low health-related quality of life in clinical settings.

Keywords: depression, anxiety, eating disorders, health-related quality of life, childhood obesity

Sammanfattning

Barn och ungdomar med obesitas riskerar att utveckla depression, ångest, ätstörningar och en låg hälsorelaterad livskvalitet. Dessutom är viktrelaterad mobbning ytterligare en riskfaktor som påverkar den psykisk hälsan. Denna tvärsnittsstudie ämnade således att undersöka förekomst av och samvariation mellan självskattade symtom på depression, ångest och ätstörningar samt påverkad hälsorelaterad livskvalitet bland barn och ungdomar (11–18 år) med obesitas. Ytterligare ämnade denna studie att utröna om köns- och ålderskillnader förelåg, samt huruvida skillnader förelåg avseende symtom på psykisk ohälsa mellan de som rapporterade att de blev retade av jämnåriga och övriga deltagare. Resultaten visade att drygt hälften av alla barn och ungdomar med obesitas hade psykisk ohälsa eller påverkad hälsorelaterad livskvalitet, oavsett kön och ålder. Symtom på depression och ångest samvarierade signifikant med varandra likväl som med låg hälsorelaterad livskvalitet. Dessutom samvarierade låg hälsorelaterad livskvalitet med symtom på ätstörningar. En könsskillnad identifierades avseende emotionell funktion vid hälsorelaterad livskvalitet, vilken indikerar att flickor i större utsträckning upplever låg emotionell funktion. Dessutom tenderade deltagare som blev retade av jämnåriga att i större utsträckning skatta symtom på ätstörningar jämfört med övriga deltagare. Detta indikerar att mobbning har ett samband med ätstörningssymtom i detta stickprov. Sammantaget tyder resultaten på att barn och ungdomar med obesitas bör screenas för såväl depression, ångest och ätstörningar som låg hälsorelaterad livskvalitet när de går obesitasbehandling.

Nyckelord: depression, ångest, ätstörningar, hälsorelaterad livskvalitet, barnobesitas

Tack!

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare, Kajsa Järholm, för ditt ovärderliga engagemang och stöd under detta uppsatsarbete. Vi vill även tacka Beatrice Nyström för de tips vi har fått på vägen.

Vi vill även uttrycka vår tacksamhet till alla de barn och ungdomar som har valt att delta i denna studie, samt personalen vid den medicinska enheten som har samarbetat med oss under datainsamlingen. Utan ert deltagande, stöd och tålamod hade denna uppsats inte varit möjlig.

Sist men inte minst vill vi tacka våra familjemedlemmar som har stöttat oss under denna process.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Psykisk hälsa och livskvalitet hos barn och ungdomar som behandlas för obesitas | 1 |
| Ångest och depression..... | 1 |
| Ett utvecklingspsykologiskt perspektiv på ångest och depression hos barn och ungdomar | 3 |
| Ätstörningar..... | 5 |
| Ett utvecklingspsykologiskt perspektiv på ätstörningar hos barn och ungdomar | 6 |
| Kontrollförlust över ätande | 6 |
| Hälsorelaterad livskvalitet | 7 |
| Obesitas | 8 |
| Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar med obesitas | 9 |
| Ångest och depression hos barn och ungdomar med obesitas | 10 |
| Ätstörningar hos barn och ungdomar med obesitas | 11 |
| Hälsorelaterad livskvalitet hos barn och ungdomar med obesitas | 13 |
| Brister i screening av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar som går i behandling för obesitas | 14 |
| Syfte..... | 16 |
| Frågeställningar | 16 |
| Metod..... | 17 |
| Design..... | 17 |
| Deltagare | 17 |
| Variabler | 18 |
| Patient Health Questionnaire -8 | 18 |
| Generalised Anxiety Disorder 7-item scale..... | 19 |
| Childhood Eating Disorder Examination Questionnaire - Short Form | 19 |
| Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 | 20 |
| Demografiska frågor..... | 20 |
| Procedur..... | 20 |
| Dataanalys | 21 |
| Etiska överväganden..... | 22 |
| Resultat..... | 23 |
| Skalornas reliabilitet för vårt stickprov | 23 |
| Andelen deltagare som screenade positivt för depression..... | 24 |
| Andelen deltagare som screenade positivt för ångest | 27 |

| | |
|---|----|
| Andelen deltagare som screenade positivt för ätstörningar..... | 29 |
| Andelen deltagare som screenade positivt på en, två eller tre av skalorna för depression, ångest och ätstörningar | 30 |
| Andelen deltagare med låg hälsorelaterad livskvalitet..... | 31 |
| Andelen deltagare med nedsatt fysisk funktion | 32 |
| Andelen deltagare med nedsatt psykosocial funktion | 33 |
| Andelen deltagare med nedsatt emotionell funktion..... | 34 |
| Andelen deltagare med nedsatt social funktion..... | 35 |
| Andelen deltagare med nedsatt skolrelaterad funktion | 36 |
| Korrelation mellan depression, ångest, ätstörningar och hälsorelaterad livskvalitet | 37 |
| Andelen deltagare som uppgav att de blev retade av jämnåriga | 39 |
| Skillnader mellan de som föll ut och inte föll ut på frågan avseende att bli retad av jämnåriga på symtom av depression, ångest och ätstörningar | 39 |
| Diskussion | 39 |
| Andelen barn och ungdomar (11–18 år) med obesitas som faller ut på screening för ångest, depression och ätstörningar och som har en påverkad hälsorelaterad livskvalitet | 39 |
| Hur samvarierar de olika måtten med varandra?..... | 42 |
| Könsskillnader avseende depression, ångest, ätstörningar och påverkad hälsorelaterad livskvalitet bland barn och ungdomar med obesitas | 43 |
| Skillnader avseende depression, ångest, ätstörningar och påverkad hälsorelaterad livskvalitet mellan yngre (11–14 år) och äldre (15–18 år) barn och ungdomar med obesitas | 45 |
| Andelen barn och ungdomar (11–18 år) med obesitas som faller ut på frågan om att bli retad av jämnåriga inom den sociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet | 47 |
| Skillnader avseende depression, ångest och ätstörningar mellan de som faller ut och inte faller ut på fråga om att bli retad av jämnåriga | 48 |
| Skalornas reliabilitet för vårt stickprov | 50 |
| Styrkor och svagheter | 51 |
| Framtida forskning | 53 |
| Slutsatser | 54 |
| Referenser..... | 56 |
| Bilaga 1..... | 74 |
| Bilaga 2..... | 75 |
| Bilaga 3..... | 78 |

Psykisk hälsa och livskvalitet hos barn och ungdomar som behandlas för obesitas

År 2021 rapporterade World Health Organization (WHO, 2021a) att en av sju 10–19-åringar lider av psykisk ohälsa såsom ångest, depression eller beteendestörningar. Globalt står detta för 13 % av ohälsan i denna åldersgrupp. Såväl ångest som depression har visat sig vara de vanligaste diagnoserna (Folkhälsomyndigheten [FOHM], 2022a), men även ätstörningar är relativt vanliga (Hälsa oberoende av storlek [HOBS], 2022; Smink et al., 2012; van Eeden et al., 2021). Därutöver har antalet barn och ungdomar med övervikt blivit allt fler (FOHM, 2022c; FOHM, 2022d). Förutom att sådan fysisk och psykisk ohälsa har ökat i samhället, har studier visat att dessa former av ohälsa ofta förekommer samtidigt med varandra (Kalarchian & Marcus, 2012; Marmorstein et al., 2014). Forskning har således funnit att barn och ungdomar med övervikt har en ökad risk att lida av ångest och depression (Lindberg et al., 2020), ätstörda beteenden (Stabouli et al., 2021) och ätstörningar (Annayagari et al., 2017) samt låg livskvalitet (t.ex. Kolodziejczyk et al., 2015; Felix et al., 2020).

Perioden mellan 10–19 års ålder är kritisk för utvecklingen av förmågan att hantera emotioner och interpersonella relationer. Barn och ungdomar med inlärningssvårigheter, fysisk ohälsa eller som är socialt exkluderade är extra sårbara för utveckling av psykisk ohälsa under denna period (Carr, 2016; Kerig et al., 2012; WHO, 2021a). Relationer med jämnåriga har stor betydelse för välmåendet och förutsättningar för att hantera stress under barn- och tonåren. Från 8 års ålder ägnar sig barn och ungdomar alltmer åt social jämförelse och oroar sig därför mycket över risken att bli avvisade av jämnåriga (Carr, 2016; Kerig et al., 2012). Därtill har barn och ungdomar med övervikt en ökad risk att bli utsatta för mobbning (WHO, 2018). Brist på positiva kamratrelationer, på grund av mobbning och utfrysning, kan således predicera utveckling av psykiska besvär (Carr, 2016; Kerig et al., 2012). Psykisk ohälsa i form av internaliserade problem, såsom ångest och upplevda somatiska bekymmer, är enligt Kerig et al. (2012) vanligare bland äldre barn (8–11 år), medan depression och ätstörningar är vanligare bland ungdomar (12–18 år). Dessutom verkar symtom på internaliserade problem generellt vanligare bland flickor än pojkar (Chaplin & Aldao, 2013).

Ångest och depression

Ångest är en stark oro eller rädsla som ofta tar sig uttryck i form av spänningar eller rastlöshet i kroppen. Ångest kan variera i styrka och kan antingen utgöras av en kortvarig episod eller vara ständigt närvarande (1177 Vårdguiden, 2021; Psykologiguiden, 2010). Ångestsyndrom i linje med det sistnämnda benämns som generaliserat ångestsyndrom (GAD) och definieras som en oproportionerlig rädsla och oro inför ett antal olika händelser eller aktiviteter. Ångesten upplevs som svårkontrollerad och förekommer flertalet dagar under minst

sex månader. Rädslan och oron förknippas med rastlöshet, trötthet, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, muskelspänningar eller sömnstörningar (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

Depression, även kallat egentlig depression, definieras som ett minst två veckor långt tillstånd av nedstämdhet, bristande glädje eller engagemang samt låg energi. Andra vanliga symtom är låg självkänsla, pessimistisk syn på framtiden, känslor av skuld och värdelöshet och självmordstankar. Det förekommer också störningar i koncentration, psykomotorik, sömn och aptit (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013). Bland yngre barn brukar depression även ta sig uttryck i form av irritabilitet och kroppsliga symtom som magont och huvudvärk. Det verkar också förekomma könsskillnader avseende depressionssymtom. Jämfört med flickor är pojkar påtagligt ofta irritabla och har ett utagerande beteende, oavsett ålder vid debuten (Olsson, 2015).

WHO (2021a) estimerade att ungefär 3,6 % barn och ungdomar i 10–14 års ålder och ungefär 4,6 % ungdomar i 15–19 års ålder har ångestsyndrom samt att 1,1 % respektive 2,8 % barn och ungdomar i dessa åldrar har depression. I Sverige har dessutom ångestsyndrom och depression fördubblats under perioden 2006–2018 bland barn och unga mellan 10–24 år enligt Socialstyrelsen (2020).

År 2022 var ångest den vanligaste formen av psykisk ohälsa som rapporterades bland flickor och pojkar i 10–17 års ålder (FOHM, 2022a). I en amerikansk studie av skolungdomar visade Parodi et al. (2022) att mer än hälften av alla tonårsflickor (56,2 %) screenade positivt för ångest på skalan the Generalized Anxiety Disorder-2. Motsvarande siffra för tonårspojkar var 31,3 %. Vidare rapporterade Beesdo et al. (2009) att livstidsprevalenser för alla typer av ångestsyndrom bland barn och ungdomar låg mellan 15–20 %. Individer med en ångestdiagnos under barndomen eller tonåren har dessutom i studier visat en signifikant ökad risk att ha samma diagnos (Bittner et al., 2007) eller symtom av samma diagnos (Wittchen et al., 2000) vid en senare tidpunkt i livet.

Vidare rapporterade Gillberg (2015) att ungefär 1 % av ungdomar uppfyller kriterierna för GAD, med en högre frekvens bland flickor. Dock är det ovanligt att denna ångestdiagnos ställs hos yngre barn. Ångestproblematik brukar debutera tidigare än depression (Kessler et al., 2005; Kerig et al., 2012) och ångestsymtom under barndomen har ofta föregått den första egentliga depressionsepisoden (Olsson, 2015).

Även depression har påvisats vara en av de vanligaste diagnoserna som ställs bland barn och ungdomar i 10–17 års ålder (FOHM, 2022a). Forskning har dessutom funnit att depression är vanligare bland flickor (32 %) än pojkar (24 %) i 10–19 års ålder (Shorey et al., 2022). Vidare

har en norsk studie visat att flickor i 11–14 års ålder har dubbelt så stor punktprevalens (12,2 %) som pojkar (6,1 %), samt att flickor har tre gånger större sannolikhet att rapportera ihållande symtom jämfört med pojkar (Juul et al., 2021). Under en 20-årsperiod var den globala punktprevalensen för förhöjda depressiva symtom 34 % bland barn och ungdomar i 10–19 års ålder, varav 8 % hade egentlig depression (Shorey et al., 2022). Således har depression visat sig vara relativt vanligt i skolåldern (Olsson, 2015) och ökar markant i tonåren (Avenevoli et al., 2015; Olsson, 2015).

Hankin et al. (1998) fann att perioden i 15–18 års ålder var en särskilt sårbar period för utveckling av depression. Depression brukar debutera hos flickor i samband med den första menstruationen, medan debuten för pojkar ofta sker efter puberteten (Olsson, 2015). Enligt Dekker et al. (2007) har dessutom flickor, till skillnad från pojkar, visat sig ha en mer kronisk utveckling av depressiva symtom från tidig barndom till unga vuxenår.

Ett utvecklingspsykologiskt perspektiv på ångest och depression hos barn och ungdomar

Studier har visat att symtom på ångest förekommer under barn- och tonåren och är en del i den normativa utvecklingen (Beesdo et al., 2009; Muris et al., 1998). Barn i 8–11 års ålder brukar ofta utveckla en rädsla för att misslyckas med akademiska och atletiska prestationer (Kerig et al., 2012). Ungdomar i 12–18 års ålder, kan tänka mer abstrakt och därför predicera framtida hot, framför allt i sociala relationer. Självkänslan hos ungdomar centreras därmed kring kamratrelationer, varför de ofta är rädda för att bli avvisade av jämnåriga (Carr, 2016; Kerig et al., 2012). Sådan adaptiv rädsla eller ångest kan dock bli maladaptiv, vilket kännetecknas av en ständig eller omfattande ångest som resulterar i undvikandebeteenden och påverkar individens funktion (Beesdo et al., 2009). Det är således vanligt att olika former av prestationsångest kulminerar under den senare barndomen och att ständigt närvarande ångest i linje med GAD brukar förekomma under tonåren (Carr, 2016). Eftersom normativ ångest är vanligt bland barn är det däremot svårt att skilja på adaptiv och maladaptiv ångestutveckling. Barn- och tonåren verkar dock utgöra en riskperiod för att utveckla ångestsymtom eller -syndrom som kan variera från milda övergående symtom till patologiska ångestsyndrom (Beesdo et al., 2009).

Under en normativ utveckling lär sig barn att bemästra sina rädslor genom att använda adaptiva försvarsmekanismer och hanteringsstrategier. Oro över prestationer hos barn med GAD är i stället ständigt närvarande, varför de ofta är självkritiska. Kronisk perfektionism och självkritik kan därmed leda till tankar om oduglighet (Kerig et al., 2012), och problem med ångest har enligt forskning visat sig påverka barns självkänsla (Terwogt et al., 2006). Ytterligare kan en otröstlig oro över att katastrofer ska inträffa förekomma bland barn med

GAD, vilken i sin tur kan resultera i känslor av hopplöshet och hjälplöshet (Kerig et al., 2012). Således har andra ångestsyndrom (Costello et al., 2002; Kupfer, 2015), men också depression, visat sig vara vanliga samsjukligheter vid GAD (Kerig et al., 2012). Beesdo et al. (2009) fann även att en tidig debut av ångestsyndrom utgjorde en riskfaktor för att utveckla depression senare i livet.

Depressiva symtom hos barn och ungdomar har visat sig variera avseende frekvens och mönster, framför allt från den prepubertala perioden till tonåren, även om kärninnehållet är detsamma (Leman et al., 2012; Olsson, 2015). Puberteten bär med sig stora förändringar i hormoner och hjärnans mognad. Detta påverkar ungdomars kognitioner, då de börjar generalisera och utvärdera sig själva och sina omständigheter samt projicera negativa förväntningar in i framtiden. Förändringar under puberteten påverkar även den emotionella utvecklingen, vilket medför en ökad förmåga att uppleva stor sorg som upprätthålls över tid (Kerig et al., 2012).

Att finna sin roll i förhållande till andra barn och att bygga en social identitet fungerar enligt Olsson (2015) dåligt för deprimerade barn och leder till utveckling av låg självkänsla. Vidare påverkar försämrade skolprestationer, till följd av en depression, självbilden och synen på den egna förmågan. De barn som blir agiterade och bråkiga möter ofta irritation och klagomål och får därigenom en bild av sig själva som besvärliga och illa omtyckta. Under en långdragen depression har ungdomar dessutom svårt att nå viktiga mål, såsom att klara studier, tillhöra en kamratgrupp, att ha någon nära vän och att prova sig fram i nya relationer. Detta kan i sin tur leda till en bestående negativ effekt på självbilden, social utveckling, framtida relationer samt den fysiska och psykiska hälsan.

Det finns dessutom teorier om att depression kan utvecklas när förlust inträffar och påminner om liknande erfarenheter från barndomen (Weersing & Brent, 2010, refererat i Carr, 2016). Sådana förluster är bland annat avsaknad av god hälsa eller brist på positiva kamratrelationer. Därutöver kan förlust innebära separation från en familjemedlem eller bristande positivt omhändertagande från en förälder, såsom avvisande, kritik, bestraffning, försummelse, övergrepp eller överbeskyddande (Carr, 2016). Förlust av en förälder eller farliga och skrämmande händelser, såsom fysiska och sexuella övergrepp, kan även bidra till utveckling av GAD (Beesdo et al., 2009; Kendler et al., 2003).

Därmed har symtom på ångest och depression visat sig vara starkt korrelerade (t.ex. Axelson & Birmaher, 2001), men det finns även annan vanlig samsjuklighet vid tillstånden. Bland pojkar är det vanligare med symtom på beteendestörningar, medan ätstörningar är en vanligare samsjuklighet bland flickor (Kerig et al., 2012).

Ätstörningar

Ätstörningar kännetecknas av en upptagenhet på kroppsform, vikt och ätande samt ett strängt och dömande förhållningssätt till sig själv, vilket i sin tur påverkar och skadar den fysiska kroppen och den psykiska hälsan. Ätstörningar är ett samlingsbegrepp, och problematiken förekommer i olika former (1177 Vårdguiden, 2020c). Förutom anorexia nervosa (AN), är bulimia nervosa (BN) och hetsättningsstörning (eng. binge eating disorder [BED]) två vanliga former av ätstörningar som ingår i detta paraplybegrepp.

BN kännetecknas av återkommande hetsätningsepisoder, det vill säga ett objektivt sett stort matintag på kort tid samt en subjektiv känsla av kontrollförlust under tiden personen äter. Detta följs av kompensatoriska beteenden såsom kräkningar, laxering, diuretika, fastande och/eller träning i överdrift. Beteendena ska ha skett minst en gång i veckan under tre månader. Därtill är självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

BED innebär upprepade episoder av hetsätning som inte drivs av hungerkänslor. Episoderna präglas av känslor av skuld, skam, avsmak och kontrollförlust. Hetsätningsepisoderna sker i ensamhet och beteendet döljs för andra och förorsakar en ständig känsla av stress och nedstämdhet. BED liknar således BN avseende hetsätning, men kompensatoriska beteenden förekommer inte alls eller ytterst sällan. Hetsätning ska förekomma minst en gång i veckan under tre månader för att kriterierna för BED ska vara uppfyllda (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

I Sverige beräknas drygt 190 000 personer i åldrarna 15–60 år lida av ätstörningar. Yngre (< 15 år) och äldre (> 60 år) individer har dock inte inkluderats i denna statistik, varför mörkertalet troligtvis är stort (Clinton & Birgegård, 2017). De flesta människor associerar ätstörningar till AN och BN (HOBS, 2022), trots att BED är den vanligaste formen av ätstörning (Lumell Associates, 2018). Forskning har funnit att livstidsprevalenserna för BN och BED bland ungdomar i åldrarna 13–18 år låg på 0,9 % respektive 1,6 % (Swanson et al., 2011). Prevalensen för ätstörningar bland barn är dock mindre studerade, men Murray et al. (2022) fann att prevalensen för BN var obefintlig, medan prevalensen för BED låg på 1,1 % bland 10- och 11-åringar. Vidare har livstidsprevalenserna för BN bland 19-åringar beräknats till 0,8 % hos flickor och 0,1 % hos pojkar. Bland äldre tonårsflickor och -pojkar i samma ålder har livstidsprevalenserna för BED beräknats till 2,3 % respektive 0,7 % (Smink et al., 2014). En metaanalys har inte funnit några skillnader mellan yngre (< 15 år) och äldre (15–20 år) barn och ungdomar avseende mängden symtom på BED (Kjeldbjerg & Clausen, 2021).

Ett utvecklingspsykologiskt perspektiv på ätstörningar hos barn och ungdomar

Forskning har visat att BN ofta debuterar i sena tonår (Smink et al., 2014) och BED under tonåren och unga vuxenår (Råstam, 2015). Swanson et al. (2011) har dock påträffat att såväl BN som BED kan debutera redan vid 12 års ålder. Tonåren kännetecknas bland annat av en snabb fysisk förändring av kroppen och därmed blir kroppsuppfattningen mer framträdande. Puberteten, ökad social känslighet och likställande mellan självvärde och utseende kan enligt Kerig et al. (2012) eventuellt bidra till en upptagenhet med vikt och ätande.

Självförtroendet börjar under äldre barndomen bli mer influerat av andras åsikter. Hur attraktiv, populär och framgångsrik en är relateras därför ofta under tonåren till kroppsbilden (Kerig et al., 2012). Enligt forskning har pressen att gå upp i vikt och muskelmassa påverkat tonårspojkar att utveckla stort ätande (Ricciardelli & McCabe, 2004), medan det västerländska smalhetsidealet har betonats som en påverkande faktor bland flickor i utveckling av ätstörningar. Modellen "the dual pathway model of eating disorders", har föreslagit att uppfattad press att vara smal och/eller internalisering av smalhetsidealet predicerar kroppsmisshälsa, vilket i sin tur predicerar debut av restriktiva ätbeteenden och/eller negativa affekter som sedan leder till debut av ätstörningar (Stice & Van Ryzin, 2019). Ytterligare har Striegel-Moore och Bulik (2007) nämnt att många liknande modeller har föreslagit att restriktiviteten på sikt leder till ett överätande, vilket förstärker oron över kroppsbilden och leder till ytterligare restriktivt ätande. Stice et al. (2002) har dessutom lyft att problem med hetsätning kan vara en konsekvens av att tonårsflickor upplever att de inte uppfyller det kulturella smalhetsidealet. Således har kroppsmisshälsa, låg självkänsla och negativa affekter påverkat såväl flickors (Kerig et al., 2012) som pojkars (Ricciardelli & McCabe, 2004) störda ätbeteenden och vikt.

En annan riskfaktor som rapporterats för BN och BED är historia av bantning inom familjen. Vidare har uppförandeproblematik, missbruk, allvarlig barnövervikt och överätande inom familjen påvisats vara vanliga riskfaktorer för BED. Historia av sexuella övergrepp och överätande inom familjen har generellt visat sig vara en större riskfaktor för problem med hetsätning. Dock rapporterar individer med såväl BN som BED att deras problem ofta har debuterat i samband med hetsätning (Hilbert et al., 2014).

Kontrollförlust över ätande. Hetsätningsepisoder brukar förekomma bland barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2019). Bland flickorna och pojkarna screenade 54,4 % respektive 45,4 % positivt för måttliga symtom på hetsätning. Motsvarande siffror för allvarliga symtom var 35 % respektive 38,8 % (Dikshit et al., 2020). Diagnostiserad BED är däremot mindre vanligt i denna population (Socialstyrelsen, 2019), vilket skulle kunna bero på svårigheten att

avgöra vad som är en stor mängd mat för ett växande barn eller ungdom (Kalarchian & Marcus, 2012).

Enligt Kalarchian och Marcus (2012) är det mer vanligt att det i denna population förekommer fall av kontrollförlust över ätandet (loss of control [LOC] eating). LOC definieras som en subjektiv upplevelse av okontrollerbar konsumtion av mat som kan, men inte behöver, vara objektivt större än vad de flesta skulle äta i en given kontext. LOC används i stället för hetsätning för att identifiera problematiska ätbeteenden hos barn och kan enligt Socialstyrelsen (2019) ses som en variant av BED bland barn och ungdomar.

Elliott et al. (2010) har föreslagit en interpersonell modell för att förklara varför vissa barn och ungdomar i åldrarna 7–18 år utvecklar LOC - “the interpersonal model of loss of control eating”. Sociala problem med utanförskap eller att bli retad kan leda till negativa känslor i form av symtom på depression och ångest, vilket i sin tur kan leda till LOC. Byrne et al. (2019) påvisade dessutom att LOC under barndom och tonår i sin tur kan predicera ångestsyndrom, depression och svårare ätstörningsdiagnoser såsom BN och BED.

LOC har visat sig vara vanligt förekommande hos barn med övervikt och förknippats med flera maladaptiva kognitioner relaterade till ätande/mat, kroppsform, vikt och kroppsbuild. Barn med LOC hade mer ångest, depressiva symtom och negativt humör samt kände större kroppsmisnöje än de barn som inte led av LOC (Kalarchian & Marcus, 2012). Det är därför inte heller förvånande att barn som har dessa ätproblem också upplever en låg livskvalitet. Exempelvis fann Wu et al. (2019) att barn och ungdomar som led av ätstörda beteenden (såsom fastande, restriktivt ätande, kräkning, hetsätning och rensning), ätstörningar (såsom BN och BED) och andra ätstörningssymtom hade låg hälsorelaterad livskvalitet.

Hälsorelaterad livskvalitet

Livskvalitet är ett brett begrepp som WHO (2012) definierar som “...individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.” (s. 3). Detta kan förstås som en persons upplevelse som påverkas av förändringar i livssituationen och som varierar över tid (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2012).

Hälsorelaterad livskvalitet handlar om aspekter av den allmänna livskvaliteten som påverkas av hälsan (SBU, 2012). Således berör det fysisk funktion (hälsostatus och vardagligt fungerande) och psykosocial funktion (emotionell, social och skolrelaterad funktion). Mer konkret kan fysisk funktion handla om upplevd förmåga att kunna gå, springa, lyfta tunga saker, bada eller duscha själv, samt upplevd ork och värk. Emotionell funktion kan beröra upplevelse av att känna sig rädd, skrämmd, ledsen, arg eller orolig, samt eventuella sömnproblem. Den

sociala funktionen kan innefatta upplevd förmåga att samsas med andra, att kunna göra samma saker som jämnåriga och kunna hänga med andra jämnåriga, men även upplevelse av att andra jämnåriga vill vara vän med en eller tvärtom retas med en. Skolrelaterad funktion kan beröra upplevd koncentrationsförmåga, minnesförmåga, förmåga att hänga med i skolarbete och upplevelse av att missa skolarbete på grund av dåligt mående eller läkarbesök (Varni et al., 2003).

Enligt Meyer et al. (2016) har den hälsorelaterade livskvaliteten ökat bland barn och ungdomar i 9–18 års ålder i den generella populationen de senaste 10 åren. Dock konstaterade forskarna att livskvaliteten tenderar att minska med ökad ålder, framför allt under tonåren. Därtill har det påvisats klara könsskillnader vad gäller hälsorelaterad livskvalitet, då flickor tenderar att rapportera en lägre livskvalitet än pojkar.

Det finns flera instrument som mäter hälsorelaterad livskvalitet, och resultat från Felix et al. (2020) tydde på att dessa mätningar med olika instrument inte alltid leder till samma slutsatser. Livskvalitet brukar mätas med hjälp av antingen generiska eller sjukdomsspecifika mätinstrument. Sjukdomsspecifika instrument bedömer sjukdomstillstånd och problem inom diagnosgrupper. De är ofta sensitiva för små förändringar som är av betydelse för kliniker och patienter. Generiska mått används däremot för att jämföra resultat mellan olika populationer, interventioner och sjukdomar (Patric & Deyo, 1989). Det generiska måttet Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) för hälsorelaterad livskvalitet har rekommenderats att användas som ett mått på hälsorelaterad livskvalitet i Sverige för såväl uppföljning av patientgrupper som vid individuell uppföljning av barn som behandlas för obesitas (P. Danielsson Liljeqvist, personlig kommunikation, 24 oktober 2022).

Obesitas

Obesitas, tidigare kallat fetma, är en kronisk och komplex sjukdom till följd av en avvikande och/eller hög andel fettmängd i kroppen, vilket kan öka risken för ohälsa och låg livskvalitet (Socialstyrelsen, 2022, Bilaga 3; WHO, 2021c). Obesitas är en folkhälsosjukdom som kan medföra andra somatiska sjukdomar såsom diabetes, leversjukdom, högt blodtryck (1177 Vårdguiden, 2022c). Sjukdomen ökar dessutom risken för cancer och förtida död (FOHM, 2022b).

Huruvida en person har obesitas identifieras med hjälp av att räkna ut personens Body Mass Index (BMI). BMI är ett mått på personens vikt i kilogram dividerat på längden i meter i kvadrat (kg/m^2 ; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). Gränsen för obesitas för vuxna ligger idag på BMI över 30 (1177 Vårdguiden, 2022a). Eftersom barn och ungdomar fortfarande växer behöver deras BMI värderas utifrån ålder och kön. Barnets eller

ungdomens BMI tolkas därmed i relation till tillväxt- och BMI-kurvor som utgår från en referenspopulation. Barnets eller ungdomens BMI jämförs sedan mot BMI SDS (standard deviation score) för att avgöra hur många standarddeviationer BMI avviker från den genomsnittliga. BMI SDS lika med noll motsvarar således normalvikt, medan BMI SDS 2,3 motsvarar gränsen för obesitas (Västra Götalandsregionen, 2017; Davidsson & Ulander, 2013).

I världen har antalet individer med obesitas nästan tredubblats sedan år 1975 (WHO, 2021c). Över 340 miljoner barn och ungdomar i 5–19 års ålder hade enligt WHO övervikt eller obesitas år 2016. I Sverige har andelen barn och ungdomar med övervikt och obesitas ökat kraftigt de senaste decennierna (FOHM, 2022c; FOHM, 2022d). Mellan läsåren 1989/90 och 2017/18 har det skett en femdubbling av obesitasförekomsten hos 11–15-åringar, från 0,8 % till 4 %. Sedan läsåret 2009/10 har denna ökning varit kraftigare för pojkar än för flickor (FOHM, 2022c). Dessutom rapporterar FOHM (2022d) att mer än var femte ungdom i 16–19 års ålder har övervikt eller obesitas i dagsläget. Bland dessa ungdomar har det skett en dubbling av andelen pojkar med övervikt mellan 1980/81 och 2018/19, medan flickor har haft en ännu kraftigare ökning (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2018).

Forskning av de Munter et al. (2016) visade dock att prevalensen för övervikt och obesitas för barn i Sverige har börjat stabiliseras. Problemet är dock att prevalenserna fortfarande är höga då 12,8 % av flickorna och 16 % av pojkarna bland svenska 12-åringar antingen har övervikt eller obesitas. För barn och unga med obesitas är risken stor att sjukdomen kvarstår i vuxen ålder och påverkar såväl den fysiska som den psykiska hälsan (FOHM, 2022b).

Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar med obesitas

Tidigare studier har visat att ungdomar med obesitas rapporterar mer psykisk ohälsa än jämnåriga med normalvikt (Kalarchian & Marcus, 2012; Marmorstein et al., 2014). Ungdomar med obesitas som har sökt obesitasbehandling har dessutom i högre grad psykopatologi jämfört med ungdomar med obesitas som inte sökt behandling eller ungdomar med normalvikt (Eremeris et al., 2004; Wardle & Cooke, 2005).

Obesitas ökar risken för social stigmatisering (FOHM, 2022b) och WHO (2018) rapporterar att barn och ungdomar med obesitas har en ökad risk för att bli utsatta för mobbning. Enligt Puhl et al. (2011) var övervikt en av de primära anledningarna till att elever blev retade i skolan. I studier har forskare därmed sett att barn och ungdomar med obesitas i större utsträckning blir retade för sin vikt jämfört med normalviktiga barn och ungdomar (Cheng et al., 2022; Goldfield et al., 2010; McCormack et al., 2011). Prevalenserna för mobbning bland barn och ungdomar med obesitas låg mellan 5,5 % och 49,7 %. Bland pojkarna var prevalensen 5,5–35 % och bland flickorna 11,7–49,7 % (Cheng et al., 2022). Därutöver påvisade Carey et

al. (2018) att 16–17-åringar hade en signifikant mindre risk att bli utsatta för mobbning än 13–14-åringar. Dessutom tenderade yngre ungdomar uppfatta sig själva som överviktiga i större utsträckning än äldre ungdomar, vilket ökade risken för att bli utsatt för mobbning.

Då relationer med jämnåriga är en viktig prediktor för psykisk hälsa hos äldre barn och ungdomar (Kerig et al., 2012) är det inte förvånande att mobbning utifrån vikt dessutom på sikt kan leda till problem med ångest och depression (Puhl & King, 2013). Flertalet studier har framhållit att barn och ungdomar med övervikt som blir utsatta för viktstigmatisering tenderar att få ångest, depression och ätstörda beteenden, kroppsmisnöje samt låg självkänsla (Goldfield et al., 2010; Libbey et al., 2008; Madowitz et al., 2012; McCormack et al., 2011; Puhl & King, 2013). Att bli retad för sin vikt har vidare påvisats mediera relationen mellan högre BMI och lägre psykologiskt välbefinnande (Blanco et al., 2020). Feeg et al. (2014) visade också att relationen mellan att bli retad och kroppsvikt är dubbelriktad. Ett ökat BMI kan framkalla att andra retar barnet, och att bli retad kan leda till att barnet använder hanteringsstrategier (såsom ökad matkonsumtion och inaktivitet), vilket kan bidra till viktuppgång.

Sammantaget har barn och ungdomar med obesitas visat sig ha en ökad risk att utveckla ångest och depression jämfört med den allmänna befolkningen (Lindberg et al., 2020). Därutöver har forskning påvisat att ätstörningar har ett positivt samband med obesitas bland barn och unga (Annayagari et al., 2017).

Ångest och depression hos barn och ungdomar med obesitas. Såväl ångest som depression under barndomen har associerats med ökat BMI (Rofey et al., 2009). Sutaria et al. (2019) visade att prevalensen för depression var 10,4 % bland ungdomar med obesitas. Fox et al. (2016) fann dessutom att depression och ångest förekom i hög grad (34 % respektive 32 %) bland tonårspatienter (12–18 år) med obesitas respektive svår obesitas (vilket i denna studie avser BMI över den 99:e percentilen). Risken för ångestproblematik var dessutom hela fem gånger större för ungdomar med svår obesitas jämfört med de som endast hade obesitas. Risken för depression bland de med svår obesitas visade sig vara tre och en halv gånger högre än för ungdomar med en mildare form av obesitas. Därtill visade Sheinbein et al. (2019) att prevalenser för depression och ångest var 29,9 % respektive 29,9 % bland yngre barn (7–11 år) med obesitas. Därutöver har Lindberg et al. (2020) funnit en ökad risk för depression, men även ångest, med ökad ålder bland 6–17-åringar som behandlades för obesitas.

Flertalet studier har dock visat att associationen mellan depression och obesitas främst förekommer hos flickor (Anderson et al., 2007; Marmorstein et al., 2014; Sutaria et al., 2019). Tonårsflickor med obesitas hade nästan fyra gånger större risk att utveckla ångest jämfört med

normalviktiga tonårsflickor, en skillnad som inte var signifikant för pojkar (Anderson et al., 2007). Enligt Lindberg et al. (2020) var prevalenserna för ångest bland flickor och pojkar med obesitas i 6–17 års ålder 8,8 % respektive 6,1 %. Motsvarande siffror för depression var 7,3 % och 4,5 % för flickor respektive pojkar med obesitas.

Relationen mellan depression och obesitas ter sig vara dubbelriktad (Luppino et al., 2010; Marmorstein et al., 2014). Sutaria et al. (2019) konstaterade även att barnobesitas är associerat med såväl existerande som framtida risker för depression. Goodman och Whitaker (2002) påvisade dessutom att ungdomar med depression har en fördubblad risk att utveckla varaktig obesitas under tonåren. Därmed konstaterade Marmorstein et al. (2014) att barndom och tonår möjligen utgör en sårbar period för utveckling av komorbiditet mellan depression och obesitas samt att debut av ett av dessa tillstånd har en större inverkan på långsiktiga psykologiska och beteendemässiga karakteristika jämfört med tillstånd som har en senare debut.

Forskning har visat att den ökade risken att bli mobbad eller retad för sin vikt bland barn och ungdomar med obesitas kan leda till ångest och depression (Puhl & King, 2013). Emotionellt ätande, en hanteringsstrategi för att reglera och minska negativa emotioner, har associerats med ångest och depression hos barn och ungdomar med obesitas. Forskarna menar att dessa barn och ungdomar använder emotionellt ätande för att hantera hög arousal som uppstår vid ångest och för att producera mer positiva emotioner vid depression (Goossens et al., 2009). Enligt Fox et al. (2016) kan emotionellt ätande vara en möjlig mediator mellan ångest och depression respektive obesitas. Även Rofey et al. (2009) har påpekat att såväl ångest som depression kan leda till ändringar i diet och fysisk aktivitet, som i sig kan resultera i sekundära beteenden såsom emotionellt ätande och låg fysisk aktivering, vilket över tid kan medföra viktuppgång. Ytterligare visade Russo et al. (2011) att låg självkänsla, ångest och depression predicerar utveckling av ätstörningar bland flickor med obesitas. Ångest predicerade dessutom ätstörningar hos pojkar med obesitas.

Ätstörningar hos barn och ungdomar med obesitas. Barn och ungdomar med obesitas har en ökad risk att utveckla ätstörningar (Tsekoura et al., 2021), och bland individer med högre BMI är det oftast BN och BED som har identifierats (Jebeile et al., 2021; Manasse et al., 2021). Ungefär 8,2 % av barn och ungdomar i 8–18 års ålder som sökte behandling för övervikt eller obesitas uppfyllde kriterierna för ätstörningar, och majoriteten av dessa barn och ungdomar diagnostiserades med BED (Eddy et al., 2007). Flament et al. (2015) påträffade att prevalenserna för BN bland flickor och pojkar i 10–20 års ålder med obesitas var 16,9 % respektive 8,1 %. Motsvarande prevalenssiffror för BED var 28,6 % och 13,2 % bland flickor respektive pojkar i 12–19 års ålder (Chamay-Weber et al., 2017). Ungefär hälften av de som

har BED får på sikt övervikt eller obesitas (1177 Vårdguiden, 2020b). Likaså kan BN leda till ökad vikt (1177 Vårdguiden, 2020a) och obesitas (Vaidya & Malik, 2008). Övervikt/obesitas och oövervakad bantning under barndomen har dessutom visat sig kunna predicera utveckling av BN och BED (Fairburn et al., 1998; Jebeile et al., 2021).

Dock uppfylls sällan kriterierna för ätstörningar bland barn och ungdomar med obesitas (Decaluwé & Braet, 2003). Ätstörda beteenden är snarare vanligare i denna grupp (Stabouli et al., 2021) såsom hetsätning och LOC. Dessa ätstörda beteenden kan dessutom predicera utveckling av BED (Jebeile et al., 2021) likväl som en ökad viktstatus hos barn kan predicera LOC (Sepúlveda et al., 2020). He et al. (2017) visade att 26,3 % av barn och ungdomar med övervikt och obesitas hade hetsätning och/eller LOC, varav 22,2 % och 31,2 % hade hetsätning respektive LOC. Vidare påträffade Decaluwé och Braet (2003) en signifikant skillnad vad gäller hetsätning mellan flickor och pojkar med obesitas, då hetsätning var vanligare bland flickor. Däremot fann He et al. (2017) att prevalenserna för hetsätning/LOC bland flickor och pojkar med övervikt och obesitas var 28,5 % respektive 24 %. Följaktligen menade forskarna att det var ingen eller en liten könsskillnad beträffande prevalensen av hetsätning/LOC i denna population.

Avseende åldersskillnader konstaterade Tanofsky-Kraff et al. (2011) att prevalensen för hetsätning i genomsnitt kan uppskattas från 6 % till 57 % bland barn och ungdomar med obesitas. Bland ungdomar var prevalenserna högre än bland barn. Dock fann Chamay-Weber et al. (2017) att ålder inte var associerat med BED bland barn och ungdomar med obesitas i åldrarna 12–19 år.

Med hjälp av flertalet studier har Jebeile et al. (2021) i en litteraturöversikt tagit fram en modell för hur ungdomsobesitas möjligen interagerar med the dual pathway model of eating disorders. Att bli retad av familj och/eller vänner på grund av sin viktstatus eller deltagande i livsstilsbehandling för övervikt kan predicera kroppsmisnöje hos ungdomar med obesitas. Även internalisering av samhällets smalhetsideal, genom interaktion med sociala medier och en omgivning som förespråkar smalhetsidealet, samt viktstigmatisering kan resultera i kroppsmisnöje. Ökade nivåer av kroppsmisnöje hos ungdomar med obesitas kan i sin tur resultera i extrem bantning (såsom att fasta, hoppa över måltider, ta bantningspiller, laxera och framkalla kräkningar) och/eller negativa affekter. Misslyckade bantningsförsök kan även medföra ökade negativa affekter. Dessutom föreligger en ökad risk för depression bland ungdomar med obesitas jämfört med normalviktiga jämnåriga. En konsekvens av restriktiva ätbeteenden och negativa affekter är sedan debut av ätstörningar såsom BN och BED.

Hälsorelaterad livskvalitet hos barn och ungdomar med obesitas. Hälsorelaterad livskvalitet har visat sig vara signifikant associerat med olika typer av tillstånd inom pediatriken (Huang et al., 2009). Exempelvis fann Varni et al. (2007) att barn i 5–16 års ålder med kroniska sjukdomar skattade sin hälsorelaterade livskvalitet på en lägre nivå jämfört med friska barn i samma ålder. I studier av ungdomar (14–24 år) med obesitas såg även Felix et al. (2020) att sjukdomen signifikant kan reducera den hälsorelaterade livskvaliteten. Schwimmer et al. (2003) fann att 49 % av barn och unga med övervikt eller obesitas rapporterade en låg hälsorelaterad livskvalitet, varav 41 % rapporterade låg fysisk funktion, 50 % låg psykosocial funktion, 46 % låg emotionell funktion, 46 % låg social funktion och 39 % låg skolrelaterad funktion. Dessutom hade barn och ungdomar med svår obesitas hela fem och en halv gånger större risk att uppleva lägre hälsorelaterad livskvalitet än friska jämnåriga.

Bland pediatrika patienter (8–17 år) med olika kroniska hälsotillstånd hade flickor lägre hälsorelaterad livskvalitet än pojkar i jämförelse med den generella populationen (van Muilekom et al., 2021). Forskning på barn och ungdomar med obesitas har visat liknande resultat (t.ex. Felix et al., 2020; Stephenson et al., 2021). I en studie av Cui et al. (2014) skattade dock 20 % och 19 % av flickor respektive pojkar med obesitas en låg hälsorelaterad livskvalitet.

Jämfört med den allmänna populationen var det de yngre pediatrika patienterna som hade lägre hälsorelaterad livskvalitet än de äldre patienterna (van Muilekom et al., 2021). I forskning på barn och ungdomar med obesitas var prevalensen för låg hälsorelaterad livskvalitet 17,5 % bland barn i 8–12 års ålder (Khairy et al., 2016), medan en motsvarande prevalenssiffra var 18 % bland ungdomar i åldrarna 12–17 år (Cui et al., 2014). I denna population har Tsiros et al. (2009) i en litteraturöversikt funnit tvetydiga resultat vad gäller ålderskillnader vid hälsorelaterad livskvalitet. En del studier har inte kunnat identifiera några ålderskillnader. Andra studier har däremot påvisat att yngre barn skattat lägre hälsorelaterad livskvalitet än äldre ungdomar, medan andra studier påträffat att äldre ungdomar rapporterat lägre hälsorelaterad livskvalitet än yngre barn.

Flertalet studier har gjorts för att undersöka relationen mellan hälsorelaterad livskvalitet och obesitas bland barn och ungdomar. Förutom att barn och ungdomar med övervikt ofta lider av psykisk ohälsa, såsom ångest och depression (t.ex. Anderson et al., 2007; Fox et al., 2016), har de i litteraturöversikter påvisat en ökad risk för låg självkänsla (Griffiths et al., 2010) samt negativ påverkan av viktstigmatisering från jämnåriga (Gray et al., 2004; Puhl & King, 2013), vilket skulle kunna leda till problem med social acceptans och mobbning från jämnåriga (Ottova et al., 2012). Detta var faktorer som i forskning visade sig påverka dessa barn och ungas livskvalitet (Griffiths et al., 2010; Ottova et al., 2012; Pratt et al., 2012).

Morrison et al. (2015) fann att både depression och låg hälsorelaterad livskvalitet separat var associerade med högre mängd kroppsfett hos barn och unga i 8–17 års ålder. Lim et al. (2015) fann dessutom att patologisk ångest utgöra en riskfaktor för lägre hälsorelaterad livskvalitet hos barn med obesitas. Därtill fann Kolodziejczyk et al. (2015) att kroppsuppfattning och självkänsla har en påverkan på relationen mellan BMI och hälsorelaterad livskvalitet. Ett samband mellan hetsätning och samtliga skalor i mätning av hälsorelaterad livskvalitet har dessutom av Pasold et al. (2014) påvisats. Dessutom är låg hälsorelaterad livskvalitet relaterat till såväl psykiska som kroniska fysiska hälsotillstånd bland ungdomar med obesitas.

Brister i screening av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar som går i behandling för obesitas

Sammanfattningsvis pekar forskning på att barn och ungdomar med obesitas löper större risk för att utveckla ångest (t.ex. Anderson et al., 2007; Fox et al., 2016), depression (t.ex. Marmorstein et al., 2014; Sutaria et al., 2019), ätstörningar som BN och BED, LOC (t.ex. Jebeile et al., 2021; Sepúlveda et al., 2020) samt låg hälsorelaterad livskvalitet (t.ex. Felix et al., 2020; Stephenson et al., 2021). De löper dessutom hög risk för att bli utsatta för viktstigmatisering och att uppleva ett kroppsmisnöje samt låg självkänsla (t.ex. Puhl & King, 2013).

Trots att forskare har visat att barn och ungdomar, som behandlas inom hälso- och sjukvården för olika tillstånd, har en ökad risk för psykisk ohälsa (Butwicka et al., 2019; Caplan et al., 2005; Hammerton et al., 2014; Kanner et al., 2003), finns det idag ingen tydlig vägledning om hur detta ska identifieras. I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom ger Socialstyrelsen (2017) högsta möjliga prioriteringssiffra till att somatisk undersökning ska genomföras vid psykisk ohälsa (ångest och depression), dock finns sällan en motsvarande stark rekommendation om att erbjuda bedömning av den psykiska hälsan vid olika somatiska sjukdomar. I Region Skånes (2014) vårdprogram för barn och ungdomar med övervikt och fetma rekommenderas inte heller någon systematisk screening av psykisk hälsa, utan fokus ligger på den fysiska hälsan och somatiska bekymmer. Detta trots att psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland patienter som genomgår barnobesitasbehandling (Wildes et al., 2010). Socialstyrelsen (2022, Bilaga 3) har dock nyligen rekommenderat att barn och vuxna med obesitas ska erbjudas utredning och bedömning, där sjukdomstillståndet och potentiella bakomliggande orsaker eller samvarierande tillstånd kartläggs. Detta för att individanpassade behandlingsåtgärder i sin tur ska kunna erbjudas. För barn och ungdomar kan det vara svårt att spontant berätta om sin psykiska hälsa. Att systematiskt screena för psykisk ohälsa minskar

därför risken att endast de med mycket allvarliga bekymmer identifieras (K. Järholm, personlig kommunikation, 24 oktober 2022).

Socialstyrelsen (2019) har också lyft att fall av BN och BED är svåra att fånga upp inom den svenska hälso- och sjukvården på grund av bristande resurser. Eftersom BED är en relativt ny diagnos råder det oklarheter kring var dessa patienter ska behandlas, och patienter med BED hamnar ofta inom verksamheter som arbetar med viktreduktion snarare än ätstörningar (Lumell associates, 2018). Dock konstaterade såväl Lister et al. (2021) som Jebeile et al. (2019) att professionell obesitasbehandling minskar ätstörningssymtom och risken att utveckla ätstörningar. En nyare studie av Jebeile et al. (2021) har emellertid visat att unga obesitaspatienter kan ha en redan existerande ätstörning eller ändå riskera att utveckla en ätstörning under eller efter obesitasbehandlingen. Således finns det behov av screening för ätstörda beteenden inom vården för att så tidigt som möjligt kunna identifiera de barn och ungdomar med obesitas som behöver ätstörningsbehandling (Jebeile et al., 2021; Sim et al., 2013) och som ofta förblir oidentifierade till följd av en högre viktstatus (Sim et al., 2013).

Flertalet studier har identifierat ett samband mellan hälsorelaterad livskvalitet och barn- och ungdomsobesitas (t.ex. Schwimmer et al., 2003; Stephenson et al., 2021). WHO (2021b) har därför påpekat att mätning av hälsorelaterad livskvalitet är viktigt för att ta fram riktlinjer för barn och ungdomar med obesitas inom primärvården. Mätning av livskvalitet ingår idag som ett screeninginstrument i primärvården och enligt Socialstyrelsens (2022, Bilaga 3) nationella riktlinjer ska hälsorelaterad livskvalitet bedömas hos barn med obesitas. Dock är resurserna för att screena för detta begränsade och screeningen görs sällan tillräckligt systematiskt (K. Järholm, personlig kommunikation, 24 oktober 2022).

Vidare har forskning och litteratur visat att det finns skillnader på hur psykisk ohälsa tar sig uttryck mellan yngre och äldre barn (t.ex. Avenevoli et al., 2015; Gillberg, 2015; Lindberg et al., 2020; Meyer et al., 2016; Olsson, 2015; Råstam, 2015; Smink et al., 2014; Tanofsky-Kraff et al., 2011; van Muilekom et al., 2021), men även pojkar och flickor (t.ex. Anderson et al., 2007; Cui et al., 2014; Decaluwé & Braet, 2003; Dekker et al., 2007; Gillberg, 2015; Meyer et al., 2016; Smink et al., 2014; van Muilekom et al., 2021). Stereotypa föreställningar kring skillnader i hur psykisk ohälsa tar sig uttryck mellan könen skulle eventuellt kunna göra det svårt att utan screening upptäcka psykisk ohälsa hos pojkar. Dessutom har flickor tenderat att påbörja behandling för obesitas tidigare än pojkar i Sverige (BORIS, 2020), både avseende ålder och grad av obesitas, vilket eventuellt skulle kunna bekräfta att pojkars psykiska ohälsa mer sällan blir identifierad.

Syfte

Syftet med följande studie var att öka kunskapen om hur vanligt det är med olika former av psykisk ohälsa och påverkad livskvalitet hos barn och ungdomar som genomgår obesitasbehandling genom att undersöka hur stor andel som faller ut på screening av ångest, depression, ätstörningar och hälsorelaterad livskvalitet. Studien syftade också till att belysa hur måtten samvarierade med varandra för att öka förståelsen för hur olika symptom på psykisk ohälsa och livskvalitet är relaterade till varandra i den aktuella gruppen. Därtill ämnade vi att närmare granska reliabiliteten för samtliga mått för psykisk ohälsa och påverkad livskvalitet i vårt stickprov.

Ytterligare var det av intresse att studera hur många av de undersökta barnen och ungdomarna som rapporterade erfarenhet av mobbning, och om de som blivit utsatta för mobbning skiljer sig från övriga avseende symptom på ångest, depression och ätstörningar. Detta skulle kunna bidra till att ytterligare utöka kunskapen kring hur mobbning har ett samband med den psykiska hälsan hos dessa barn och ungdomar. Att utvärdera ifall det finns signifikanta skillnader avseende ångest, depression, ätstörningar och hälsorelaterad livskvalitet mellan könen och mellan yngre och äldre deltagare kan eventuellt bidra till hypoteser kring hur sambandet mellan psykisk ohälsa och obesitas skiljer sig mellan pojkar och flickor, och mellan barn och unga i 11–14 års respektive 15–18 års ålder.

Frågeställningar

1. Hur stor andel barn och ungdomar (11–18 år) som kommer till barnobesitasbehandling faller ut på screening för depression, ångest och ätstörningar? Hur stor andel rapporterar en påverkad hälsorelaterad livskvalitet? Hur samvarierar de olika måtten med varandra?

2. Finns det medelvärdeskillnader avseende symptom på depression, ångest, ätstörningar och hälsorelaterad livskvalitet mellan pojkar och flickor som behandlas för obesitas?

3. Finns det medelvärdeskillnader avseende symptom på depression, ångest, ätstörningar och hälsorelaterad livskvalitet mellan yngre (11–14 år) och äldre (15–18 år) barn och ungdomar som behandlas för obesitas?

4. Hur stor andel barn och ungdomar (11–18 år) som kommer till barnobesitasbehandling faller ut på frågan om att bli retad av jämnåriga inom den sociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet?

5. Finns det medelvärdeskillnader avseende symptom på depression, ångest och ätstörningar mellan de som faller ut och inte faller ut på fråga om att bli retad av jämnåriga inom den sociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet?

Metod

Den här studien genomfördes inom ramarna för ett större forskningsprojekt, Psykisk hälsa hos barn och ungdomar inom sjukvården (PHU-studien) inom Region Skåne av forskare verksamma vid Institutionen för psykologi i Lund. Projektet syftar till att hitta en fungerande metod för att screena för psykisk ohälsa hos barn och ungdomar som är patienter inom pediatriken. Ansvariga för projektet är forskarna Beatrice Nyström, legitimerad psykolog och filosofie doktor, och Kajsa Järholm, legitimerad psykolog och docent. För att begränsa oss inom ramen för en psykologexamensuppsats har vi emellertid medverkat i den aktuella studiens frågeställning och design. Vi är således ansvariga för datainsamling, databearbetning, slutsatser och avrapportering av studien.

Design

Denna studie är en tvärsnittsstudie med kvantitativ forskningsansats. Insamlade data ger en bild av deltagarnas situation vid det givna tillfället.

Deltagare

Samtliga deltagare i denna studie rekryterades vid en barn- och ungdomsmedicinsk mottagning i södra Sverige där de gick i, eller påbörjade, behandling för obesitas. Deltagarna rekryterades genom att barn och ungdomar i studiens målgrupp konsekutivt tillfrågades om deltagande när de kom för ny- eller återbesök på mottagningen under perioden 15 augusti 2022 till 11 oktober 2022. Dock kunde vi inte närvara alla vardagar under perioden, utan ungefär en dag i veckan var vi inte på plats. Dessa dagar skedde rekrytering till studien endast sporadiskt. Om flera patientbesök var inbokade på samma tid kunde inte heller alla potentiella deltagare tillfrågas.

För att kunna inkluderas i studien skulle deltagarna vara 11–18 år och svensktalande. De som exkluderades var de barn/ungdomar som på grund av språket, sin ålder eller kognitiva begränsningar hade bristande möjligheter att besvara de frågeformulär som ingick i studien. Vidare har deltagare som genomfört sina besök per telefon inte tillfrågats om deltagande i denna studie.

Totalt tillfrågades 67 barn och ungdomar i samband med besök på mottagningen om att delta i studien. Av dessa deltog 41 (61,2 %), 19 (28,4 %) tackade nej till att delta och 7 (10,4 %) kunde inte delta på grund av att samtycke från båda vårdnadshavarna saknades. Av de 41 deltagarna som deltog i studien exkluderades 1 deltagare, som inte svarat på majoriteten av påståendena. Därmed var det 40 deltagares svar som ingick i den slutgiltiga dataanalysen. Av dessa 40 deltagare var det 24 (60 %) flickor och 16 (40 %) pojkar. I detta urval var 13 (32,5 %)

av deltagarna mellan 11–14 år ($M = 13$ $SD = 1,22$) och 27 (67,5 %) i åldrarna 15–18 år ($M = 16,15$; $SD = 0,82$). Uppdelning i dessa åldersintervaller överensstämmer med statistik på psykisk ohälsa framtagen av WHO (2021a) samt med huruvida vårdnadshavare eller deltagarna själva har kunnat lämna samtycke för att delta i studien eller inte. Medelvärde för ålder i hela urvalet var 15,13 år ($SD = 1,77$).

Variabler

I studien användes följande instrument för att mäta symtom på depression, ångest och ätstörningar samt livskvalitet.

Patient Health Questionnaire -8

Patient Health Questionnaire -8 (PHQ-8; Kroenke et al., 2009) är ett självskattningsinstrument som innehåller åtta av kriterierna för egentlig depression enligt DSM-IV (American Psychiatric Association. DSM-4 Task Force, 1994) och mäter symtom under de senaste två veckorna. Skattningen besvaras på en fyrgradig skala mellan “inte alls” till “nästan varje dag”. Varje fråga kan ge 0–3 poäng och hela skattningen totalt 24 poäng (Kroenke et al., 2009).

I denna studie användes PHQ-8 i stället för Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) eftersom ett mål med huvudprojektet var att ta fram ett screeninginstrument som är lätt att använda inom barn- och ungdomsmedicin. Till skillnad från PHQ-9 har PHQ-8 ingen fråga som berör suicid och självskadebeteende. Vid screening finns ingen möjlighet att ge direkt återkoppling om patienten skulle uppge suicidtankar eller självskador, varför beslutet togs att utesluta denna fråga. PHQ-9 har i studier visat en god validitet och reliabilitet ($\alpha = 0,89$; Kroenke et al., 2001). Forskning visar att uteslutande av den nionde frågan endast har en liten effekt på den totala poängen på skalan eftersom tankar om självskada är relativt ovanligt hos befolkningen i allmänhet (Kroenke et al., 2009). För både PHQ-9 och PHQ-8 kan gränsvärde 10 poäng för kliniskt signifikant tillstånd användas (Kroenke et al., 2010; Wu et al., 2020). För PHQ-9 har däremot inga svenska gränsvärden tagits fram, varför tolkning av resultat bör ske med försiktighet (Uppdrag Psykisk Hälsa, u.å.). Då det anses viktigare att inte missa en deltagare med påtagliga bekymmer med depression valde studieansvariga att justera gränsvärden som användes i studien. Justeringen gjordes utifrån att PHQ-8 har ett item mindre än PHQ-9. Följande gränsvärden användes således i studien: 0–3 poäng “inga-minimala”; 4–8 “milda”; 9–12 “måttliga”; 13–17 “måttliga-allvarliga”; 18–24 “allvarliga”. Dessutom användes 9 poäng som gränsvärde för kliniskt signifikant tillstånd och vilka som därmed skulle erbjudas fördjupad bedömning av psykolog.

Generalised Anxiety Disorder 7-item scale

Generalised Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7; Spitzer et al., 2006) är ett mätinstrument baserat på sju påståenden som avser att fånga symtom på GAD under de senaste två veckorna. Påståendena besvaras på en fyrgradig skala från “inte alls” till “varje dag”. Således kan varje fråga ge 0–3 poäng och hela skattningen totalt 21 poäng. Gränsvärden för skalan är: 0–4 poäng “inga”, 5–9 “milda”, 10–15 “måttliga” och 16–21 “svåra” symtom på GAD. Gränsvärde 10 poäng användes i studien för kliniskt signifikant tillstånd och som gräns för att bli erbjuden fördjupad bedömning av psykolog. Formuläret har i studier visat en god reliabilitet ($\alpha = 0,92$), en god test-retest reliabilitet (Spitzer et al., 2006) samt en god validitet i den allmänna befolkningen (Löwe et al., 2008).

Childhood Eating Disorder Examination Questionnaire - Short Form

Childhood Eating Disorder Examination Questionnaire - Short Form (ChEDE-Q8; Kliem et al., 2017) är ett mätinstrument med åtta påståenden som avser att fånga upp bekymmer kopplade till ätstörning och kroppsuppfattning under de senaste 28 dagarna. Påståendena besvaras på en sjugradig skala från “inga dagar” till “varje dag” och poängsätts med 0–6 poäng. Hela skalan kan totalt ge 0–48 poäng. Resultaten jämfördes gentemot en normtabell fördelad på ålder och kön (Kliem et al., 2017). Den 95:e percentilen användes som gränsvärde för kliniskt signifikant tillstånd och vilka som därmed skulle erbjudas fördjupad bedömning av psykolog.

ChEDE-Q8 är en åldersanpassad version av Eating Disorder Examination Questionnaire - Short Form (EDE-Q8; Kliem et al., 2015). Originalformuläret EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) innefattar en diagnosrelaterad skattning av AN, BN och BED. EDE-Q används ofta för screening av patienter både i klinisk praxis och i forskning (Kliem et al., 2017). Även EDE-Q finns i en åldersanpassad version (ChEDE-Q; Bryant-Waugh et al., 1996) som har utvärderats bland barn 8–17 år (Decaluwé & Braet, 2004; Goldschmidt et al., 2007; Hilbert et al., 2008 refererad i Kliem et al., 2017) och som innehåller 22 påståenden. I den aktuella studien användes kortversionen eftersom syftet med huvudprojektet var att prova ut formulär som går snabbt att administrera och således inte tar för mycket tid av övrig vård. ChEDE-Q8 har i testning av barn och ungdomar i 7–18 års ålder uppvisat en god reliabilitet ($\alpha = 0,89$). Reliabiliteten var även god för både pojkar ($\alpha = 0,87$) och flickor ($\alpha = 0,90$) samt för barn i yngre åldersgrupper (<12 år: $\alpha = 0,87$). Formuläret har dessutom uppvisat en god konvergent validitet (Kliem et al., 2017).

Pediatric Quality of Life Inventory 4.0

Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL 4.0; Varni et al., 2003) är ett generiskt mätinstrument baserat på 23 påståenden som avser att mäta hälsorelaterad livskvalitet inom fyra domäner: fysisk, emotionell, social och skolrelaterad funktion under den senaste månaden. De tre sistnämnda domänerna skapar också tillsammans en domän för psykosocial funktion. Skattningen besvaras på en femgradig skala från "aldrig" till "nästan alltid". Resultat en standardavvikelse eller lägre från medelvärdet för samtliga domäner bedömdes som signifikant försämrad livskvalitet och utgjorde därmed gräns för att bli erbjuden fördjupad bedömning av psykolog. För fysisk domän innebar detta poäng under 72,98, för emotionell domän under 59,57 poäng, för social domän under 66,61 poäng, för skolrelaterad domän under 62,99 poäng, för psykosocial domän 66,03 samt för den totala livskvaliteten under 69,71 poäng. På fråga 3 i den sociala domänen ("Andra barn/tonåringar retas med mig") bestämdes att deltagare som svarade 2 (ibland) eller högre skulle bli erbjudna fördjupad bedömning. PedsQL är sedan innan tänkt att användas som ett mått på livskvalitet på den aktuella mottagningen, då det ingår i kvalitetsregistret för barnobesitas. Dock fanns det vid denna studies genomförande ingen rutin på mottagningen att administrera PedsQL till patienterna. Formuläret har prövats inom hälso- och sjukvården och visat en god validitet och reliabilitet för flickor ($\alpha = 0,90$) och pojkar ($\alpha = 0,89$) och även för det aktuella stickprovets åldrar ($\alpha = 0,91$; Varni et al., 2003).

Demografiska frågor

Vi fyllde även i information om deltagarnas ålder och kön. De deltagare som ingick i denna studie var mellan 11–18 år och identifierades som "pojke" eller "flicka".

Procedur

Information om studien och dess genomförande framfördes muntligt till berörd personal på obesitasmottagningen av forskargruppen, bestående av oss och forskare Kajsa Järholm, på den aktuella barn- och ungdomsmedicinska mottagningen. För deltagare yngre än 15 år utformades ett informationsbrev (Bilaga 1) till vårdnadshavare som skickades per post cirka två veckor innan barnets inbokade besök. Ett motsvarande målgruppsanpassat informationsbrev (Bilaga 3) utformades till ungdomar i 15–18 års ålder, vilket tilldelades i samband med de inbokade besöken på mottagningen. I samtliga informationsblad redogjorde vi för studiens syfte, tillvägagångssätt och deltagarnas rättigheter.

Studiens syfte och upplägg presenterades även muntligt för samtliga deltagare och vårdnadshavare i samband med besök på mottagningen. Deltagarna tillfrågades åter om de var villiga att svara på påståenden om sitt mående och informerades om sin frivillighet avseende

deltagande samt sin rätt att avbryta både under och efter deltagandet utan att behöva ange orsak. Deltagare och vårdnadshavare erhöll både skriftlig och muntlig information om att deltagandet i studien inte skulle påverka barnets/ungdomens övriga vård, samt att barnet/ungdomen kommer att erbjudas en uppföljningstid hos psykolog om det skulle visa sig att den unge misstänks ha psykisk ohälsa. De deltagare som tackade nej till att delta i studien eller där samtycke från båda vårdnadshavarna saknades tillfrågades om de ville fylla i skattning av livskvalitet (PedsQL), som ska ingå i den rutinmässiga screeningen på mottagningen. Dessa data är inte inkluderade i den aktuella studien.

Deltagarna fyllde i screeningformulären i pappersform och de tillfrågades om de ville svara på dessa i enrum eller med anhörig och/eller en av oss i rummet. För påstående som barnet/ungdomen hade svårt att förstå erbjöds förtydligande av påståendena. I de fall då deltagare uppgav läs- och skrivsvårigheter erbjöds även hjälp i form av att en av oss läste påståendena och svarsalternativen för deltagaren.

Kodlistor skapades, där deltagare i studien tilldelades ett unikt kodnummer. För att garantera deltagarnas konfidentialitet identifierades varje deltagare endast med sitt kodnummer. Deltagarnas resultat sammanställdes inom ett dygn efter att data samlats in. I journalsystemet Melior journalfördes i journalmallen klinisk studie att deltagaren hade medverkat i PHU-studien och om det var utfall på någon av skalorna eller inte. En bevakning till legitimerad psykolog gjordes för de deltagare som föll ut på någon av screeningsformulären. Dessa deltagare blev sedan kontaktade av psykolog inom en vecka med erbjudande om fördjupad bedömning och ställningstagande till eventuella vidare åtgärder. För barn som endast föll ut i den sociala dimensionen gjordes vissa uppföljningar av mottagningens kurator.

Dataanalys

Data överfördes från de fysiska screeningformulären till dataanalysprogrammet IBM SPSS Statistics, version 29. Signifikansnivån för denna studie fastställdes till $p < 0,05$. Reliabiliteten beräknades för samtliga skalor med hjälp av Cronbach's alpha. En alphakoefficient på minst 0,70 brukar godtas (Pallant, 2020).

Deskriptiv statistik rapporteras som N (%) för kategoriska variabler och medelvärde och standardavvikelse för kontinuerliga variabler.

För att undersöka samband mellan de olika variabler användes Pearsons korrelationsanalys. Ett svagt samband motsvarar r -värde mellan 0,10 – 0,29, medelstarkt samband mellan 0,30 – 0,49 och ett starkt samband mellan 0,50 – 1,00 (Pallant, 2020).

Oberoende t-test användes för att undersöka skillnader mellan grupper; flickor respektive pojkar, yngre (11–14 år) respektive äldre (15–18 år) samt de deltagare som uppgav att de ibland,

ofta eller nästan alltid blev retade av jämnåriga respektive de deltagare som uppgett att de aldrig eller nästan aldrig blir retade av jämnåriga på PedsQL.

Oberoende t-test förutsätter att stickproven är normalfördelade. Normalfördelning undersöktes genom att granska värdena på skewness och kurtosis samt resultaten på Shapiro Wilks Test för samtliga skalor. För icke-normalfördelade variabler genomfördes analyser med och utan outliers (d.v.s. värden som översteg medelvärdet med 3 SD eller mer) när dessa framträdde. Vid likartade resultat, användes oberoende t-test med outliers, då dessa bedömdes vara tillförlitliga. I de fall icke-normalfördelade variabler saknade outliers eller oberoende t-test med och utan outliers skilde sig åt, utfördes analyser med hjälp av det icke-parametriska testet Mann-Whitney U-Test.

Ytterligare förutsätter oberoende t-test att varianser i de bakomliggande populationerna är lika. Detta undersöktes genom att granska resultaten i Levene's Test for Equality of Variances för samtliga variabler. Resultaten i detta test visade att förutsättningen gällande lika varianser uppfylldes för samtliga variabler.

Cohen's d var det mått som användes för effektstorlek för samtliga oberoende t-test, vilket presenterar skillnaden mellan grupperns medelvärden i standardavvikelser. Ett värde på 0,2 representerar en svag, 0,5 en medelstark och 0,8 en stark effektstorlek (Pallant, 2020).

Etiska överväganden

Denna datainsamling berörde personuppgifter som av Etikprövningsmyndigheten bedömdes omfatta känsliga uppgifter om hälsa enligt 3–4 §§ Lag om Etikprövning som avser människor (SFS, 2003:460). Således prövades forskningsprojektet och godkändes av Etikprövningsmyndigheten (diarienummer 2019–05200).

Utöver de åtgärder som nämnts i proceduren avseende anonymitet, informerat samtycke och rätt att avbryta deltagande har även följande etiska åtgärder vidtagits avseende negativa konsekvenser av deltagande, skriftligt samtycke och sekretess. Vidare har hänsyn tagits till Beauchamp and Childress (2001; refererat i Page, 2012) etiska principer; autonomiprincipen (eng. autonomy) och icke-skada principen (eng. nonmaleficence). Dessa principer har varit inflytelserika inom medicinsk etik och är fundamentala för förståelsen av hur etiska överväganden bör göras inom hälso- och sjukvården (Page, 2012).

Då påståendena i screeningformulären berörde känsliga områden såsom depression, ångest, ätstörningar och hälsorelaterad livskvalitet, fanns risk för att negativa känslor kunde väckas i samband med att formulären fylls i. Enligt icke-skada principen ska forskaren undvika att göra såväl medveten som omedveten skada gentemot andra (Healthcare Ethics and Law, 2021; Lawrence, 2007). Risken för negativa konsekvenser har därför adresserats genom att

informera deltagarna om studiens eventuella för- och nackdelar både muntligt och skriftligt. Därtill informerades behandlingspersonal på förhand om datainsamlingens innehåll i syfte att de kunde fånga upp de deltagare som fått en negativ respons på screeningformlärans innehåll, då de träffade deltagarna efter att de fyllt i formulären. Samtliga deltagare och vårdnadshavare erhöll även kontaktuppgifter (telefon och mejl) till samtliga forskningsledare om frågor skulle uppstå i efterhand.

Deltagare i 15–18 års ålder kunde själva fylla i ett skriftligt samtycke till att delta i studien i samband med besöket (Bilaga 4). För deltagare i åldrarna 11–14 år krävdes emellertid samtycke från vårdnadshavare för att svara på påståenden om depression, ångest och ätstörningar. I studien tillämpades såldes skriftligt samtycke från båda vårdnadshavare (Bilaga 2) för barn och ungdomar i dessa åldrar. Enligt autonomiprincipen ska dock individen ha en förmåga till självbestämmande oberoende av andras kontroll och en tillräcklig förståelse för att kunna fatta meningsfulla och informerade beslut (Healthcare Ethics and Law, 2021; Feinberg, 1986, refererat i Lawrence, 2007). Därför har vi i första hand utgått från barnets vilja att delta, det vill säga respekterat barnets eventuella önskan om att inte delta, även om vårdnadshavare har samtyckt till barnets deltagande. Informationen om studien har även anpassats till barnets/ungdomens utvecklingsnivå, så att de har kunnat fatta ett meningsfullt och informerat beslut om deltagande i studien.

Vid besöken inhämtades information om namn och personnummer för att möjliggöra journalföring och eventuell bevakning till psykolog. I studien inkluderades däremot inte dessa personuppgifter. För att främja sekretessen och för att möjliggöra rätten att ångra sitt deltagande i efterhand försågs deltagarna med ett kodnummer. Listan med deltagarnas kodnummer förvarades i låst skåp på den medicinska enheten. Endast vi och projektledare hade direkt tillgång till kodlistorna. De svarande och vårdnadshavare informerades muntligt och skriftligt om ovanstående, att alla insamlade data för studien behandlas enligt Dataskyddsförordningen (GDPR = The General Data Protection Regulation) samt var mer information om denna lagstiftning finns att läsa.

Resultat

Skalornas reliabilitet för vårt stickprov

Reliabiliteten för skattning av depression ($\alpha = 0,73$), ätstörningar ($\alpha = 0,81$), och ångest ($\alpha = 0,88$) för denna studie var god. Hälsorelaterad livskvalitet hade en hög reliabilitet ($\alpha = 0,91$). Reliabiliteten var även god för de specifika domänerna vid hälsorelaterad livskvalitet; fysisk ($\alpha = 0,82$), psykosocial ($\alpha = 0,87$), emotionell ($\alpha = 0,78$), social ($\alpha = 0,75$) och skolrelaterad ($\alpha = 0,75$) domän. Reliabilitet kontrollerades också på itemnivå, för att undersöka

hur varje item bidrog till skalornas reliabilitet. Resultaten visade att reliabiliteten sänktes av enstaka item i några av skalorna (Tabell 1).

Tabell 1

Item som påverkar reliabiliteten negativt

| Skala | Item | Alpha med item | Alpha utan item |
|----------------------|-------------------------|----------------|-----------------|
| PHQ-8 | PHQ01 | 0,73 | 0,80 |
| GAD-7 | GAD05 | 0,88 | 0,90 |
| PedsQL emotionell | PedsQL_emotionell_04 | 0,78 | 0,81 |
| PedsQL social | PedsQL_social_03 | 0,75 | 0,76 |
| PedsQL skolrelaterad | PedsQL_skolrelaterad_05 | 0,75 | 0,78 |

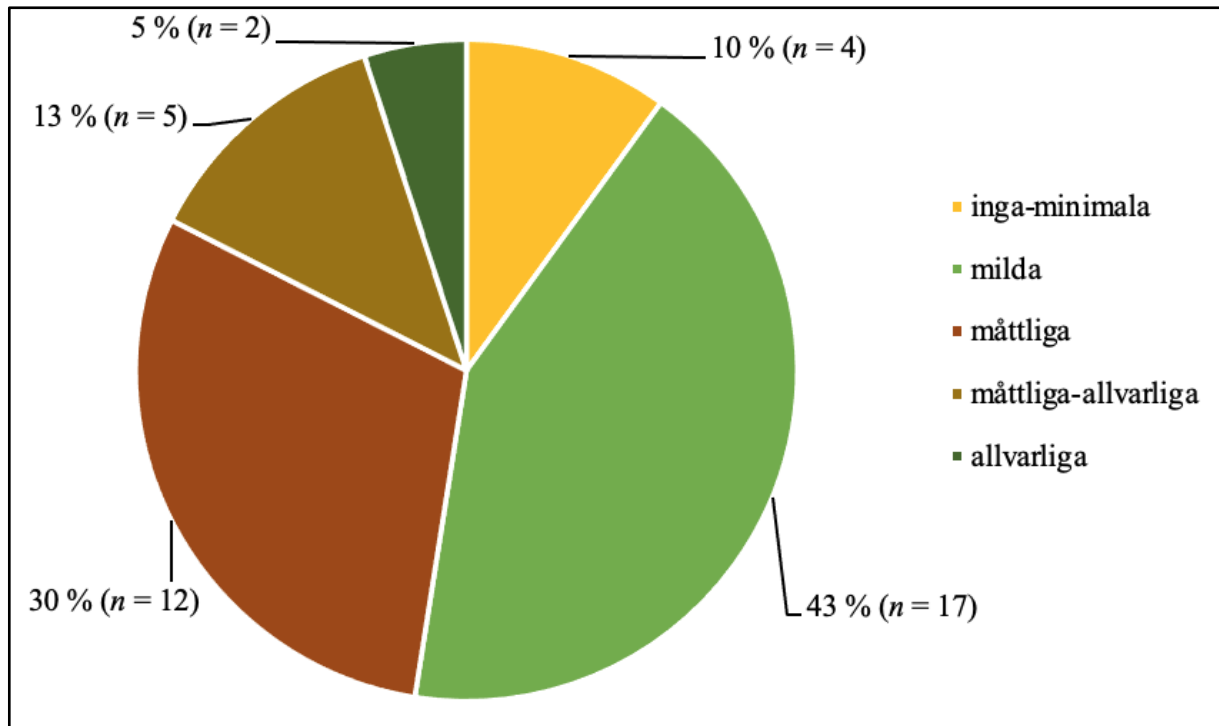
Not. PHQ-8 = Patient Health Questionnaire -8 och mäter symtom på *depression*. GAD-7 = Generalised Anxiety Disorder 7-item scale och mäter symtom på *ångest*. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter *hälsorelaterad livskvalitet*. PedsQL emotionell, PedsQL social och PedsQL skolrelaterad representerar *emotionell*, *social* respektive *skolrelaterad* domän vid hälsorelaterad livskvalitet. Item PHQ01 står för "...känt lite intresse eller glädje i att göra saker". Item GAD05 innefattar "varit så rastlös att det varit svårt att sitta still". Item PedsQL_emotionell_04 står för "Jag har svårt att sova". Item PedsQL_social_03 står för "Andra barn/tonåringar retas med mig". Item PedsQL_skolrelaterad_05 representerar "Jag missar skolan för att gå till doktorn eller sjukhuset".

Andelen deltagare som screenade positivt för depression

Bland deltagarna i studien rapporterade totalt 48 % (19 av 40) kliniskt signifikanta symtom på depression (PHQ-8 totalpoäng ≥ 9) och bevakades till vidare bedömning hos psykolog (Figur 1a). Av samtliga flickor och pojkar var det 54 % (13 av 24) respektive 38 % (6 av 16) som screenade positivt för depression (Figur 1b). Inga signifikanta skillnader framkom i självskattad depression mellan flickor och pojkar (Tabell 2). Bland samtliga yngre deltagare var det 38 % (5 av 13) som föll ut i screeningen. Motsvarande siffra för äldre deltagare var 52 % (14 av 27; Figur 1c). Skattning av depressionssymtom skilde sig inte signifikant mellan yngre och äldre deltagare (Tabell 3). Om gränsvärde 10 i stället för 9 hade använts för att screena positivt för depression (vilket är det gränsvärde som ofta används i studier) hade det inneburit att 16 deltagare (40 %) hade fallit ut och bevakats för vidare bedömning hos psykolog.

Figur 1a

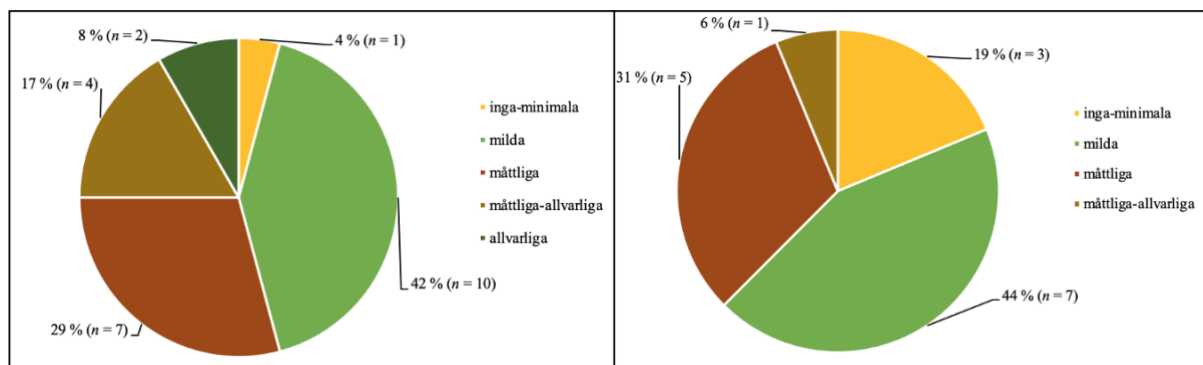
Fördelning av symtomnivåer i hela stickprovet för depression (PHQ-8)



Not. PHQ-8 = Patient Health Questionnaire -8 och mäter symtom på depression. Följande gränsvärden för symtomnivåer användes i studien; 0–3 poäng “inga-minimala”; 4–8 “milda”; 9–12 “måttliga”; 13–17 “måttliga-allvarliga”; 18–24 “allvarliga”. Nio poäng var gränsvärdet för kliniskt signifikant tillstånd. “Måttliga”, “måttliga-allvarliga” och “allvarliga” depressiva symtom räknades således som kliniskt signifikant depression.

Figur 1b

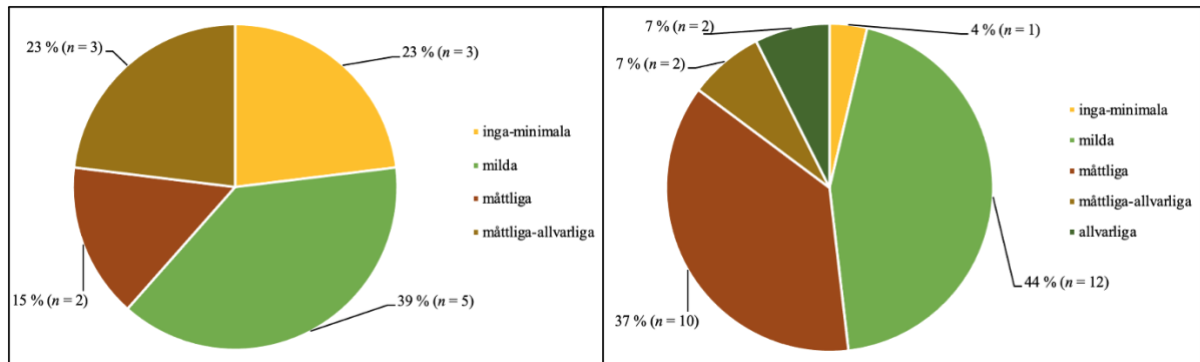
Fördelning av symtomnivåer bland alla flickor och alla pojkar för depression (PHQ-8)



Not. Vänster tårtdiagram visar fördelning av symtomnivåer bland alla flickor ($n = 24$) i stickprovet. Höger tårtdiagram visar fördelning av symtomnivåer bland alla pojkar ($n = 16$) i stickprovet.

Figur 1c

Fördelning av symtomnivåer bland alla yngre och alla äldre för depression (PHQ-8)



Not. Vänster tårtdiagram visar fördelning av symtomnivåer bland alla yngre deltagare (11–14 år; $n = 13$) i stickprovet. Höger tårtdiagram visar fördelning av symtomnivåer bland alla äldre deltagare (15–18 år; $n = 27$) i stickprovet.

Tabell 2

Deskriptiv statistik och oberoende *t*-test för könsskillnader

| Variabel | M (SD) | | $t(38)^*$ | p | Cohen's d |
|----------------------|---------------|---------------|-----------|-------|-------------|
| | Flickor | Pojkar | | | |
| PHQ-8 | 9,63 (4,61) | 7,44 (3,81) | 1,571 | 0,125 | 0,51 |
| ChEDE-Q8 | 3,28 (1,23) | 2,62 (1,00) | 1,796** | 0,081 | 0,58 |
| PedsQL | 63,77 (16,62) | 73,37 (14,58) | -1,877 | 0,068 | -0,61 |
| PedsQL fysisk | 69,53 (18,60) | 80,08 (13,05) | -1,965 | 0,057 | -0,63 |
| PedsQL psykosocial | 60,69 (16,84) | 69,79 (16,91) | -1,671 | 0,103 | -0,54 |
| PedsQL emotionell | 54,79 (21,99) | 70,31 (19,79) | -2,274 | 0,029 | -0,73 |
| PedsQL skolrelaterad | 53,54 (18,74) | 65,00 (21,37) | -1,791 | 0,081 | -0,58 |

Not. PHQ-8 = Patient Health Questionnaire -8 och mäter symtom på depression. ChEDE-Q8 = Childhood Eating Disorder Examination Questionnaire - Short Form och mäter symtom på *ätstörningar*. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter *hälsorelaterad livskvalitet*. PedsQL fysisk, PedsQL psykosocial, PedsQL emotionell, PedsQL social och PedsQL skolrelaterad representerar *fysisk*, *psykosocial*, *emotionell*, *social* respektive *skolrelaterad* domän vid *hälsorelaterad livskvalitet*. *Vid variabeln *ätstörningar* utan outliers var $df = 36$. **Resultat för variabeln *ätstörningar* rapporterades med outliers.

Tabell 3*Deskriptiv statistik och oberoende t-test för skillnader mellan yngre och äldre deltagare*

| Variabel | M (SD) | | <i>t</i> (38)* | <i>p</i> | Cohen's <i>d</i> |
|----------------------|---------------|---------------|----------------|----------|------------------|
| | Yngre | Äldre | | | |
| PHQ-8 | 7,85 (4,90) | 9,19 (4,16) | -0,900** | 0,374 | -0,30 |
| GAD-7 | 6,92 (5,09) | 6,22 (4,85) | 0,421 | 0,676 | 0,14 |
| ChEDE-Q8 | 2,67 (1,11) | 3,18 (1,19) | -1,287 | 0,206 | -0,43 |
| PedsQL | 69,57 (17,30) | 66,67 (16,13) | 0,520 | 0,606 | 0,18 |
| PedsQL fysisk | 75,96 (16,85) | 72,69 (17,63) | 0,558 | 0,580 | 0,19 |
| PedsQL psykosocial | 66,15 (18,54) | 63,46 (16,89) | 0,458 | 0,649 | 0,16 |
| PedsQL emotionell | 64,62 (24,36) | 59,26 (21,43) | 0,708 | 0,483 | 0,24 |
| PedsQL skolrelaterad | 62,31 (21,47) | 56,11 (19,92) | 0,899 | 0,374 | 0,30 |

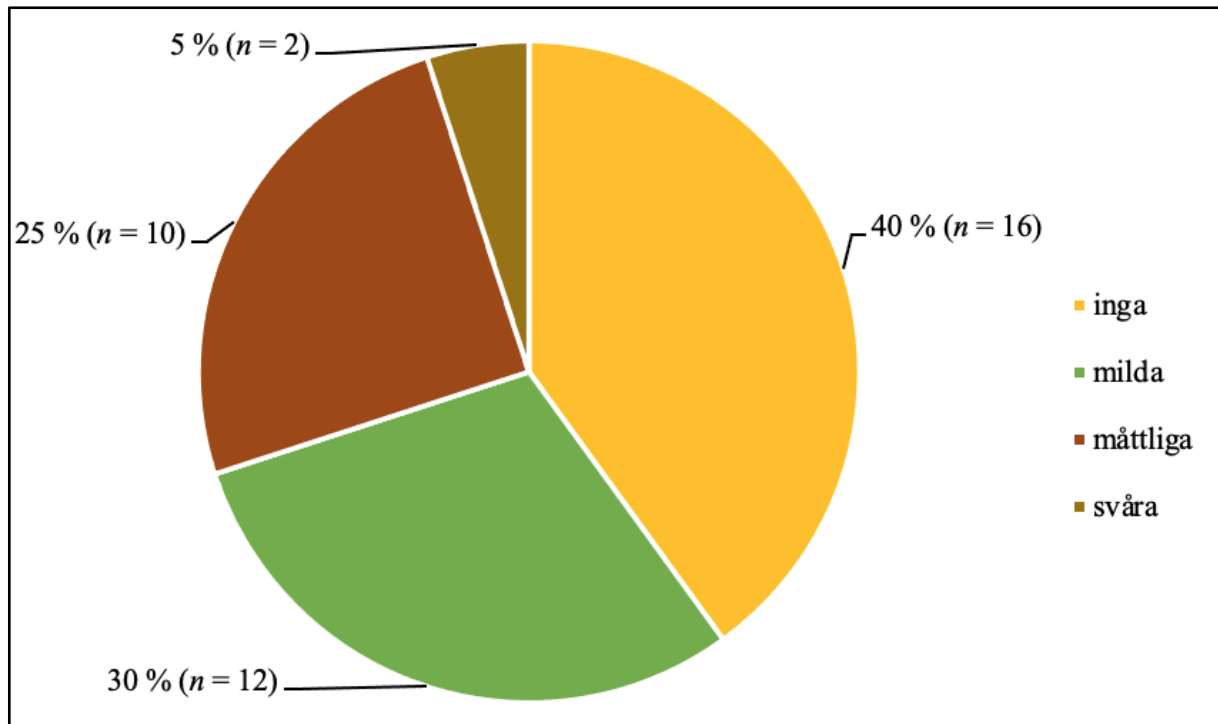
Not. PHQ-8 = Patient Health Questionnaire -8 och mäter symtom på *depression*. GAD-7 = Generalised Anxiety Disorder 7-item scale och mäter symtom på *ångest*. ChEDE-Q8 = Childhood Eating Disorder Examination Questionnaire - Short Form och mäter symtom på *ätstörningar*. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter *hälsorelaterad livskvalitet*. PedsQL fysisk, PedsQL psykosocial, PedsQL emotionell, PedsQL social och PedsQL skolrelaterad representerar *fysisk, psykosocial, emotionell, social* respektive *skolrelaterad* domän vid hälsorelaterad livskvalitet. *Vid variabeln *depression* utan outliers var *df* = 35. **Resultat för variabeln *depression* rapporterades med outliers.

Andelen deltagare som screenade positivt för ångest

Bland deltagarna i studien rapporterade totalt 30 % (12 av 40) kliniskt signifikanta symtom på ångest (Figur 2a) och bevakades för vidare bedömning av psykolog. Av samtliga flickor och pojkar var det 33 % (8 av 24) respektive 25 % (4 av 16) som screenade positivt för ångest (Figur 2b). Då kriterierna gällande normalfördelning ej uppfylldes för t-test för oberoende stickprov för könsskillnader, genomfördes analyserna genom Mann Whitney's U-Test. Inga signifikanta skillnader framkom i självskattad ångest mellan flickor och pojkar ($U = 172,00$, $p = 0,594$). Bland samtliga yngre deltagare var det 38 % (5 av 13) som föll ut i screening. Motsvarande siffra för äldre deltagare var 26 % (7 av 27; Figur 2c). Skattning av ångestsymtom skilde sig inte signifikant mellan yngre och äldre deltagare (Tabell 3).

Figur 2a

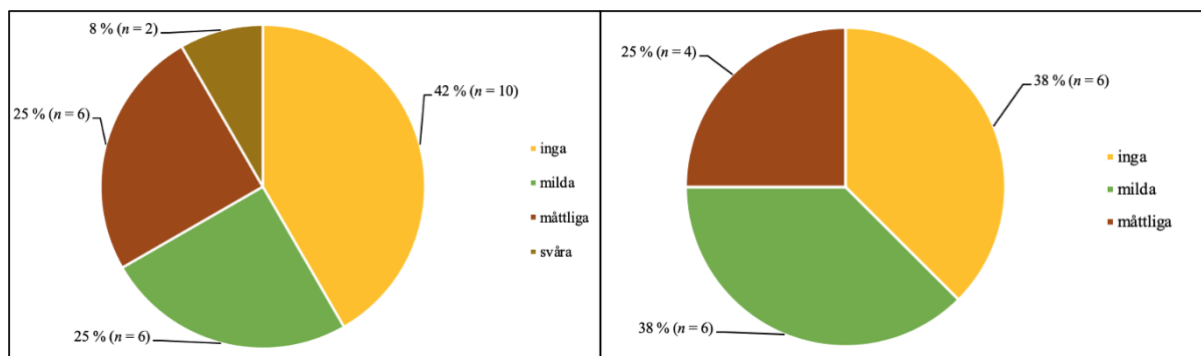
Fördelning av symtomnivåer i hela stickprovet för ångest (GAD-7)



Not. GAD-7 = Generalised Anxiety Disorder 7-item scale och mäter symtom på ångest. Följande gränsvärden för symtomnivåer användes i studien; 5–9 poäng "milda", 10–15 poäng "måttliga", 16–21 poäng "svåra". Tio poäng var gränsvärdet för kliniskt signifikant tillstånd. "Måttliga" och "svåra" ångestsymtom räknades således som kliniskt signifikant ångest.

Figur 2b

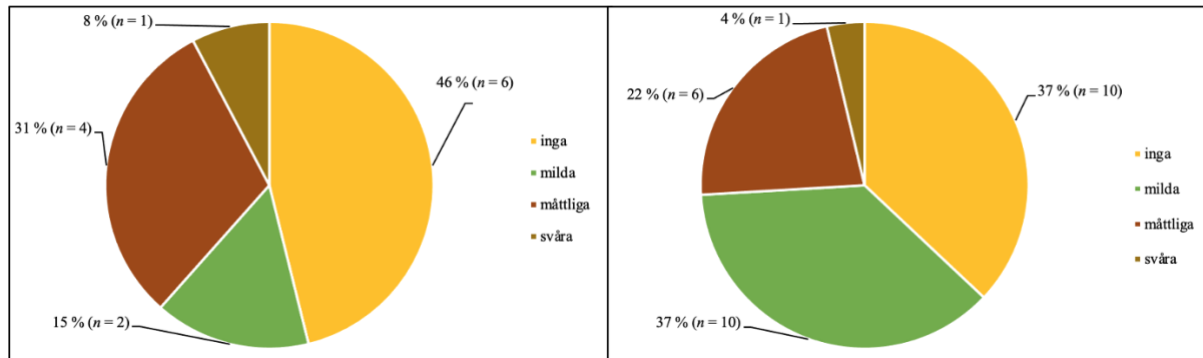
Fördelning av symtomnivåer bland alla flickor och alla pojkar för ångest (GAD-7)



Not. Vänster tårtdiagram visar fördelning av symtomnivåer bland alla flickor ($n = 24$) i stickprovet. Höger tårtdiagram visar fördelning av symtomnivåer bland alla pojkar ($n = 16$) i stickprovet.

Figur 2c

Fördelning av symtomnivåer bland alla yngre och alla äldre för ångest (GAD-7)



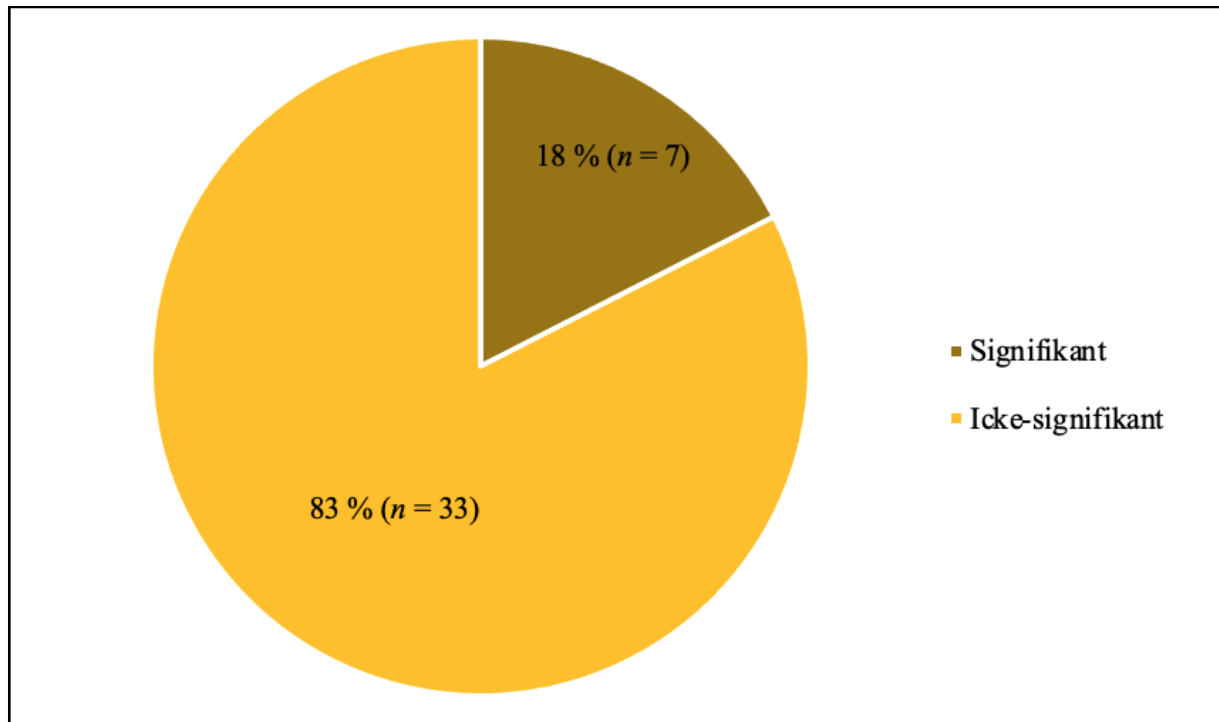
Not. Vänster tårtdiagram visar fördelning av symtomnivåer bland alla yngre deltagare (11–14 år; $n = 13$) i stickprovet. Höger tårtdiagram visar fördelning av symtomnivåer bland alla äldre deltagare (15–18 år; $n = 27$) i stickprovet.

Andelen deltagare som screenade positivt för ätstörningar

Bland deltagarna i studien uppfyllde 18 % (7 av 40) över gränsen för kliniskt signifikanta symtom på ätstörningar (Figur 3). Av samtliga flickor och pojkar var det 17 % (4 av 24) respektive 19 % (3 av 16) som screenade positivt för ätstörningar. Inga signifikanta skillnader framkom i självskattade ätstörningssymtom mellan flickor och pojkar (Tabell 2). Bland samtliga yngre deltagare var det 23 % (3 av 13) som föll ut i screeningen. Motsvarande siffra för äldre deltagare var 15 % (4 av 27). Skattning av ätstörningssymtom skilde sig inte signifikant mellan yngre och äldre deltagare (Tabell 3).

Figur 3

Fördelning av deltagare i hela stickprovet som uppnådde och ej uppnådde gränsen för kliniskt signifikanta symtom på ätstörningar (ChEDE-Q8)



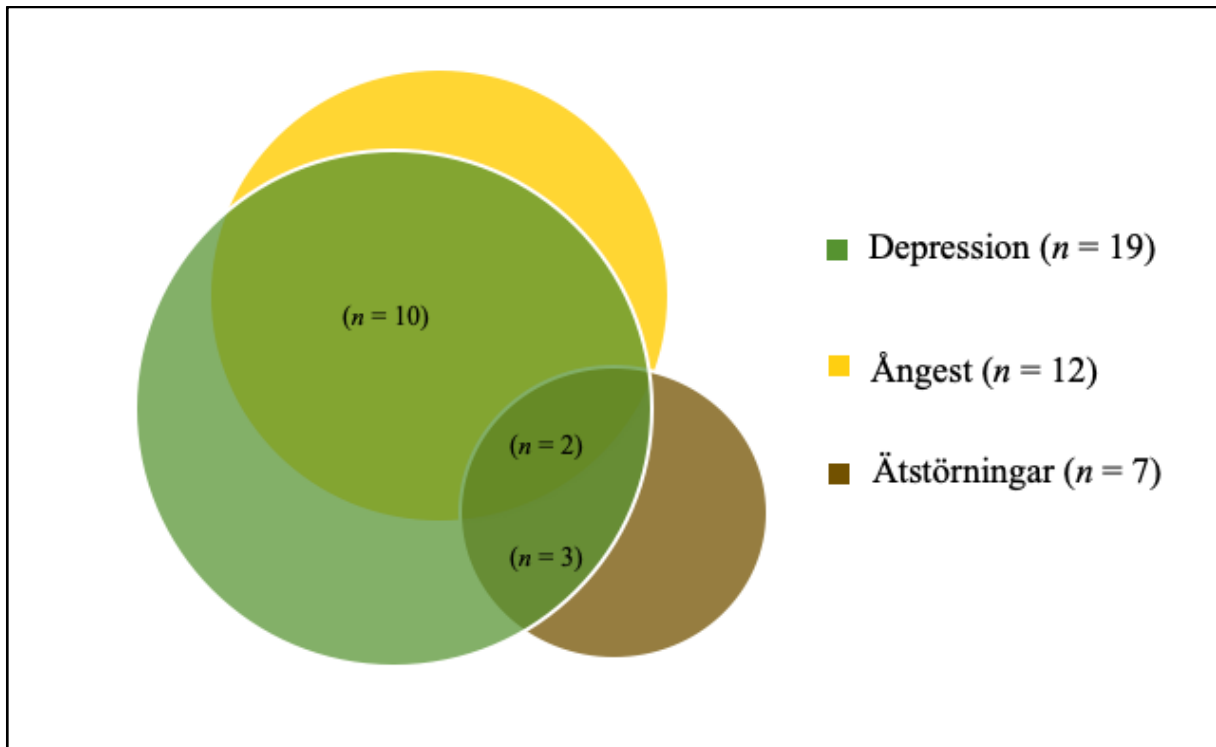
Not. ChEDE-Q8 = Childhood Eating Disorder Examination Questionnaire - Short Form och mäter symtom på *ätstörningar*. Tårtdiagrammet visar vilka deltagare som föll och inte föll ut inom den 95:e percentilen på respektive normtabeller fördelat på ålder och kön.

Andelen deltagare som screenade positivt på en, två eller tre av skalorna för depression, ångest och ätstörningar

Bland deltagarna i studien föll totalt 63 % (25 av 40) ut på någon av skalorna för depression, ångest eller ätstörningar. Bland dessa deltagare föll 8 % (2 av 25) ut på samtliga skalor för depression, ångest och ätstörningar. Bland deltagare som hade signifikanta symtom på depression hade även 53 % (10 av 19) signifikanta symtom på ångest, och 16 % (3 av 19) hade också signifikanta symtom på ätstörningar. Bland deltagare som hade signifikanta symtom på ångest hade även 83 % (10 av 12) signifikanta symtom på depression, och 17 % (2 av 12) hade också signifikanta symtom på ätstörningar. Bland deltagare som hade signifikanta symtom på ätstörningar hade även 43 % (3 av 7) signifikanta symtom på depression, och 29 % (2 av 7) hade också signifikanta symtom på ångest. Totalt 43 % (3 av 7) av deltagarna med symtom på ätstörningar rapporterade således även symtom på depression och/eller ångest. Dessa överlapp illustreras i Figur 4.

Figur 4

Överlapp mellan deltagare som screenade positivt på en, två eller tre av skalorna för depression (PHQ-8), ångest (GAD-7) eller ätstörningar (ChEDE-Q8)



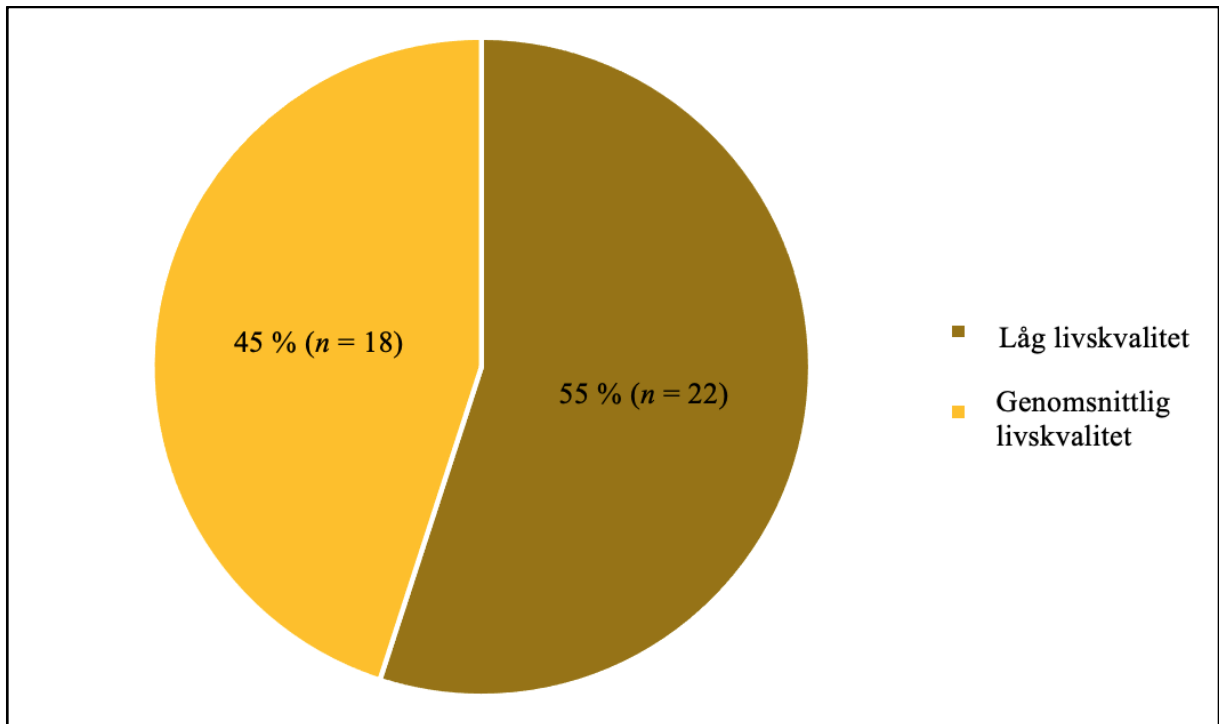
Not. PHQ-8 = Patient Health Questionnaire -8 och mäter symtom på depression. GAD-7 = Generalised Anxiety Disorder 7-item scale och mäter symtom på ångest. ChEDE-Q8 = Childhood Eating Disorder Examination Questionnaire - Short Form och mäter symtom på ätstörningar. Venndiagrammet visar hur många deltagare som fallit ut på ett, två eller tre av dessa skalor.

Andelen deltagare med låg hälsorelaterad livskvalitet

Bland deltagarna i studien rapporterade totalt 55 % (22 av 40) låg hälsorelaterad livskvalitet (Figur 5). Av samtliga flickor och pojkar var det 67 % (16 av 24) respektive 38 % (6 av 16) som rapporterade låg hälsorelaterad livskvalitet. Inga signifikanta skillnader framkom i självskattad hälsorelaterad livskvalitet mellan flickor och pojkar (Tabell 2). Bland samtliga yngre deltagare var det 46 % (6 av 13) som föll ut i screeningen. Motsvarande siffra för äldre deltagare var 59 % (16 av 27). Skattning av hälsorelaterad livskvalitet skilde sig inte signifikant mellan yngre och äldre deltagare (Tabell 3).

Figur 5

Fördelning av deltagare i hela stickprovet som uppnådde och ej uppnådde gränsen för låg hälsorelaterad livskvalitet (PedsQL)



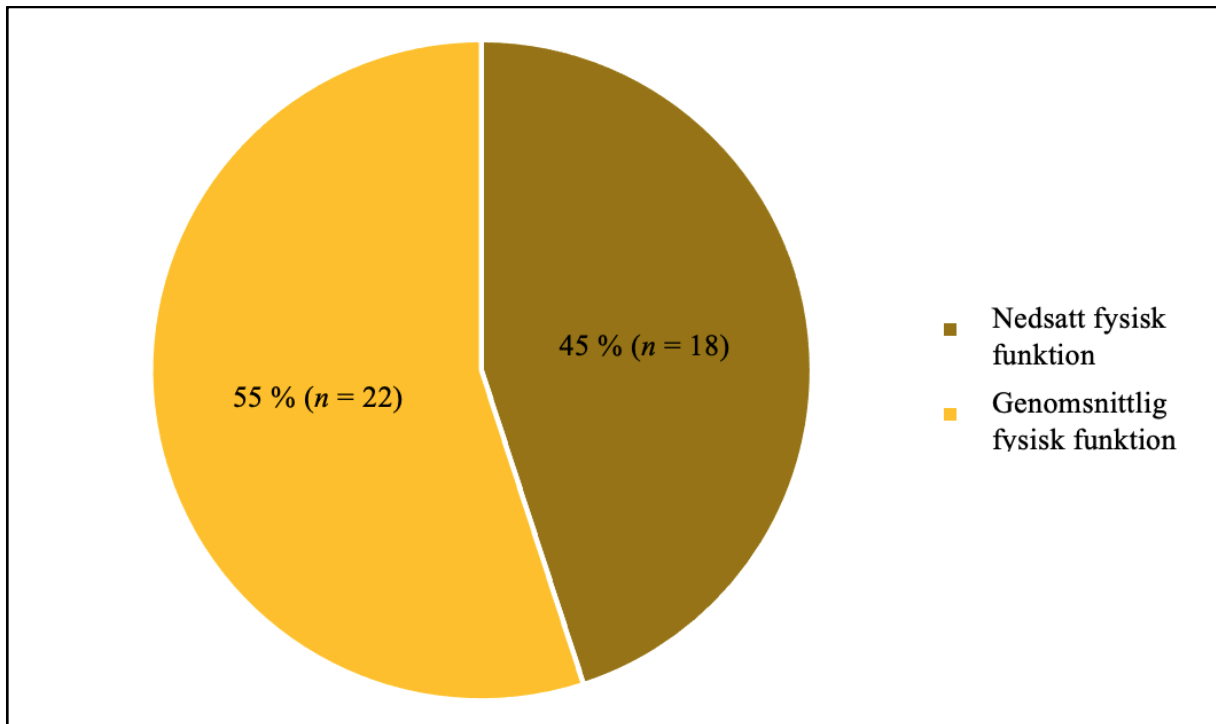
Not. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter hälsorelaterad livskvalitet. Poäng 66,03 eller lägre bedömdes som låg hälsorelaterad livskvalitet.

Andelen deltagare med nedsatt fysisk funktion

Bland deltagare i studien rapporterade totalt 45 % (18 av 40) nedsatt fysisk funktion (Figur 6). Av samtliga flickor och pojkar var det 54 % (13 av 24) respektive 38 % (6 av 16) som rapporterade nedsatt fysisk funktion. Inga signifikanta skillnader framkom i självskattad fysisk funktion mellan flickor och pojkar (Tabell 2). Bland samtliga yngre var det 31 % (4 av 13) som föll ut i screeningen. Motsvarande siffra för äldre var 52 % (14 av 27). Skattning av fysisk funktion skilde sig inte signifikant mellan yngre och äldre deltagare (Tabell 3).

Figur 6

Fördelning av deltagare i stickprovet som skattade över eller under gränsen för nedsatt funktion inom den fysiska domänen vid hälsorelaterad livskvalitet (PedsQL fysisk)



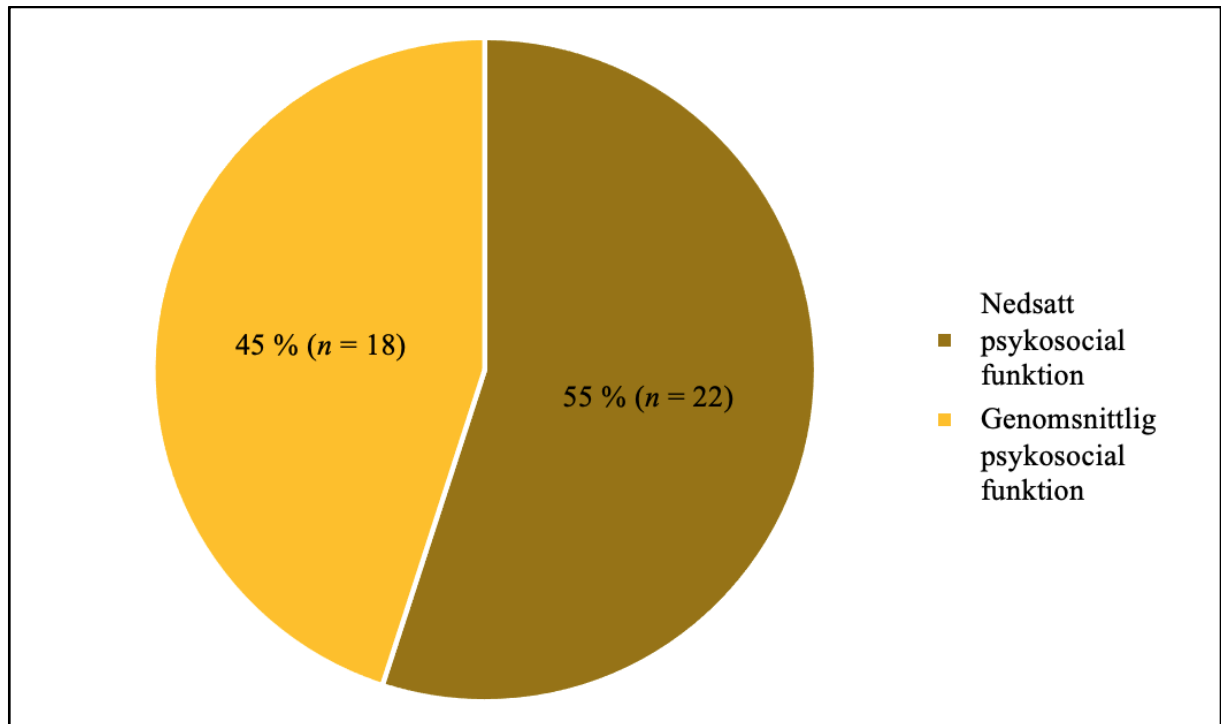
Not. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter hälsorelaterad livskvalitet. Poäng 72,98 eller lägre på skalan bedömdes som nedsatt funktion inom den fysiska domänen vid hälsorelaterad livskvalitet.

Andelen deltagare med nedsatt psykosocial funktion

Bland deltagare i studien rapporterade totalt 55 % (22 av 40) nedsatt psykosocial funktion (Figur 7). Av samtliga flickor och pojkar var det 67 % (16 av 24) respektive 38 % (6 av 16) som rapporterade nedsatt psykosocial funktion. Inga signifikanta skillnader framkom i självskattad psykosocial funktion mellan flickor och pojkar (Tabell 2). Bland samtliga yngre var det 46 % (6 av 13) som föll ut i screeningen. Motsvarande siffra för äldre var 59 % (16 av 27). Skattning av psykosocial funktion skilde sig inte signifikant mellan yngre och äldre deltagare (Tabell 3).

Figur 7

Fördelning av deltagare i hela stickprovet som uppnådde och ej uppnådde gränsen för nedsatt funktion inom den psykosociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet (PedsQL psykosocial)



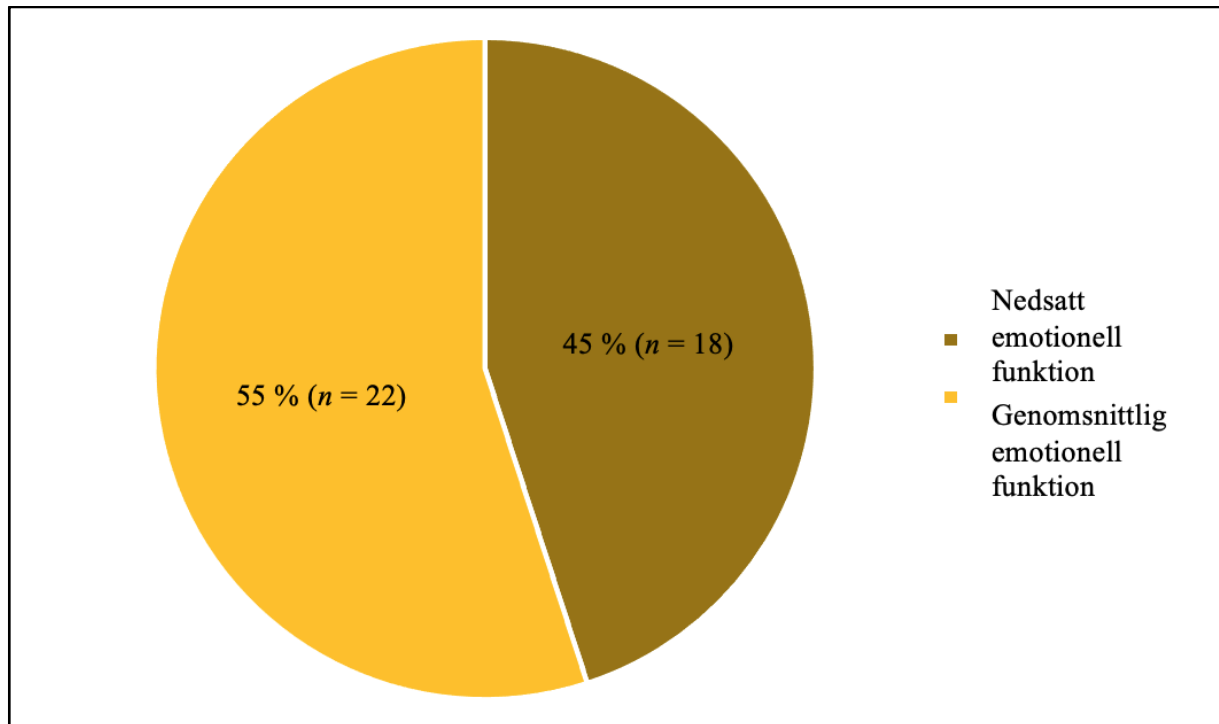
Not. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter hälsorelaterad livskvalitet. Poäng 66,03 eller lägre på skalan bedömdes som nedsatt funktion inom psykosociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet.

Andelen deltagare med nedsatt emotionell funktion

Bland deltagare i studien rapporterade totalt 45 % (18 av 40) nedsatt emotionell funktion (Figur 8). Av samtliga flickor och pojkar var det 54 % (13 av 24) respektive 31 % (5 av 16) som rapporterade nedsatt emotionell funktion. Signifikanta könsskillnader framkom i självskattad emotionell funktion, där flickorna rapporterade lägre emotionell livskvalitet än pojkarna med en medelstor effektstorlek (Tabell 2). Bland samtliga yngre deltagare var det 46 % (6 av 13) som föll ut i screeningen. Motsvarande siffra för äldre deltagare var 44 % (12 av 27). Skattning av emotionell funktion skilde sig inte signifikant mellan yngre och äldre deltagare (Tabell 3).

Figur 8

Fördelning av deltagare i hela stickprovet som uppnådde och ej uppnådde gränsen för nedsatt funktion inom emotionella domänen vid hälsorelaterad livskvalitet (PedsQL emotionell)



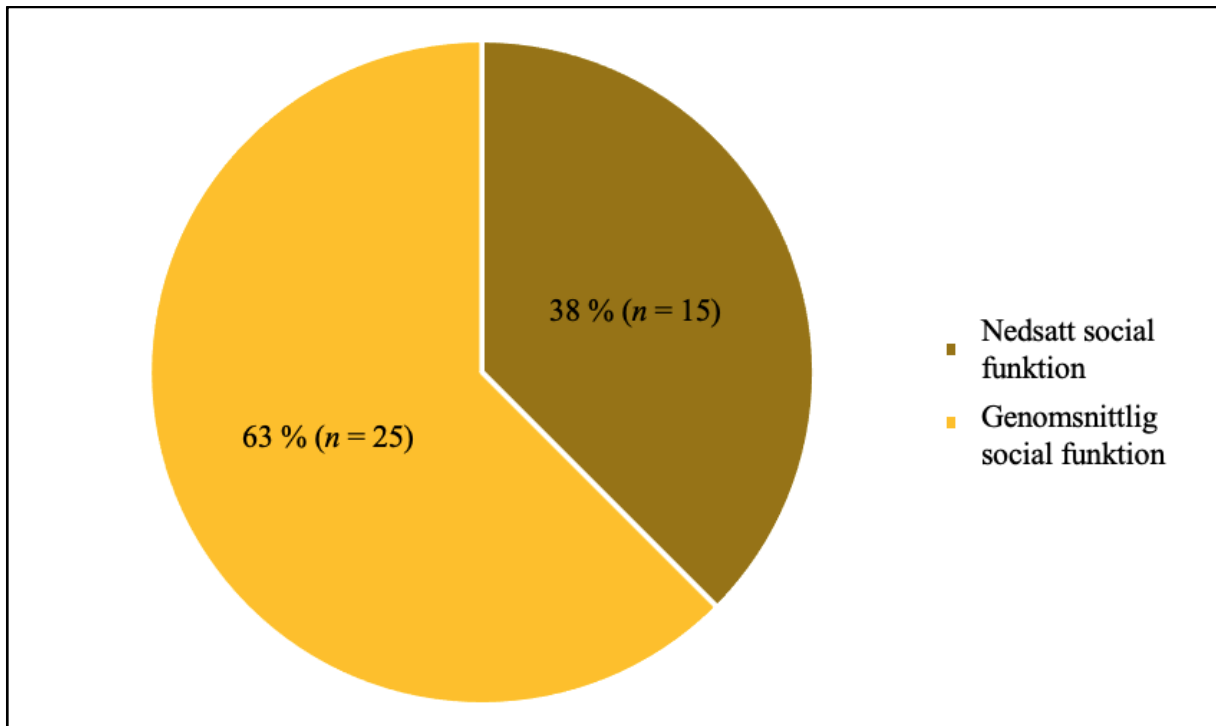
Not. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter hälsorelaterad livskvalitet. Poäng 59,57 eller lägre på skalan bedömdes som nedsatt funktion inom den *emotionella* domänen vid hälsorelaterad livskvalitet.

Andelen deltagare med nedsatt social funktion

Bland deltagarna i studien rapporterade totalt 38 % (15 av 40) nedsatt social funktion (Figur 9). Av samtliga flickor och pojkar var det 38 % (9 av 24) respektive 38 % (6 av 16) som rapporterade nedsatt social funktion. Då kriterierna gällande normalfördelning ej uppfylldes för t-test för oberoende stickprov för varken köns- eller ålderskillnader, genomfördes analyserna genom Mann Whitney's U-Test. Inga signifikanta skillnader framkom i självskattad social funktion mellan flickor och pojkar ($U = 192,50, p = 1,000$). Bland samtliga yngre deltagare var det 38 % (5 av 13) som föll ut i screeningen. Motsvarande siffra för äldre deltagare var 37 % (10 av 27). Skattning av social funktion skilde sig inte signifikant mellan yngre och äldre deltagare ($U = 194,50, p = 0,588$).

Figur 9

Fördelning av deltagare i hela stickprovet som uppnådde och ej uppnådde gränsen för nedsatt funktion inom den sociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet (PedsQL social)



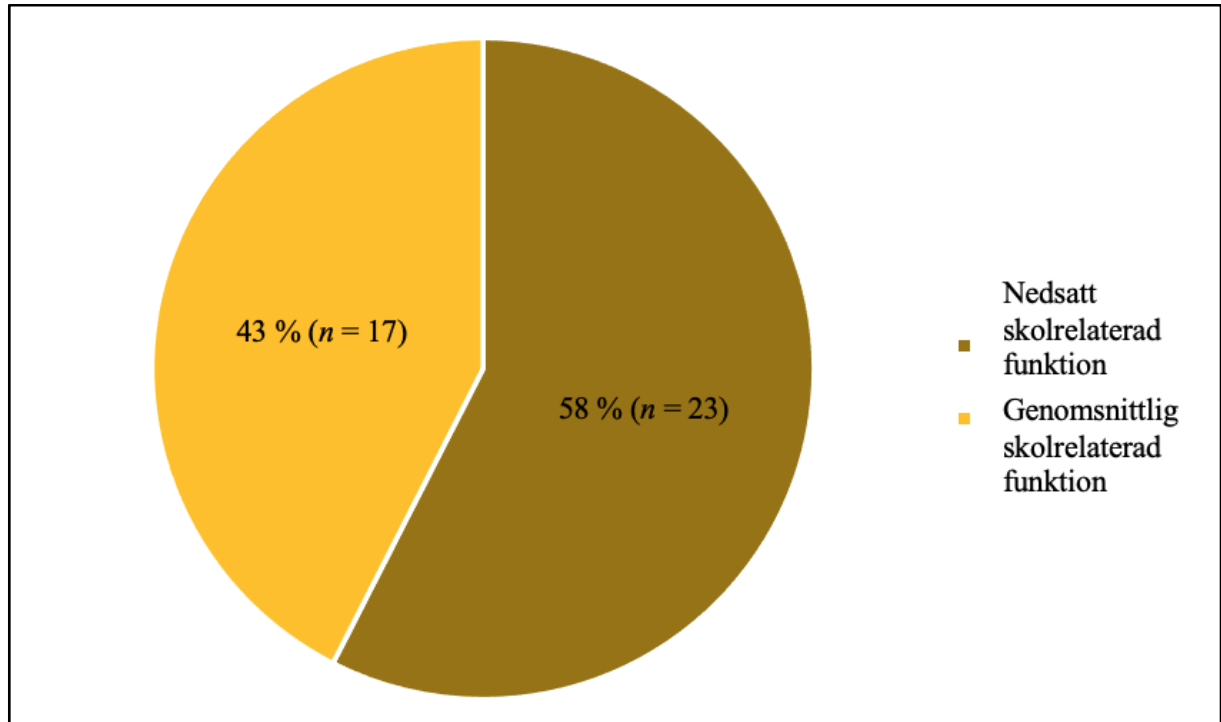
Not. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter hälsorelaterad livskvalitet. Poäng 66,61 eller lägre på skalan bedömdes som nedsatt funktion inom den sociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet.

Andelen deltagare med nedsatt skolrelaterad funktion

Bland deltagarna i studien rapporterade totalt 58 % (23 av 40) nedsatt skolrelaterad funktion (Figur 10). Av samtliga flickor och pojkar var det 71 % (17 av 24) respektive 38 % (6 av 16) som rapporterade nedsatt skolrelaterad funktion. Inga signifikanta skillnader framkom i självskattad skolrelaterad funktion mellan flickor och pojkar (Tabell 2). Bland samtliga yngre deltagare var det 46 % (6 av 13) som föll ut i screeningen. Motsvarande siffra för äldre deltagare var 63 % (17 av 27). Skattning av skolrelaterad funktion skilde sig inte signifikant mellan yngre och äldre deltagare (Tabell 3).

Figur 10

Fördelning av deltagare i hela stickprovet som uppnådde och ej uppnådde gränsen för nedsatt funktion inom den skolrelaterade domänen vid hälsorelaterad livskvalitet (PedsQL skolrelaterad)



Not. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter hälsorelaterad livskvalitet. Poäng 62,99 eller lägre på skalan bedömdes som nedsatt låg funktion inom den skolrelaterade domänen vid hälsorelaterad livskvalitet.

Korrelation mellan depression, ångest, ätstörningar och hälsorelaterad livskvalitet

Korrelationsanalyser genomfördes för att undersöka samband mellan depression, ångest, ätstörningar och den totala hälsorelaterade livskvaliteten samt de fem delskalorna av hälsorelaterad livskvalitet. Resultaten presenteras i Tabell 4.

Tabell 4*Korrelationer mellan depression, ångest, ätstörningar och låg hälsorelaterad livskvalitet*

| Variabel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|-------------------------|---|---------------|------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|
| 1. PHQ-8 | - | 0,67** | 0,29 | -0,72** | -0,64** | -0,71** | -0,73** | -0,39* | -0,63** |
| 2. GAD-7 | | - | 0,24 | -0,62* | -0,48* | -0,64** | -0,73* | -0,42* | -0,42** |
| 3. ChEDE-Q8 | | | - | -0,37* | -0,43** | -0,30 | -0,31 | -0,29 | -0,16 |
| 4. PedsQL | | | | - | 0,90** | 0,97** | 0,87** | 0,80** | 0,76** |
| 5. PedsQL fysisk | | | | | - | 0,78** | 0,70** | 0,66** | 0,58** |
| 6. PedsQL psykosocial | | | | | | - | 0,88** | 0,81** | 0,80** |
| 7. PedsQL emotionell | | | | | | | - | 0,62** | 0,56** |
| 8. PedsQL social | | | | | | | | - | 0,43** |
| 9. PedsQL skolrelaterad | | | | | | | | | - |

Not. PHQ-8 = Patient Health Questionnaire -8 och mäter symtom på *depression*. GAD-7 = Generalised Anxiety Disorder 7-item scale och mäter symtom på *ångest*. ChEDE-Q8 = Childhood Eating Disorder Examination Questionnaire - Short Form och mäter symtom på *ätstörningar*. PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 och mäter *hälsorelaterad livskvalitet*. PedsQL fysisk, PedsQL psykosocial, PedsQL emotionell, PedsQL social och PedsQL skolrelaterad representerar domänerna *fysisk*, *psykosocial*, *emotionell*, *social* respektive *skolrelaterad* funktion vid hälsorelaterad livskvalitet. Fetmarkerade korrelationskoefficienter indikerar signifikanta skillnader mellan skalorna som är av relevans för frågeställningarna. **Korrelationen är signifikant på 0,01-nivå (dubbelsidig). *Korrelationen är signifikant på 0,05-nivå (dubbelsidig).

Ur Tabell 2 framgår att det fanns ett signifikant och positivt starkt samband mellan depression och ångest. Det fanns även ett signifikant starkt negativt samband mellan depression och hälsorelaterad livskvalitet. Signifikanta och negativa starka samband fanns dessutom mellan depression och domänerna fysisk funktion, emotionell funktion, skolrelaterad funktion och psykosocial funktion vid hälsorelaterad livskvalitet. Vidare framträdde ett signifikant och negativt medelstarkt samband mellan depression och den sociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet.

Gällande ångest fanns en signifikant och stark negativ korrelation med hälsorelaterad livskvalitet. Dessutom fanns signifikanta, medelstarka och negativa samband mellan ångest och domänerna fysisk funktion, social funktion och skolrelaterad funktion vid hälsorelaterad livskvalitet. Även signifikanta, starka och negativa korrelationer förekom mellan ångest och domänerna emotionell funktion och psykosocial funktion vid hälsorelaterad livskvalitet.

Beträffande ätstörningar förelåg signifikanta och medelstarka negativa samband med hälsorelaterad livskvalitet och domänen fysisk funktion vid hälsorelaterad livskvalitet. Ätstörningar korrelerade inte signifikant med varken depression, ångest eller domänerna psykosocial funktion, emotionell funktion, social funktion och skolrelaterad funktion vid hälsorelaterad livskvalitet.

Andelen deltagare som uppgav att de blev retade av jämnåriga

Bland deltagarna i studien rapporterade totalt 20 % (8 av 40) att de blev retade av jämnåriga. Bland dessa angav 88 % ($n = 7$) att de blev retade ibland och 13 % ($n = 1$) blev retade ofta. Av samtliga flickor och pojkar var det 17 % (4 av 24) respektive 25 % (4 av 16) som föll ut avseende att de blev retade av jämnåriga. Bland samtliga yngre deltagare var det 23 % (3 av 13) som föll ut i screening. Motsvarande siffra för äldre deltagare var 19 % (5 av 27).

Skillnader mellan de som föll ut och inte föll ut på frågan avseende att bli retad av jämnåriga på symtom av depression, ångest och ätstörningar

Inga signifikanta skillnader framträdde gällande depression ($t(38) = 0,715$, $p = 0,479$, $d = 0,28$). Då kriterierna gällande normalfördelning ej uppfylldes för t-test för oberoende stickprov, genomfördes analyserna genom Mann Whitney's U-Test för variabeln ångest och ätstörningar. Det förelåg inga signifikanta skillnader avseende ångest ($U = 96,50$, $p = 0,293$). Däremot framträdde signifikanta skillnader avseende ätstörningar ($U = 64,00$, $p = 0,030$). De som föll ut på att bli retade av jämnåriga tenderade alltså att skatta högre på ätstörningssymtom ($Median = 3,88$) än de som inte föll ut ($Median = 2,88$).

Diskussion

Denna studie syftade till att öka kunskapen om hur stor andel av de barn och ungdomar (11–18 år) som går i behandling för obesitas som faller ut i screening av depression, ångest, ätstörningar och låg hälsorelaterad livskvalitet. Ytterligare ett syfte var att undersöka hur dessa bekymmer samvarierar med varandra. Denna studie syftade också till att undersöka om ålders- och könsskillnader föreligger på någon av skalorna. Dessutom ville vi undersöka hur många av barnen och ungdomarna som rapporterade erfarenhet av mobbning, och om de som blivit utsatta skiljer sig från övriga avseende symtom på depression, ångest och ätstörningar.

Utöver forskning och teori om barn och ungdomars utveckling användes the dual pathway model of eating disorders (Stice & Van Ryzin, 2019) i en reviderad version av Jebeile et al. (2021) för förståelsen av resultatet och dess implikationer. Denna modell beskriver hur smalhetsidealet och viktstigmatisering påverkar utveckling av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar med obesitas. Ytterligare användes the interpersonal model of loss of control eating (Elliot et al., 2010), vilket beskriver hur mobbning och utanförskap leder till utveckling av LOC.

Andelen barn och ungdomar (11–18 år) med obesitas som faller ut på screening för ångest, depression och ätstörningar och som har en påverkad hälsorelaterad livskvalitet

Bland alla deltagare i studien rapporterade nästan hälften (48 %), nästan en tredjedel (30 %) och nästan en femtedel (18 %) kliniskt signifikanta symtom på depression, ångest respektive

ätstörningar. Våra resultat är således högre än tidigare rapporteringar från studier i denna population avseende depression (10,4 %; Sutaria et al., 2019) och ätstörningar (8,2 %; Eddy et al., 2007). Beträffande symtom på ångest var dock våra resultat mer samstämmiga med rapporteringar från Fox et al. (2016) där 32 % av deltagarna rapporterade problem med ångest. Därtill är våra resultat för samtliga skalor högre än vad som har rapporterats i den allmänna befolkningen för depression (8 %; Shorey et al., 2022), ångest (15–20 %; Beesdo et al., 2009) samt BN (0,9 %) respektive BED (1,6 %; Swanson et al., 2011).

Att inte lika många barn och ungdomar faller ut på skalan för ätstörningar jämfört med depression och ångest, kan bero på att denna problematik inte är lika vanlig (Decaluwé & Braet, 2003). Mer vanligt förekommande i denna population är tillfällena av hetsätning eller LOC (Kalarchian & Marcus, 2012), varför fler barn och ungdomar möjligtvis hade fallit ut om vi i stället hade använt formulär som mäter dessa ätrelaterade problem.

Drygt hälften (55 %) av alla barn och ungdomar som screenade positivt för depression rapporterade samtidigt förhöjda symtom på ångest och drygt fyra femtedelar (83 %) av alla barn och ungdomar som screenade positivt för ångest gjorde det också för depression. Nämnvärt är dessutom att drygt två femtedelar (43 %) av alla deltagare som rapporterade påtagliga symtom på ätstörningar även föll ut i screening för depression och/eller ångest.

Detta resultat är inte förvånande, eftersom såväl tidigare forskning som the dual pathway model of eating disorders (Jebeile et al., 2021; Stice & Van Ryzin, 2019) tar upp flertalet gemensamma faktorer som påverkar såväl utvecklingen av ätstörningar som depression och ångest bland barn och ungdomar. Exempel på sådana faktorer är viktstigmatisering, kroppsmisshälsa, låg självkänsla och negativa affekter (Goldfield et al., 2010; Gray et al., 2004; Griffiths et al., 2010; Jebeile et al., 2021; Kerig et al., 2012; Libbey et al., 2008; Madowitz et al., 2012; McCormack et al., 2011; Puhl & King, 2013; Ricciardelli & McCabe, 2004; Stice & Van Ryzin, 2019). Depression och ångest har dessutom i studier visat sig kunna predicera utveckling av ätstörningar bland flickor, medan ångest är en vanlig prediktor för utveckling av ätstörningar bland pojkar (Russo et al., 2011). Således är det möjligt att de barn och ungdomar som i vårt stickprov har förhöjda symtom på depression och ångest senare skulle kunna utveckla ätstörningar. Särskilt med tanke på att tidigare forskning har påvisat att det är vanligt att denna problematik utvecklas i sena tonår eller tidiga vuxenår (Råstam, 2015; Smink et al., 2014).

Drygt hälften (55 %) av deltagarna i studien rapporterade låg hälsorelaterad livskvalitet, varav 45 %, 55 %, 45 %, 38 % och 58 % rapporterade nedsatt fysisk, psykosocial, emotionell, social respektive skolrelaterad funktion. Dessa siffror är relativt överensstämmande eller något högre än vad som rapporterades av Schwimmer et al. (2003) för hälsorelaterad livskvalitet (49

%) samt fysisk (41 %), psykosocial (50 %) och emotionell funktion (46 %) bland barn och unga med obesitas. Motsvarande rapporteringar för social funktion var i vårt stickprov lägre, medan det för skolrelaterad funktion var högre än rapporteringar av Schwimmer et al. (2003; 46 % respektive 39 %). Dessutom rapporterades en högre andel negativt påverkad hälsorelaterad livskvalitet i vår studie jämfört med vad Cui et al. (2014) rapporterade för normalviktiga barn och ungdomar i 12–17 års ålder (5 %). Således stämmer våra resultat överens med tidigare rapporteringar om att låg hälsorelaterad livskvalitet är vanligt bland barn och ungdomar med obesitas (t.ex. Felix et al., 2020; Stephenson et al., 2021).

Skolrelaterad funktion var den funktion som var påverkad hos flest deltagare i vårt stickprov (58 %). Denna domän innehåller flera påståenden som är i linje med symtom på neuropsykiatriska tillstånd som ADHD, exempelvis upplevd koncentrationsförmåga, minnesförmåga och förmåga att följa med i skolarbete (Varni et al., 2003). Forskning har dessutom funnit att barn och vuxna med obesitas oftare har ADHD i jämförelse med normalviktiga, och detta har lett till att forskare har föreslagit att screening för neuropsykiatri bör utföras i samband med obesitasbehandling (Cortese et al., 2016). Våra resultat pekar således åt samma håll, det vill säga att barn och ungdomar med obesitas också bör genomgå en neuropsykiatrisk screening och att detta möjligen kan vara minst lika påkallat som att screena för mer generell psykisk ohälsa. Ytterligare skulle den påtagligt påverkade skolrelaterade funktionen i vårt stickprov kunna vara relaterad till den höga frekvensen rapporterade förhöjda symtom på depression, då tidigare forskning har funnit att depression kan resultera i försämrade skolprestationer (Olsson, 2015).

Trots att de gränsvärden som användes för hälsorelaterad livskvalitet i denna studie är noggrant framtagna (Varni et al., 2003) kan de vida gränssättningarna (en standardavvikelse från medelvärdet) ha bidragit till att fler deltagare föll ut på en påverkad livskvalitet jämfört med skalorna för depression, ångest och ätstörningar. Dock visade våra resultat att drygt tre femtedelar (63 %) av alla deltagare i stickprovet föll ut på någon av skalorna för depression, ångest eller ätstörningar, vilket är fler deltagare än de som rapporterade en låg hälsorelaterad livskvalitet (55 %). Detta tyder eventuellt på att screeningformuläret för hälsorelaterad livskvalitet (PedsQL) screenar för generellt och således inte fångar upp specifik psykisk ohälsa i tillräckligt stor utsträckning. Detta diskuterar vi dock vidare under nästa rubrik.

Sammanfattningsvis tyder resultaten på att förhöjda symtom på depression, ångest, ätstörningar och låg hälsorelaterad livskvalitet är vanligt bland barn och ungdomar i 11–18 års ålder som behandlas för obesitas. Dessutom indikerar våra resultat att symtom på depression, ångest och ätstörningar ofta samexisterar. Dock behövs mer kunskap om hur många av dessa

barn och ungdomar som redan är identifierade och erhåller behandling i andra verksamheter och hur många som hade varit okända utan denna screening.

Hur samvarierar de olika måtten med varandra?

Våra resultat från korrelationsanalysen visade att det finns ett signifikant positivt starkt samband mellan skattad depression och ångest. Detta kan tolkas som att de deltagare som har bekymmer med depression tenderar att även ha bekymmer med ångest, och vice versa. Detta stämmer också överens med tidigare fynd av sådana samband (Axelson & Birmahers, 2001). Såväl skattad depression som ångest hade dessutom negativa medelstarka till starka samband med hälsorelaterad livskvalitet, inklusive dess domäner. Detta tyder sammantaget på att de deltagare som screenar positivt för depression och/eller ångest även tenderar att skatta en låg hälsorelaterad livskvalitet och/eller låg funktion inom den fysiska, psykosociala, emotionella, sociala och/eller skolrelaterade domänen. Vi kan således konstatera att barn och ungdomar med obesitas som rapporterar depression och/eller ångest också har en försämrad livskvalitet, och vice versa.

Däremot visade vår korrelationsanalys att ätstörningar endast hade ett signifikant negativt medelstarkt samband med deltagarnas skattning på hälsorelaterad livskvalitet och deras skattning på fysisk domän vid hälsorelaterad livskvalitet. De som föll ut i screening av ätstörningar hade således en tendens att skatta låg hälsorelaterad livskvalitet och fysisk funktion. Dock fanns det inget signifikant samband mellan skattade ätstörningssymtom och skattade symtom på depression, ångest eller de övriga domänerna vid hälsorelaterad livskvalitet.

Ätstörningar skadar kroppen (1177 Vårdguiden, 2020c) och fysiska problem som kännetecknar BN är exempelvis blodbrist, magont och hjärtpåverkan. BED karaktäriseras dessutom av oregelbundna matvanor som medför trötthet och orkeslöshet vilket resulterar i minskad fysisk aktivitet (1177 Vårdguiden, 2020b). Dessa är symtom som i förlängningen även bör medföra nedsatt emotionell, social och skolrelaterad funktion, även om tillräckligt stora samband inte kunde ses i vårt stickprov. Således är det rimligt att denna skala har ett signifikant samband med den totala hälsorelaterade livskvaliteten, men framför allt fysisk funktion vid hälsorelaterad livskvalitet.

Våra resultat tyder på att screening av hälsorelaterad livskvalitet, som idag används i vården av barn och unga med obesitas, har en chans att också fånga upp de individer som har depression och ångest. Att med hjälp av denna screening fånga upp de individer som har förhöjda symtom på ätstörningar verkar dock inte lika sannolikt. Återigen hade skattade symtom på hetsätning och LOC möjligtvis haft ett starkare samband med såväl depression och

ångest som emotionell, social och skolrelaterad funktion vid hälsorelaterad livskvalitet. Dock behövs studier med större stickprov för att kunna dra säkra slutsatser kring dessa samband.

Könsskillnader avseende depression, ångest, ätstörningar och påverkad hälsorelaterad livskvalitet bland barn och ungdomar med obesitas

I vårt stickprov rapporterade drygt hälften (54 %) av flickorna och ungefär två femtedelar (38 %) av pojkarna förhöjda symtom på depression. Därtill rapporterade drygt en tredjedel (33 %) och en fjärdedel (25 %) av samtliga flickor respektive pojkar förhöjda symtom på ångest. Dessa resultat är högre än vad som tidigare rapporterats bland flickor och pojkar med obesitas för depression (7,5 % respektive 4,5 %) och ångest (8,8 % respektive 6,1 %; Lindberg et al., 2020). Våra resultat för depression är dessutom högre än prevalenser för flickor och pojkar rapporterade av Shorey et al. (2022; 32 % respektive 24 %) såväl som Juul et al. (2021; 12,2 % respektive 6,1 %) i den allmänna befolkningen. Däremot är våra resultat för ångest lägre än vad som har rapporterats för flickor och pojkar (56,2 % respektive 31,3 %) i den allmänna befolkningen (Parodi et al., 2022).

I vårt stickprov rapporterade drygt en sjättedel (17 %) av flickorna och nästan en femtedel (19 %) av pojkarna förhöjda symtom på ätstörningar. För flickor stämmer dessa resultat väl överens med rapporteringar av prevalensen för BN bland flickor med obesitas (16,9 %), medan våra resultat är mer än dubbelt så högt som den motsvarande rapporteringen för pojkar (8,1 %; Flament et al., 2015). Dock är våra resultat något lägre än den rapporterade prevalensen för BED bland flickor med obesitas (28,6 %), men något högre än motsvarande rapportering bland pojkar (13,2 %; Chamay-Weber et al., 2017). Båda resultaten är emellertid högre än vad som har rapporterats för flickor respektive pojkar för BN (0,8 % respektive 0,1 %) och för BED (2,3 % respektive 0,7 %; Smink et al., 2014) i den allmänna befolkningen. Nämnvärt är att våra siffror var lägre än resultat för flickor och pojkar avseende måttliga (54,4 % respektive 45,4 %) och allvarliga (35 % respektive 38,8 %) symtom på hetsätning i den allmänna befolkningen. Detta gäller också för hetsätning och LOC bland barn och ungdomar med obesitas (28,5 % respektive 24 %; He et al., 2017). Detta kan potentiellt ge stöd för att dessa ätrelaterade problem förmodligen är vanligare än diagnostiserade ätstörningar i denna population (Kalarchian & Marcus, 2012). Dock framkom inga signifikanta könsskillnader avseende symtom på depression, ångest och ätstörningar i denna studie.

Flertalet studier har visat att flickor i större utsträckning rapporterar förhöjda symtom på depression och ångest i såväl den allmänna befolkningen (Dekker et al., 2007; Gillberg, 2015) som bland barn och ungdomar med obesitas (Anderson et al., 2007; Marmorstein et al., 2014;

Sutaria et al., 2019). Våra resultat tyder på att depressions- och ångestproblematik är lika vanliga för såväl pojkar som flickor med obesitas, vilket talar mot fynd i tidigare forskning.

Det finns könsskillnader i hur depression tar sig uttryck (Olsson, 2015). Ett kärnsymtom vid depression är nedstämdhet, vilket innefattar känslor av ledsamhet, tomhet och hopplöshet (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013). Dock ger deprimerade pojkar i stället ofta uttryck för irritabilitet (Olsson, 2015). Föreställningen att depression främst tar sig uttryck i form av nedstämdhet skulle således kunna leda till att deprimerade pojkar mer sällan fångas upp i vården. Ångest är dessutom en vanlig samsjuklighet vid depression hos barn och ungdomar (Kerig et al., 2012) och dessa tillstånd kan dessutom enligt Fox et al. (2016) fungera som drivkraft för ungdomar att söka vård för obesitas. Således tyder våra resultat på att screeningformulär för depression och ångest bidrar till identifieringen av tillstånden hos pojkar som kommer till vården i samma utsträckning som hos flickor.

Ytterligare har flertalet studier visat att flickor i större utsträckning har rapporterat förhöjda symtom på ätstörningar (såsom BN och BED; Smink et al., 2014). Resultat för könsskillnader avseende ätstörningar och ätstörda beteenden bland barn och ungdomar med obesitas ter sig dock vara tvetydiga. Å ena sidan fann Decaluwé och Braet (2003) att hetsätning var vanligare bland flickor med obesitas. Å andra sidan visade He et al. (2017) att det förelåg ingen eller en liten skillnad beträffande prevalensen av hetsätning eller LOC bland flickor och pojkar med övervikt och obesitas.

I linje med resultaten från He et al. (2017) visar våra resultat inga signifikanta könsskillnader beträffande symtom på ätstörningar. Dessutom verkar såväl pojkar som flickor vara påverkade av samhällets kroppsideal, där det för flickor är kopplat till pressen att vara smal (Kerig et al., 2012), medan det för pojkar handlar om pressen att gå upp i vikt och muskelmassa (Ricciardelli & McCabe, 2004). Därtill verkar detta påverka utvecklingen av ätstörda beteenden hos båda könen (Kerig et al., 2012; Ricciardelli & McCabe, 2004). Vidare vet vi att barn med övervikt, oavsett kön, är i riskzonen för att bli utsatta för kränkningar som på sikt kan leda till ätstörda beteenden (t.ex. Libbey et al., 2008), vilket i sin tur kan leda till debut av ätstörningar (Jebeile et al., 2021). Således skulle vi kunna anta att specifik screening för ätstörningar gynnar identifieringen av pojkar med dessa problem i samma utsträckning som flickor.

Av samtliga flickor respektive pojkar var det drygt två tredjedelar (67 %) och nästan två femtedelar (38 %) som rapporterade låg hälsorelaterad livskvalitet. Dessa siffror är betydligt högre än vad som rapporteras av Cui et al. (2014) bland flickor (20 %) respektive pojkar (19 %) med obesitas, men även för flickor (5 %) och pojkar (6 %) i den allmänna befolkningen. Inga signifikanta könsskillnader framkom avseende hälsorelaterad livskvalitet samt fysisk,

social eller skolrelaterad funktion vid hälsorelaterad livskvalitet i vårt stickprov. En signifikant könsskillnad påträffades dock för emotionell funktion vid hälsorelaterad livskvalitet.

Flertalet studier har visat att flickor oftare har rapporterat låg hälsorelaterad livskvalitet såväl i den allmänna befolkningen (Meyer et al., 2016; van Muilekom et al., 2021) som bland barn och ungdomar med obesitas (Cui et al., 2014; Dalton et al., 2015; Helseth et al., 2015; Peterson et al., 2014). Våra resultat tyder på att den hälsorelaterade livskvaliteten, inklusive fysisk, psykosocial, social och skolrelaterad funktion, är lika negativt påverkade hos såväl flickor som pojkar med obesitas.

Dock visade våra resultat att flickorna rapporterade signifikant lägre emotionell funktion vid hälsorelaterad livskvalitet jämfört med pojkarna. Denna skala hade dessutom en stor effektstorlek ($d = -0,73$). Med tanke på att emotionell funktion vid hälsorelaterad livskvalitet innefattar känslor av rädsla, ledsenhet, ilska och oro samt eventuella sömnproblem (Varni et al., 2003), är det möjligt att denna skala fungerar väl för att fånga upp könsskillnader mellan internaliserade problem, vilket enligt Chaplin och Aldo (2013) är vanligare bland flickor än pojkar. Internaliserade problem innefattar även symtom på depression, ångest och ätstörningar (Kerig et al., 2012) som i studier visat sig vara vanligare bland flickor än pojkar (Anderson et al., 2007; Chamay-Weber et al., 2017; Decaluwé & Braet, 2003; Dekker et al., 2007; Flament et al., 2015; Gillberg, 2015; Marmorstein et al., 2014; Smink et al., 2014; Sutaria et al., 2019). Således är det möjligt att denna dimension mer representativt fångar upp könsskillnader även för dessa tillstånd i vårt stickprov.

Sammantaget tyder våra resultat på att såväl flickor som pojkar med obesitas har lika stora problem med psykisk ohälsa. Flickor verkar dock i större utsträckning lida av internaliserade problem. Effektstorlekarna för depression, ätstörningar, hälsorelaterad livskvalitet och fysisk, psykosocial och skolrelaterad domän vid hälsorelaterad livskvalitet var medelstora ($d > 0,50$), varför vi kan anta att en könsskillnad för dessa skalor hade kunnat identifierats med ett större stickprov. Eftersom Mann-Whitney U-Test inte tillgodoser en effektstorlek (Pallant, 2020) för ångestskalan eller den sociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet kan vi inte uttala oss om vi med hjälp av ett större stickprov eventuellt hade upptäckt en skillnad för dessa skalor.

Skillnader avseende depression, ångest, ätstörningar och påverkad hälsorelaterad livskvalitet mellan yngre (11–14 år) och äldre (15–18 år) barn och ungdomar med obesitas

I vårt stickprov rapporterade nästan två femtedelar (38 %) av de yngre (11–14 år) och drygt hälften (52 %) av de äldre (15–18 år) deltagarna förhöjda symtom på depression. Därtill rapporterade nästan två femtedelar (38 %) av de yngre och drygt en fjärdedel (26 %) av de äldre

förhöjda symtom på ångest. Våra resultat för depression och ångest är således högre än tidigare rapporterade prevalenser för yngre (7–11 år; 29,9 % respektive 29,9 %; Sheinbein et al., 2019) barn och ungdomar med obesitas. För äldre deltagare är våra resultat för depression också högre än tidigare rapporteringar bland äldre (12–18 år) barn och ungdomar med obesitas (34 %; Fox et al., 2016). Däremot är motsvarande resultat för ångest bland de äldre deltagarna lägre än tidigare rapporteringar (32 %; Fox et al., 2016). Våra resultat är däremot betydligt högre än vad WHO (2021a) rapporterar för depression och ångest bland barn och ungdomar i 10–14 års ålder (1,1 % respektive 2,8 %) samt ungdomar i 15–19 års ålder (3,6 % respektive 4,6 %) i den allmänna befolkningen. Dock förekom inga signifikanta ålderskillnader avseende symtom på depression och ångest i våra resultat.

Enligt vår kännedom finns det få studier som undersökt prevalenser för ätstörningar med en tydlig uppdelning mellan yngre och äldre barn och ungdomar med obesitas, varför vi i denna studie endast jämför med prevalenser från den allmänna befolkningen. Det var 23 % yngre och 15 % äldre barn och ungdomar som rapporterade förhöjda symtom på ätstörningar i vårt stickprov. Murray et al. (2022) fann att prevalensen för BN var obefintlig och för BED 1,1 % bland barn i 10–11 års ålder, och Swanson et al. (2011) fann att livstidsprevalensen för BN var 0,9 % och för BED 1,6 % bland ungdomar i 13–18 års ålder. Även om dessa ålderskategorier inte överensstämmer med vår indelning ser vi att våra resultat är betydligt högre än vad som rapporterats i den allmänna befolkningen. Dock förekom inga signifikanta skillnader mellan yngre (11–14 år) och äldre (15–18 år) deltagare avseende ätstörningar i vårt stickprov.

Flertalet studier påvisar att depression (Avenevoli et al., 2015; Hankin et al., 1998; Olsson, 2015; WHO, 2021a), ångest (Gillberg, 2015; WHO, 2021a) och ätstörningar såsom BN och BED (Råstam, 2015; Smink et al., 2014) är vanligare bland äldre än yngre barn och ungdomar. Likväl visar forskning att äldre ungdomar, till skillnad från yngre barn, med obesitas hade en ökad risk att lida av depression och ångest (Lindberg et al., 2020) samt ätstörda beteenden såsom hetsätning (Tanofsky-Kraff et al., 2011). Eftersom våra resultat inte gav några signifikanta ålderskillnader på någon av screeningformulären, är således en möjlig tolkning att problem med depression, ångest och ätstörningar är lika vanligt bland barn och ungdomar mellan 11–18 års ålder i vår målgrupp.

Möjligen har de flesta barn och ungdomar i vårt stickprov börjat genomgå den utveckling som enligt tidigare forskning är av betydelse för psykisk ohälsa. Puberteten nämns av flera som en sådan sårbar tidpunkt (Kerig et al., 2012; Olsson, 2015). Debut för puberteten sker ofta någon gång mellan 8–14 års ålder (1177 Vårdguiden, 2022b), varför de flesta av deltagarna i detta stickprov förmodligen har börjat genomgå denna utveckling. Förändringar i hormoner och

hjärnan medför en kognitiv och emotionell förmåga att tänka mer abstrakt och predicera framtida hot samt att uppleva stor sorg och att upprätthålla denna känsla över tid. Dessutom sker det snabba fysiska förändringar i kroppen under denna period, vilket i kombination med ökad social känslighet kan leda till upptagenhet av vikt och ätande (Kerig et al., 2012). Denna upptagenhet blir rimligtvis ännu mer påtaglig när en dessutom blir stigmatiserad för sin övervikt. Sammantaget går det att anta att samtliga deltagare i stickprovet är i en kritisk period för att utveckla depression, ångest och ätstörningar.

Ytterligare var det 46 % yngre och 59 % äldre deltagare som rapporterade låg hälsorelaterad livskvalitet i vårt stickprov. Dessa siffror är betydligt högre än prevalenser som har rapporterats för barn i 8–12 års ålder med normalvikt (6,9 %) och obesitas (17,5 %; Khairy et al., 2016). Dessutom är de högre än prevalenser som har rapporterats för ungdomar i 12–17 års ålder med normalvikt (5 %) och obesitas (18 %; Cui et al., 2014). Även om dessa ålderskategorier inte är desamma som våra, är resultaten överensstämmande med rapporteringar om att hälsorelaterad livskvalitet är klart påverkad hos såväl barn som ungdomar med obesitas (t.ex. Felix et al., 2020). I resultaten framkom inte heller några signifikanta skillnader mellan yngre (11–14 år) och äldre (15–18 år) barn och ungdomar avseende hälsorelaterad livskvalitet och dess domäner.

Studier där forskare har undersökt åldersskillnader avseende hälsorelaterad livskvalitet bland barn och ungdomar med obesitas har inte visat samstämmiga resultat (Tsiros et al., 2009). Meyer et al. (2016) konstaterade att hälsorelaterad livskvalitet i den generella populationen tenderade att minska med ökad ålder, framför allt under tonåren. Däremot fann van Muilekom et al. (2021) att yngre patienter inom pediatriken tenderade att ha en lägre hälsorelaterad livskvalitet än äldre. Som helhet kan våra resultat anses stämma överens med den tvetydighet som förekommit i tidigare forskning.

Sammantaget tyder våra resultat på att barn och ungdomar i 11–18 års ålder med obesitas har lika stora problem med psykisk ohälsa. Dessutom var effektstorlekarna som framkom i våra oberoende t-test endast små ($d < 0,50$) eller obefintliga ($d < 0,20$) för majoriteten av skalorna (d.v.s. alla förutom sociala domäner vid hälsorelaterad livskvalitet). Vi kan således anta att vi även med ett större stickprov inte hade identifierat några skillnader mellan barn och ungdomar i 11–14 respektive 15–18 års ålder med obesitas av klinisk relevans.

Andelen barn och ungdomar (11–18 år) med obesitas som faller ut på frågan om att bli retad av jämnåriga inom den sociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet

I vår studie rapporterade en femtedel (20 %) att de blev retade av jämnåriga. Denna siffra ligger ungefär i mitten av prevalensomfånget 5,5–49,7 % som Cheng et al. (2022) har angivit

för mobbning bland barn och ungdomar med obesitas. Våra resultat tyder således på att viktrelaterad mobbning är vanligt bland barn och ungdomar med obesitas. Detta är dessutom troligt eftersom forskning har funnit att barn och ungdomar med obesitas i större utsträckning blir mobbade (WHO, 2018) eller retade för sin vikt jämfört med normalviktiga barn och ungdomar (Cheng et al., 2022; Goldfield et al., 2010; McCormack et al., 2011).

Av samtliga flickor och pojkar i vår studie var det 17 % respektive 25 % som föll ut på frågan om att bli retad av jämnåriga. I en metaanalys av Cheng et al. (2022) var prevalensen för flickor mellan 11,7 % och 49,7 %, medan prevalensen för pojkarna var mellan 5,5 % och 35 %. Flertalet studier i metaanalysen visade därmed på att flickor med obesitas tenderade att bli utsatta för mobbning, medan våra resultat pekar på att pojkar i minst lika stor utsträckning blir retade av jämnåriga.

Slutligen visade våra resultat att 23 % av de yngre deltagarna och 19 % av de äldre deltagarna rapporterade att de blev retade av jämnåriga. Carey et al. (2018) visade att äldre tonåringar med obesitas hade en signifikant mindre risk för att bli utsatta för mobbning än yngre tonåringar. Forskarna fann också att de yngre tenderade att uppfatta sig själva som överviktiga i större utsträckning än de äldre, vilket ökade risken för att bli utsatt för mobbning. Våra resultat är således i linje med tidigare forskning, då en större andel av de yngre deltagarna blev retade av jämnåriga jämfört med de äldre deltagarna.

Vi har dock inte undersökt huruvida dessa köns- och ålderskillnader är signifikanta för denna grupp, varför vi inte heller kan uttala oss om detta. Vi kan därför endast dra slutsatser om frekvenser i vårt stickprov. Vi har däremot undersökt om dessa barn och ungdomar skiljer sig signifikant från övriga avseende symtom på depression, ångest och ätstörningar.

Skillnader avseende depression, ångest och ätstörningar mellan de som faller ut och inte faller ut på fråga om att bli retad av jämnåriga

Resultaten visade inga signifikanta skillnader mellan de barn och ungdomar som angav att de blev retade av jämnåriga och övriga deltagare avseende skalorna för depression och ångest. Däremot visade våra resultat att utsatta barn och ungdomar skilde sig signifikant från övriga deltagare avseende förhöjda symtom på ätstörningar.

Enligt the dual pathway model of eating disorders (Jebeile et al., 2021; Stice & Van Ryzin, 2019) kan uppfattad press att vara smal och/eller internalisering av smalhetsidealet predicera kroppsmisshälsa, vilket i sin tur predicerar debut av restriktiva ätbeteenden och/eller negativa affekter som kan leda till debut av ätstörningar. För personer med obesitas härstammar denna press och internalisering bland annat från att bli viktstigmatiserad och retad för sin vikt. Detta leder till ätstörningsrelaterade beteenden (såsom restriktivt ätande och kompensation).

Även the interpersonal model of loss of control eating (Elliot et al., 2010) visar hur sociala problem med utanförskap och retande kan resultera i negativa affekter som i sin tur kan leda till LOC. Utifrån dessa modeller är det därför förklarligt varför barn och ungdomar i vårt stickprov som anger att de blir retade av jämnåriga även tenderar att skatta högre symtom på ätstörningar.

Ytterligare har forskning funnit att andras åsikter påverkar äldre barns självförtroende, varför ungdomars kroppsuppfattning ofta centreras kring attraktivitet, popularitet och framgång (Kerig et al., 2012). Ett barn eller en ungdom som är mindre framgångsrik i sina sociala relationer bör således kunna få en påtagligt påverkad självbild. Dessutom har Feeg et al. (2014) påvisat att ett ökat BMI kan framkalla att andra retar barnet, och att bli retad kan leda till att barnet går upp i vikt till följd av användning av maladaptiva hanteringsstrategier. Emotionellt ätande kan således, såsom Fox et al. (2016) och Goossens et al. (2009) har nämnt, eventuellt vara en strategi för att reglera negativa känslor som uppstår vid sociala påfrestningar. Ytterligare en strategi kan vara restriktivt ätande, som enligt Jebeile et al. (2021) kan medföra problem med överätande, och på sikt även obesitas. Med hjälp av litteraturen kan vi därmed anta att det finns en relation mellan att bli retad och störda ätbeteenden bland barn och ungdomar med obesitas samt att dessa ätbeteenden används som ett sätt att hantera en påverkad självbild.

Sämre syn på sitt eget värde och brist på positiva kamratrelationer är dessutom faktorer som förekommer i fall av depression och ångest (Olsson et al., 2015; Puhl & King, 2013; Carr, 2016) och mobbning har visat sig mediera relationen mellan högt BMI och lågt psykologiskt välbefinnande (Blanco et al., 2020). Som tidigare nämnt utvecklar ungdomar en förmåga att predicera hot i sociala relationer, och självkänslan är dessutom mer centrerad kring kamratrelationer. Den normativa oron över att bli avvisad av jämnåriga, vilket för äldre barn och ungdomar är vanligt (Carr, 2016; Kerig et al., 2012), bör med tiden kunna övergå till en maladaptiv ihållande oro som kännetecknar GAD (Beesdo et al., 2009; Carr, 2016). Ångestrelaterad rädsla kan även leda till känslor av hjälplöshet och hopplöshet (Kerig et al., 2012), vilket kännetecknar depression (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013). Flertalet studier framhåller således vikten av kamratrelationer för den psykiska hälsan samt att relationssvårigheter, såsom mobbning, har en koppling till såväl depression som ångest.

Dock ser vi i våra resultat inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende symtom på depression och ångest. Våra resultat tyder således på att barn och ungdomar med obesitas i samma utsträckning upplever förhöjda symtom på depression och ångest, oavsett om de blir retade av jämnåriga eller ej. Dessutom var effektstorleken för depressionsskalan endast liten (*d*

< 0,50). I ett väsentligen större stickprov kan också en liten skillnad mellan grupper vara statistiskt signifikant, men frågan är om en sådan skillnad är av klinisk relevans. Eftersom Mann-Whitney U-Test inte tillgodoser en effektstorlek (Pallant, 2020) för ångestskalan, kan vi inte uttala oss om vi med hjälp av ett större stickprov eventuellt hade upptäckt en skillnad.

Såväl the dual pathway model of eating disorders (Jebeile et al., 2021; Stice & Van Ryzin, 2019) som the interpersonal model of loss of control eating (Elliot et al., 2010), har således skildrat hur viktrelaterat retande, depression, ångest och ätstörningar/LOC är länkade till varandra. Huruvida det är retandet i sig som leder till ätstörningar kan vi dock inte uttala oss om utifrån vår analys. Vi kan i stället endast spekulera i att detta är en orsak utifrån vad som nämns i dessa modeller, samt tidigare forskning som har påvisat att mobbning utifrån övervikt utgör en riskfaktor för såväl utveckling av kroppsmisnöje (McCormack et al., 2011) som ätstörda beteenden (t.ex. Libbey et al., 2008) och ätstörningar (t.ex. Jebeile et al., 2021) bland barn och ungdomar med obesitas.

Skalornas reliabilitet för vårt stickprov

Samtliga skalor för depression, ångest, ätstörningar och hälsorelaterad livskvalitet har i detta stickprov en god reliabilitet, vilket även stämmer överens med tidigare rapporteringar av skalornas reliabilitet (Kliem et al., 2017; Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006; Varni et al., 2003). Vid detaljgranskning ser vi dock att vissa påståenden inom skalorna för depression, ångest samt den emotionella, sociala och skolrelaterade domänen vid hälsorelaterad livskvalitet sänker reliabiliteten för skalorna något. Detta tyder på att alla items inte fungerar lika bra för att mäta symtom i vårt stickprov. För att dra slutsatser om huruvida detta gäller för hela populationen behöver emellertid fler studier med större stickprov genomföras.

För depressionsskalan sänker påståendet "...känt lite intresse eller glädje i att göra saker" skalans reliabilitet. Således går det att anta att förlorad lust och livsglädje inte är ett lika representativt symtom på depression bland barn och ungdomar med obesitas. Tidigare litteratur har exempelvis påtalat att symtom på irritabilitet och upplevda somatiska bekymmer, såsom magont och huvudvärk, är vanligare bland barn, framför allt pojkar (Kerig et al., 2012; Olsson, 2015). En annan tolkning är att de depressiva symtomen kanske inte har hunnit försämrats till en sådan grad att dessa barn och ungdomar har börjat uppvisa anhedonistiska tendenser.

För ångestskalan sänker påståendet "varit så rastlös att det varit svårt att sitta still" skalans reliabilitet. Detta skulle kunna bero på att stillasittande snarare är vanligt förekommande bland barn och ungdomar med obesitas, speciellt med tanke på att obesitas ofta associeras med fysisk inaktivitet (CDC, 2022). En annan tolkning är att detta item snarare förknippas med symtom på ADHD och således inte diskriminerar lika väl för barn och ungdomar med obesitas. Detta kan

i enlighet med Cortese et al. (2016) ge belägg för att neuropsykiatriska tester bör genomföras bland barn och ungdomar som behandlas för obesitas.

Påståendet “Jag har svårt att sova” sänkte reliabiliteten för den emotionella domänen vid hälsorelaterad livskvalitet. Detta kan emellertid bero på att sömnsvårigheter, som är vanligt bland barn och ungdomar med obesitas (Miller et al., 2015, 2018), inte associeras med emotionella besvär, utan snarare fysiska problem. Således hade påståendet om sömnsvårigheter eventuellt passat bättre inom den fysiska domänen vid hälsorelaterad livskvalitet för detta stickprov.

Påståendet “Andra barn/tonåringar retas med mig” sänkte reliabiliteten för den sociala domänen vid hälsorelaterad livskvalitet. Mobbning är dock vanligt förekommande bland barn och ungdomar med obesitas (t.ex. Cheng et al., 2022; Puhl & King, 2013; WHO, 2018) och har en negativ inverkan på deras psykiska hälsa (t.ex. Puhl & King, 2013). Anledning till att detta påstående ändå sänker reliabiliteten för skalan kan emellertid bero på att det är för onyanserat. Enligt Skolverket (2022) kan mobbning innefatta andra former av kränkande behandling såsom nedsättande ord, ryktesspridning, förlöjliganden, utfrysning, hot eller våld i form av slag, sparkar och knuffar. Påståendet innefattar inte heller att bli retad på grund av sin vikt eller mobbning på nätet, vilket har blivit ett alltmer aktuellt problem (Friends, u.å.; Skolverket, 2022; Statens medieråd, 2022). Det innefattar heller inte viktrelaterad mobbning inom familjen, vilket är vanligt i denna population (t.ex. Jebeile et al., 2021; McCormack et al., 2011). Dessa aspekter talar således eventuellt för att en mer nyanserad screening av mobbning behövs för denna population.

Påståendet “Jag missar skolan för att gå till doktorn eller sjukhuset” sänkte reliabiliteten för den skolrelaterade domänen vid hälsorelaterad livskvalitet. Skattning av hälsorelaterad livskvalitet används ofta inom pediatriken för olika typer av kroniska tillstånd (Huang et al., 2009; Varni et al., 2007). Eventuellt är detta påstående mer relevant för patienter med andra former av somatiska tillstånd än obesitas. Barn och ungdomar med obesitas kanske inte missar skolan i lika stor utsträckning som dessa patienter.

Styrkor och svagheter

En av styrkorna i denna studie är att vi var på plats och genomförde datainsamlingen. Detta har medfört att studien knappt har några mätrelaterade bortfall då vi har kunnat kontrollera för dessa direkt på plats. I sådana fall då deltagarna har haft frågor har vi även kunnat svara på dessa direkt. Dock föreligger en eventuell risk för intervjuareffekt i de fall deltagarna behövde förtydligande kring påståendena. Deltagarnas svar kan även ha påverkats i de fall då en anhörig och/eller vi varit närvarande under skattningen. Vid ifyllande av

screeningsformulär föreligger emellertid alltid risk för att påståendena tolkas olika och kan således ha en inverkan på tillförlitligheten i resultatet. Ytterligare en fördel med att vara på plats vid datainsamlingen var att vi kunde fånga upp såväl skattad som muntligt angiven psykisk ohälsa, för att sedan vidarebefordra detta till legitimerad psykolog.

Eftersom detta är en tvärsnittsstudie kan vi endast dra slutsatser kring samvariation och inte kausalitet. Således kan vi endast spekulera kring kausala samband utifrån vad tidigare forskning har angivit. Ytterligare en svaghet i denna studie är det låga deltagarantalet. Detta kan ha bidragit till varför vi inte har påträffat vissa förväntade skillnader i vårt stickprov. Möjligheten att generalisera våra resultat till andra barn och ungdomar som genomgår obesitasbehandling i Sverige blir dessutom begränsad. Utöver det bortfall som beskrivits i metoden förekom även systematiskt bortfall i de fall då endast vårdnadshavare varit i behov av tolk, men patienten har uppfyllt språkkriterier för att ingå i studien. Detta kan i sin tur ha medfört att barn och ungdomar med utländsk bakgrund blivit underrepresenterade i studien. Således kan våra resultat inte generaliseras till denna population.

Vi har inkluderat deltagare i åldrarna 11–18 år i vår studie, och således består majoriteten av deltagarna av tonåringar. En brist i denna studie är att vi har valt att dela in yngre och äldre deltagare i åldrarna 11–14 respektive 15–18 år. Hade vi istället dragit gränsen mellan barn och tonår (d.v.s. 11–12 respektive 13–18 år) hade vi eventuellt kunnat dra fler slutsatser om psykisk ohälsa kopplat till forskning om barns respektive tonåringars utveckling. Dock hade en annan gränsdragning mellan yngre och äldre deltagare i vår studie medfört ojämnt fördelade deltagarantal mellan ålderskategorierna, eftersom vårt stickprov var litet. Enligt vår kännedom finns idag ingen konsensus kring hur åldrar kan delas in i kategorier i studier liknande vår. Detta gör att det är svårt att jämföra resultat mellan olika studier.

Ytterligare en brist är att vi endast använt utfall på en fråga för att skapa en grupp för de som blir utsatta för mobbning. Som tidigare nämnt är påståendet “Andra barn/tonåringar retas med mig” förmodligen ett för ensidigt sätt att undersöka huruvida ett barn/ungdom upplever att de blir utsatta för mobbning. Detta gör således att vi inte heller kan generalisera våra resultat till alla barn och ungdomar med obesitas som blir utsatta för mobbning, då mobbning kan ta sig uttryck på så många andra sätt än att jämnåriga barn/ungdomar retas (Friends, u.å.; Jebeile et al., 2021; McCormack et al., 2011; Skolverket, 2022; Statens medieråd, 2022).

Trots att ytterligare en styrka med denna studie är skalornas goda reliabilitet, kan vi diskutera huruvida ChEDE-Q8 på ett bra sätt fångar upp de typer av ätrelaterade problem (såsom LOC) som enligt tidigare forskning är vanligare i denna population (Kalarchian & Marcus, 2012). Det föreligger således en risk att vi har missat deltagare med ätrelaterade

bekymmer. Ytterligare ett problem med ChEDE-Q8 är att vissa påståenden speglar de beteenden som deltagarna genomför inom ramen för sin obesitasbehandling likväl som eventuella problem med ätstörningar, till exempel "Har du försökt att äta mindre för att påverka din vikt eller figur?". Således föreligger dessutom en risk för att vi har mätt något annat än representativa symtom på ätstörningar i denna population.

Ytterligare har vi i denna studie jämfört våra frekvenser med studier där olika mätinstrument för depression, ångest, ätstörningar och hälsorelaterad livskvalitet har använts. Detta minskar tillförlitligheten avseende våra slutsatser gällande våra jämförelser med tidigare studiers prevalenser. Därtill kan självskattning vara en för ensidig metod för att mäta psykisk ohälsa bland barn och ungdomar med obesitas. Inkludering av exempelvis anhörigskattning av barnens och ungdomarnas symtom hade eventuellt medfört en högre konstruktvaliditet.

Avslutningsvis kan det diskuteras huruvida det anses som etiskt försvarbart att genomföra en studie som vi på förhand misstänker inte kommer att uppnå tillräckligt högt deltagarantal för att få en statistisk power. Detta kan innebära slöseri av människors tid och resurser. Dock har vår datainsamling utgjort en del i ett större forskningsprojekt och i huvudprojektet har statistiker gjort en powerberäkning så att tillräckligt många deltagare kan inkluderas för att besvara frågeställningarna. Vi vill även lyfta att denna studie har bidragit till att flera barn och ungdomar har blivit erbjudna fördjupad bedömning och eventuell psykologkontakt för sin psykiska ohälsa, som annars kanske inte hade identifierats.

Framtida forskning

Detta är den första studien som har genomförts inom forskningsprojektet Psykisk hälsa hos barn och ungdomar inom sjukvården (PHU-studien). Vi har bidragit med kartläggning av frekvenser av depression, ångest, ätstörningar och påverkad hälsorelaterad livskvalitet bland barn och ungdomar med obesitas i ett svenskt stickprov. I linje med syftet i detta forskningsprojekt är det emellertid av intresse att i framtida studier undersöka huruvida endast livskvalitetsformuläret PedsQL kan användas för att fånga upp de barn och ungdomar som behöver utredas vidare för psykisk ohälsa i denna population, eller om bred screening av depression, ångest och ätstörningar också är påkallat.

Framtida studier bör också inkludera ett högre deltagarantal för att kunna dra säkrare slutsatser kring såväl prevalenser av som samvariation mellan dessa former av psykisk ohälsa i denna population. Ett högre deltagarantal hade även bidragit till säkrare slutsatser avseende köns- och ålderskillnader i populationen.

Framtida studier bör dessutom inkludera barn som är 10 år eller yngre för att studera skillnader i psykisk ohälsa mellan barn och ungdomar med obesitas. Eftersom denna studie

dessutom har en tvärsnittsdesign kan det även vara av värde för utvecklingsperspektivet att genomföra longitudinella studier som undersöker variationen i symtom på psykisk ohälsa över tid. Ytterligare bör framtida studier inkludera fler barn och ungdomar med utländsk bakgrund. Detta hade gjort stickprovet mer representativt, eftersom 9 % av Sveriges barn är utrikes födda och 15 % inrikes födda med utländsk bakgrund (SCB, 2020). Därtill hade det varit värdefullt att jämföra obesitaspatienter med andra hälsotillstånd inom pediatriken. Denna jämförelse hade bidragit till kunskap kring hur resurser bör fördelas inom vården.

Flertalet studier har lyft att ätstörningar är svåra att identifiera inom såväl den svenska sjukvården (Socialstyrelsen, 2019) som bland barn och ungdomar med obesitas (Decaluwé & Braet, 2003). Enligt forskning har drygt en fjärdedel av barn och ungdomar med övervikt eller obesitas problem med hetsätning och/eller LOC (He et al., 2017). Dessa ätrelaterade problem är således vanligare i denna population (Jebeile et al., 2021) och bidrar dessutom till utveckling av psykisk ohälsa (Byrne et al., 2019; Jebeile et al., 2021; Kalarchian & Marcus, 2012). I framtida studier kan det således vara relevant att använda mer specifika mätinstrument för hetsätning och LOC, eftersom det finns ett påtalat behov av att identifiera de barn och ungdomar som är i behov av ätstörningsbehandling och som förblir oidentifierade till följd av en högre viktstatus (Jebeile et al., 2021; Sim et al., 2013). Dock fann Manasse et al. (2021) att existerande screeningformulär fungerar dåligt för att fånga upp LOC bland individer med obesitas, vilket tyder på att tillförlitliga screeninginstrument först bör utvecklas.

Avslutningvis hade det varit av värde att ytterligare undersöka hur erfarenhet av mobbning påverkar den psykiska hälsan i denna population. Detta eftersom flertalet studier pekar på att detta kan ge förödande psykiska konsekvenser (Goldfield et al., 2010; Libbey et al., 2008; Madowitz et al., 2012; McCormack et al., 2011; Puhl & King, 2013). Denna undersökning bör inkludera andra former av mobbning, såsom nätmobbning och kränkande behandling inom familjen, som enligt tidigare forskning är vanligt i denna population (t.ex. Friends, u.å.; Jebeile et al., 2021; McCormack et al., 2011; Skolverket, 2022; Statens medieråd, 2022).

Slutsatser

Sammanfattningsvis visar vår studie att förekomst av depression, ångest, ätstörningar och låg hälsorelaterad livskvalitet är vanligt bland barn och ungdomar (11–18 år) med obesitas. Barn och ungdomar med obesitas som har en låg hälsorelaterad livskvalitet tenderar att även ha symtom på depression, ångest och ätstörningar. Sammantaget tyder fynden i denna studie på att det är påkallat att såväl pojkar som flickor, liksom yngre och äldre barn och ungdomar, screenas för dessa former av psykisk ohälsa när de kommer till obesitasbehandling. Därtill

rapporterar nästan en femtedel av dessa barn och ungdomar att de blir retade av jämnåriga. De som blir retade rapporterar i högre utsträckning symtom på ätstörningar, vilket tyder på att erfarenhet av mobbning har ett samband med problematiska ätbeteenden. Framtida forskning med större stickprov behövs för att kunna dra säkrare slutsatser.

Referenser

- 1177 Vårdguiden. (2020a). *Bulimi*. Hämtad 10 november, 2022, från <https://www.1177.se/Skane/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/atstorningar/bulimi/#:~:text=Kroppen%20st%C3%A4ller%20in%20sig%20p%C3%A5%20sv%C3%A4rt&text=N%C3%A4r%20hets%C3%A4tningsattacken%20kommer%20har%20kroppen,att%20du%20%C3%B6kar%20i%20vikt>
- 1177 Vårdguiden. (2020b). *Hetsättningsstörning*. Hämtad 9 november, 2022, från <https://www.1177.se/Skane/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/atstorningar/hetsatningsstorning/>
- 1177 Vårdguiden. (2020c). *Ätstörningar*. Hämtad 7 oktober, 2022, från <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/atstorningar/atstorningar/>
- 1177 Vårdguiden. (2021). *Ångest – stark oro*. Hämtad 6 oktober, 2022, från <https://www.1177.se/Skane/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/angest/angest--starka-kanslor-av-oro/#:~:text=%C3%85ngest%20%C3%A4r%20en%20stark%20r%C3%A4dsla,oftast%20%C3%B6ver%20efter%20en%20tid1177>
- 1177 Vårdguiden. (2022a). *Så bedömer du din vikt*. Hämtad 3 oktober, 2022, från <https://www.1177.se/Skane/liv--halsa/sunda-vanor/sa-bedomer-du-din-vikt/>
- 1177 Vårdguiden. (2022b). *Så utvecklas kroppen under puberteten*. Hämtad 28 november, 2022, från <https://www.1177.se/Skane/barn--gravid/sa-vaxer-och-utvecklas-barn/kroppen/sa-utvecklas-kroppen-under-puberteten/>
- 1177 Vårdguiden. (2022c). *Övervikt och fetma hos vuxna*. Hämtad 6 oktober, 2022, från <https://www.1177.se/Skane/sjukdomar--besvar/mage-och-tarm/fetma/overvikt-och-fetma-hos-vuxna/>
- American Psychiatric Association. DSM-4 Task Force. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-4* (4. uppl.).
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. uppl.).
- Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N., Jacques, P. F., & Must, A. (2007). Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: Prospective evidence. *Psychosomatic Medicine*, 69(8), 740–747.
doi:[10.1097/PSY.0b013e31815580b4](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815580b4)

- Annayagari, D., Kishore, M. T., Pathki, C. R., & Binukumar, B. (2017). Role of body dissatisfaction in developmental psychopathology among the adolescents with obesity: A matched case control study. *Psychological Studies*, 62(2), 136–141.
<https://doi.org/10.1007/s12646-017-0397-7>
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey–adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Axelsson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14(2), 67–78.
<https://doi.org/10.1002/da.1048>
- Barn Obesitas Register I Sverige. (2020). *BORIS Årsrapport 2020*. Hämtad 12 oktober, 2022, från <http://www.e-boris.se/wp-content/uploads/2021/10/BORIS-%C3%A5rsrapport-2020-pdf>
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 483–524. doi:[10.1016/j.psc.2009.06.002](https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002)
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1174–1183. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x>
- Blanco, M., Solano, S., Alcántara, A. I., Parks, M., Román, F. J., & Sepúlveda, A. R. (2020). Psychological well-being and weight-related teasing in childhood obesity: A case–control study. *Eating and Weight Disorders*, 25(3), 751–759.
<https://doi.org/10.1007/s40519-019-00683-y>
- Bryant-Waugh, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L., & Lask, B. D. (1996). The use of the eating disorder examination with children: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19(4), 391–397. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199605\)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199605)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G)
- Butwicka, A., Olén, O., Larsson, H., Halfvarson, J., Almqvist, C., Lichtenstein, P., Serlachius, E., Frisén, L., & Ludvigsson, J. F. (2019). Association of childhood-onset inflammatory bowel disease with risk of psychiatric disorders and suicide attempt. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 173(10), 969–978.
doi:[10.1001/jamapediatrics.2019.2662](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.2662)
- Byrne, M. E., LeMay-Russell, S., & Tanofsky-Kraff, M. (2019). Loss-of-control eating and

- obesity among children and adolescents. *Current Obesity Reports*, 8, 33–42.
<https://doi.org/10.1007/s13679-019-0327-1>
- Caplan, R., Siddarth, P., Gurbani, S., Hanson, R., Sankar, R., & Shields, W. D. (2005). Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia*, 46(5), 720–730.
<https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.43604.x>
- Carey, F. R., Wilkinson, A. V., Ranjit, N., Mandell, D., & Hoelscher, D. M. (2018). Perceived weight and bullying victimization in boys and girls. *Journal of School Health*, 88(3), 217–226. <https://doi.org/10.1111/josh.12600>
- Carr, A. (2016). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach* (3. uppl.). Routledge.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *About child & teen BMI*. Hämtad 3 oktober, 2022, från
https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Causes of obesity*. Hämtad 30 november, 2022, från
https://www.cdc.gov/obesity/basics/causes.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fobesity%2Fadult%2Fcauses.html
- Chamay-Weber, C., Combescure, C., Lanza, L., Carrard, I., & Haller, D. M. (2017). Screening obese adolescents for binge eating disorder in primary care: The adolescent binge eating scale. *The Journal of Pediatrics*, 185, 68–72.
doi:[10.1016/j.jpeds.2017.02.038](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.02.038)
- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735–765.
<https://doi.org/10.1037/a0030737>
- Cheng, S., Kaminga, A. C., Liu, Q., Wu, F., Wang, Z., Wang, X., & Liu, X. (2022). Association between weight status and bullying experiences among children and adolescents in schools: An updated meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 134, 1–16.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105833>
- Clinton, D., & Birgegård, A. (2017, Maj 30). Stort mörkertal för ätstörningar – fler behöver hjälp tidigt. *Läkartidningen*.
<https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2017/05/atstorningar-drabbar-200-000-fler-behoover-hjalp-tidigt/>
- Cortese, S., Moreira-Maia, C. R., St. Fleur, D., Morcillo-Peñalver, C., Rohde, L. A., &

- Faraone, S. V. (2016). Association between ADHD and obesity: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *173*(1), 34–43.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020266>
- Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M., Biederman, J., Hill Goldsmith, H., Kaufman, J., Lewinsohn, P. M., Hellander, M., Hoagwood, K., Koretz, D. S., Nelson, C. A., & Leckman, J. F. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*, *52*(6), 529–542.
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01372-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01372-0)
- Cui, W., Zack, M. M., & Wethington, H. (2014). Health-related quality of life and body mass index among US adolescents. *Quality of Life Research*, *23*, 2139–2150.
doi:[10.1007/s11136-014-0646-3](https://doi.org/10.1007/s11136-014-0646-3)
- Dalton, A. G., Smith, C., Dalton III, W. T., & Slawson, D. L. (2015). Examining general versus condition-specific health-related quality of life across weight categories in an adolescent sample. *Journal of Pediatric Health Care*, *29*(5), 453–462.
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.04.001>
- Davidsson, S., & Ulander, A. (2013). *Föräldrars gränssättning i relation till barns BMI SDS* [Examensarbete, Institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet]. Uppsala universitets publikationer.
<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:695860/FULLTEXT01.pdf>
- de Munter, J. S., Friedl, A., Lind, S., Kark, M., Carlberg, M., Andersson, N., Georgellis, A., & Rasmussen, F. (2016). Stability in the prevalence of Swedish children who were overweight or obese in 2003 and 2011. *Acta Paediatrica*, *105*(10), 1173–1180.
<https://doi.org/10.1111/apa.13351>
- Decaluwé, V., & Braet, C. (2003). Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment. *International Journal of Obesity*, *27*, 404–409. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802233>
- Decaluwé, V., & Braet, C. (2004). Assessment of eating disorder psycho-pathology in obese children and adolescents: Interview versus self-report questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(7), 799–811. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.008>
- Dekker, M. C., Ferdinand, R. F., Van Lang, N. D., Bongers, I. L., Van Der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2007). Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: Gender differences and adult outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(7), 657–666. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01742.x>

- Dikshit, R., Karia, S., Shah, N., Sonavane, S., & DeSousa, A. (2020). A study on binge eating behavior in urban adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, *50*, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101998>
- Eddy, K. T., Tanofsky-Kraff, M., Thompson-Brenner, H., Herzog, D. B., Brown, T. A., & Ludwig, D. S. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), 2360–2371. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.017>
- Elliott, C. A., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Columbo, K. M., Wolkoff, L. E., Ranzenhofer, L. M., & Yanovski, J. A. (2010). An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(5), 424–428. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.012>
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, *46*(3), 296–301. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200x.2004.01882.x>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, *16*(4), 363–370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, *55*(5), 425–432. doi:[10.1001/archpsyc.55.5.425](https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425)
- Feeg, V. D., Candelaria, L. M., Krenitsky-Korn, S., & Vessey, J. A. (2014). The relationship of obesity and weight gain to childhood teasing. *Journal of Pediatric Nursing*, *29*(6), 511–520. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.08.011>
- Felix, J., Stark, R., Teuner, C., Leidl, R., Lennerz, B., Brandt, S., von Schnurbein, J., Moss, A., Bollow, E., Sergejev, E., Mühlig, Yi., Wegand, S., W. Holl, R., Reinehr, T., Kiess, W., Scherag, A., Hebebrand, J., Wabitsch, M., & Holle, R. (2020). Health related quality of life associated with extreme obesity in adolescents – results from the baseline evaluation of the YES-study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(58), 1–11. doi:[10.1186/s12955-020-01309-z](https://doi.org/10.1186/s12955-020-01309-z)
- Flament, M. F., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Nguyen, H. N., Birmingham, M., & Goldfield, G. (2015). Weight status and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(5), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.01.020>

- Folkhälsomyndigheten. (2022a). *Statistik psykisk hälsa: barn under 18 år*. Hämtad 12 oktober, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/statistik-om-barns-psykiska-halsa/#psytill>
- Folkhälsomyndigheten. (2022b). *Statistik psykisk hälsa: yngre vuxna 16–29 år*. Hämtad 5 oktober, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/statistik-om-ungas-psykiska-halsa/>
- Folkhälsomyndigheten. (2022c). *Övervikt och fetma*. Hämtad 9 november, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/>
- Folkhälsomyndigheten. (2022d). *Övervikt och fetma hos barn 11–15 år*. Hämtad 9 november, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-barn-1115-ar/>
- Folkhälsomyndigheten. (2022e). *Övervikt och fetma hos ungdomar 16–19 år*. Hämtad 3 oktober, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-ungdomar-1619-ar/>
- Fox, C. K., Gross, A. C., Rudser, K. D., Foy, A. M., & Kelly, A. S. (2016). Depression, anxiety, and severity of obesity in adolescents: Is emotional eating the link? *Clinical Pediatrics*, 55(12), 1120–1125. <https://doi.org/10.1177/0009922815615825>
- Friends. (u.å.). *Vad är nätmobbning?* Hämtad 29 november, 2022, från <https://friends.se/fakta/vad-ar-natmobbing/#:~:text=Friendsrapporten%202021%20visar%20att%20ungef%C3%A4r,p%C3%A5%20internet%20eller%20via%20mobilen>
- Gillberg, C. (2015). Ångestsyndrom och posttraumatisk stress. I C. Gillberg, M. Råstam, & E. Fernell (Red.), *Barn- och ungdomspsykiatri* (ss. 249–261). Natur & Kultur.
- Goldfield, G., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., & Flament, M. (2010). The relation between weight-based teasing and psychological adjustment in adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 15(5), 283–288. <https://doi.org/10.1093/pch/15.5.283>
- Goldschmidt, A. B., Doyle, A. C., & Wilfley, D. E. (2007). Assessment of binge eating in overweight youth using a questionnaire version of the child eating disorder examination with instructions. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5),

- 460–467. <https://doi.org/10.1002/eat.20387>
- Goodman, E., & Whitaker, R. C. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, *110*(3), 497–504. doi:[10.1542/peds.110.3.497](https://doi.org/10.1542/peds.110.3.497)
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, *17*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1002/erv.892>
- Gray, W. N., Kahhan, N. A., & Janicke, D. M. (2004). Peer victimization and pediatric obesity: A review of the literature. *Psychology in the Schools*, *46*(8), 720–727. <https://doi.org/10.1002/pits.20410>
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, *5*(4), 282–304. <https://doi.org/10.3109/17477160903473697>
- Hammerton, G., Thapar, A., & Thapar, A. K. (2014). Association between obesity and depressive disorder in adolescents at high risk for depression. *International Journal of Obesity*, *38*(4), 513–519. doi:[10.1038/ijo.2013.133](https://doi.org/10.1038/ijo.2013.133)
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(1), 128–140. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.128>
- He, J., Cai, Z., & Fan, X. (2017). Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(2), 91–103. <https://doi.org/10.1002/eat.22661>
- Healthcare Ethics and Law. (2021). *The four principles of biomedical ethics*. Hämtad 17 november, 2022, från <https://www.healthcareethicsandlaw.co.uk/intro-healthcare-ethics-law/principlesofbiomedethics>
- Helseth, S., Haraldstad, K., & Christophersen, K. A. (2015). A cross-sectional study of Health Related Quality of Life and body mass index in a Norwegian school sample (8–18 years): A comparison of child and parent perspectives. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*(47), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0239-z>
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., & Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders.

- Psychiatry Research*, 220(1–2), 500–506.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Huang, I. C., Thompson, L. A., Chi, Y. Y., Knapp, C. A., Revicki, D. A., Seid, M., & Shenkman, E. A. (2009). The linkage between pediatric quality of life and health conditions: Establishing clinically meaningful cutoff scores for the PedsQL. *Value in Health*, 12(5), 773–781. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00487.x>
- Hälsa oberoende av storlek. (2022). *Rapport om hetsättningsstörning lanseras 17 november*. Hämtad 24 november, 2022, från
<https://www.hobs.se/nyhet/rapport-om-hetsatningsstorning-lanseras-17-november>
- Jebeile, H., Gow, M. L., Baur, L. A., Garnett, S. P., Paxton, S. J., & Lister, N. B. (2019). Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(9), 1287–1298. <https://doi.org/10.1111/obr.12866>
- Jebeile, H., Lister, N. B., Baur, L. A., Garnett, S. P., & Paxton, S. J. (2021). Eating disorder risk in adolescents with obesity. *Obesity Reviews*, 22(5), 1–10.
<https://doi.org/10.1111/obr.13173>
- Juul, E. M. L., Hjemdal, O., & Aune, T. (2021). Prevalence of depressive symptoms among older children and young adolescents: A longitudinal population-based study. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 9(1), 64–72.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.21307/sjcapp-2021-008>
- Kalarchian, M. A., & Marcus, M. D. (2012). Psychiatric comorbidity of childhood obesity. *International Review of Psychiatry*, 24(3), 241–246.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2012.678818>
- Kanner, S., Hamrin, V., & Grey, M. (2003). Depression in adolescents with diabetes. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 16(1), 15–24.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2003.tb00342.x>
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 789–796. doi:[10.1001/archpsyc.60.8.789](https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.789)
- Kerig, P., Ludlow, A., & Wenar, C. (2012). *Developmental Psychopathology* (6 uppl.). McGraw-Hill Education.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the

- national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. doi:[10.1001/archpsyc.62.6.593](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593)
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Obaid Alhamzawi, A., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Khairy, S. A., Eid, S. R., El Hadidy, L. M., Gebril, O. H., & Megawer, A. S. (2016). The health-related quality of life in normal and obese children. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, 64(2), 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.epag.2016.05.001>
- Kjeldbjerg, M. L., & Clausen, L. (2021). Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–26. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01850-2>
- Kliem, S., Schmidt, R., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2017). An 8-item short form of the eating disorder examination-questionnaire adapted for children (ChEDE-Q8). *International Journal of Eating Disorders*, 50(6), 679–686. <https://doi.org/10.1002/eat.22658>
- Kliem, S., Mößle, T., Zenger, M., Strauß, B., Brähler, E., & Hilbert, A. (2015). The eating disorder examination-questionnaire 8: A brief measure of eating disorder psychopathology (EDE-Q8). *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 613–616. <https://doi.org/10.1002/eat.22487>
- Kolodziejczyk, J. K., Gutzmer, K., Wright, S. M., Arredondo, E. M., Hill, L., Patrick, K., Huang, J. S., Gottschalk, M., & Norman, G. J. (2015). Influence of specific individual and environmental variables on the relationship between body mass index and health-related quality of life in overweight and obese adolescents. *Quality of Life Research*, 24, 251–261. doi:[10.1007/s11136-014-0745-1](https://doi.org/10.1007/s11136-014-0745-1)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>

- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T., & Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders, 114*(1–3), 163–173. doi:[10.1016/j.jad.2008.06.026](https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026)
- Kupfer, D. J. (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 245–246. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/dkupfer>
- Lawrence, D. J. (2007). The four principles of biomedical ethics: A foundation for current bioethical debate. *Journal of Chiropractic Humanities, 14*, 34–40. [https://doi.org/10.1016/S1556-3499\(13\)60161-8](https://doi.org/10.1016/S1556-3499(13)60161-8)
- Leman, P., Bremner, A., Parke, R., & Gauvain, M. (2012). *Developmental psychology*. McGraw-Hill Education.
- Libbey, H. P., Story, M. T., Neumark-Sztainer, D. R., & Boutelle, K. N. (2008). Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents. *Obesity, 16*(2), 24–29. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.455>
- Lim, C. S., Espil, F. M., Viana, A. G., & Janicke, D. M. (2015). Associations between child anxiety symptoms and child and family factors in pediatric obesity. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 36*(9), 664–672. doi:[10.1097/DBP.0000000000000225](https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000225)
- Lindberg, L., Hagman, E., Danielsson, P., Marcus, C., & Persson, M. (2020). Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: A nationwide study in Sweden. *BioMed Central Medicine, 18*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1498-z>
- Lister, N. B., Baur, L. A., Paxton, S. J., & Jebeile, H. (2021). Contextualising eating disorder concerns for pediatric obesity treatment. *Current Obesity Reports, 10*(3), 322–331. <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00440-2>
- Lumell Associates. (2018). *Kunskap om vård och behandling av ätstörningar: Delstudie om organisering, rollfördelning och kunskapsläge i svensk ätstörningsvård*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/219-11-6439-bilaga-b.pdf>
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, 67*(3), 220–229. doi:[10.1001/archgenpsychiatry.2010.2](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2)
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y.

- (2008). Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274.
doi:[10.1097/MLR.0b013e318160d093f](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093f)
- Madowitz, J., Knatz, S., Maginot, T., Crow, S. J., & Boutelle, K. N. (2012). Teasing, depression and unhealthy weight control behaviour in obese children. *Pediatric Obesity*, 7(6), 446–452. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00078.x>
- Manasse, S. M., Michael, M. L., Lin, M., Gillikin, L., Zhang, F., Forman, E. M., & Juarascio, A. (2021). Can a short screening tool discriminate between overeating and binge eating in treatment-seeking individuals with obesity? *Obesity*, 29(4), 706–712.
<https://doi.org/10.1002/oby.23128>
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., & Legrand, L. (2014). Obesity and depression in adolescence and beyond: Reciprocal risks. *International Journal of Obesity*, 38(7), 906–911. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.19>
- McCormack, L. A., Laska, M. N., Gray, C., Veblen-Mortenson, S., Barr-Anderson, D., & Story, M. (2011). Weight-related teasing in a racially diverse sample of sixth-grade children. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(3), 431–436.
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.11.021>
- Meyer, M., Oberhoffer, R., Hock, J., Giegerich, T., & Müller, J. (2016). Health-related quality of life in children and adolescents: Current normative data, determinants and reliability on proxy-report. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 52(6), 628–631.
doi:[10.1111/jpc.13166](https://doi.org/10.1111/jpc.13166)
- Miller, A. L., Lumeng, J. C., & LeBourgeois, M. K. (2015). Sleep patterns and obesity in childhood. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 22(1), 41–47.
doi:[10.1097/MED.0000000000000125](https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000125)
- Miller, M. A., Kruisbrink, M., Wallace, J., Ji, C., & Cappuccio, F. P. (2018). Sleep duration and incidence of obesity in infants, children, and adolescents: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep*, 41(4), 1–19.
<https://doi.org/10.1093/sleep/zsy018>
- Morrison, K. M., Shin, S., Tarnopolsky, M., & Taylor, V. H. (2015). Association of depression & health related quality of life with body composition in children and youth with obesity. *Journal of Affective Disorders*, 172, 18–23.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.014>
- Murray, S. B., Ganson, K. T., Chu, J., Jann, K., & Nagata, J. M. (2022). The prevalence of preadolescent eating disorders in the United States. *Journal of Adolescent Health*,

- 70(5), 825–828. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.11.031>
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Meesters, C. (1998). Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. *Personality and Individual Differences, 24*(4), 575–578.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00190-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00190-6)
- Olsson, G. (2015). Affektiv sjukdom. I C. Gillberg, M. Råstam, & E. Fernell (Red.), *Barn- och ungdomspsykiatri* (ss. 262–302). Natur & Kultur.
- Ottova, V., Erhart, M., Rajmil, L., Dettenborn-Betz, L., & Ravens-Sieberer, U. (2012). Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: Results from the European KIDSCREEN survey. *Quality of Life Research, 21*(1), 59–69. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9922-7>
- Page, K. (2012). The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making? *BioMed Central Medical Ethics, 13*(1), 1–8.
doi:[10.1186/1472-6939-13-10](https://doi.org/10.1186/1472-6939-13-10)
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Open University Press.
- Parodi, K. B., Holt, M. K., Green, J. G., Porche, M. V., Koenig, B., & Xuan, Z. (2022). Time trends and disparities in anxiety among adolescents, 2012–2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 57*(1), 127–137. doi:[10.1007/s00127-021-02122-9](https://doi.org/10.1007/s00127-021-02122-9)
- Pasold, T. L., McCracken, A., & Ward-Begnoche, W. L. (2014). Binge eating in obese adolescents: Emotional and behavioral characteristics and impact on health-related quality of life. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 19*(2), 299–312.
<https://doi.org/10.1177/1359104513488>
- Patrick, D. L., & Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care, 27*(3), 217–232.
<http://www.jstor.org/stable/3765666>
- Petersen, S., Moodie, M., Mavoa, H., Waqa, G., Goundar, R., & Swinburn, B. (2014). Relationship between overweight and health-related quality of life in secondary school children in Fiji: Results from a cross-sectional population-based study. *International Journal of Obesity, 38*(4), 539–546. <https://doi.org/10.1038/ijo.2013.212>
- Pratt, K. J., Lamson, A. L., Swanson, M. S., Lazorick, S., & Collier, D. N. (2012). The importance of assessing for depression with HRQOL in treatment seeking obese youth and their caregivers. *Quality of Life Research, 21*(8), 1367–1377.
<https://doi.org/10.1007/s11136-011-0042-1>

- Psykologiguiden. (2010). *Ångest*. Hämtad 6 oktober, 2022, från <https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/symtom-och-besvar/psykisk-ohalsa/angest>
- Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 117–127. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002>
- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: Observations and reactions of peers. *Journal of School Health*, 81(11), 696–703. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00646.x>
- Region Skåne. (2014). *Vårdprogram för barn och ungdomar med övervikt eller fetma*. Hämtad 16 november, 2022, från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/barn-och-ungdomar-med-overvikt-eller-fetma--vardprogram-forlangt-t-o-m-2019-12-31.pdf>
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130(2), 179–205. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.179>
- Rofey, D. L., Kolko, R. P., Iosif, A.-M., Silk, J. S., Bost, J. E., Feng, W., Szigethy, E. M., Noll, R. B., Ryan, N. D., & Dahl, R. E. (2009). A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(4), 517–526. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0141-1>
- Russo, J. V., Brennan, L., Walkley, J., Fraser, S. F., & Greenway, K. (2011). Psychosocial predictors of eating disorder risk in overweight and obese treatment-seeking adolescents. *Behaviour Change*, 28(3), 111–127. <https://doi.org/10.1375/bech.28.3.111>
- Råstam, M. (2015). Ätstörningar. I C. Gillberg, M. Råstam, & E. Fernell (Red.), *Barn- och ungdomspsykiatri* (ss. 227–248). Natur & Kultur.
- Sepúlveda, A. R., Lacruz, T., Solano, S., Blanco, M., Moreno, A., Rojo, M., Beltrán, L., & Graell, M. (2020). Identifying loss of control eating within childhood obesity: The importance of family environment and child psychological distress. *Children*, 7(11), 1–13. <https://doi.org/10.3390/children7110225>
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 289(14), 1813–1819. doi:[10.1001/jama.289.14.1813](https://doi.org/10.1001/jama.289.14.1813)
- Sheinbein, D. H., Stein, R. I., Hayes, J. F., Brown, M. L., Balantekin, K. N., Conlon, R. P. K.,

- Saelens, B. E., Perri, M. G., Welch, R. R., Schechtman, K. B., Epstein, L. H., & Wilfley, D. E. (2019). Factors associated with depression and anxiety symptoms among children seeking treatment for obesity: A social-ecological approach. *Pediatric Obesity*, *14*(8), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12518>
- Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, *61*, 287–305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, *14*(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(6), 610–619. <https://doi.org/10.1002/eat.22316>
- Sim, L. A., Lebow, J., & Billings, M. (2013). Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics*, *132*(4), 1026–1030. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3940>
- Skolverket. (2022). *Kränkande behandling, mobbning och diskriminering*. Hämtad 30 november, 2022, från <https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/krankande-behandling-mobbning-och-diskriminering>
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom. Målnivåer för indikatorer* (Artikelnummer: 2017-12-1). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-1.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård av ätstörningar. Aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvård* (Artikelnummer: 2019-11-6439). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6439.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utveckling till och med 2018* (Artikelnummer: 2020-1-6545). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6768.pdf>
- Socialstyrelsen. (2022). *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Stöd för styrning och*

- ledning* (Artikelnummer: 2022-4-7822).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-4-7822.pdf>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092–1097. doi:[10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092)
- Stabouli, S., Erdine, S., Suurorg, L., Jankauskienė, A., & Lurbe, E. (2021). Obesity and eating disorders in children and adolescents: The bidirectional link. *Nutrients*, *13*(12), 1–12. <https://doi.org/10.3390/nu13124321>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2012, april 12). Viktigt men svårt mäta livskvalitet. *SBU Vetenskap & Praxis*.
https://www.sbu.se/globalassets/vop/vop_2012_1.pdf
- Statens medieråd. (2022). *Fler yngre barn trakasseras på nätet*. Hämtad 29 november, 2022, från <https://www.statensmedierad.se/aktuellt/nyheter/2022/fluere-yngre-barn-trakasseras-pa-naetet>
- Statistiska Centralbyrån. (2018). *Varannan svensk har övervikt eller fetma*. Hämtad 3 oktober, 2022, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/varannan-svensk-har-overvikt-eller-fetma/>
- Statistiska Centralbyrån. (2020). *Uppväxtvillkor för barn med utländsk bakgrund* (ISSN: 1654–1510).
https://www.scb.se/contentassets/ed22f1c0a03e4ee199bad44cc32162e0/le0102_2020_01_br_be51br2003.pdf
- Stephenson, J., Smith, C. M., Kearns, B., Haywood, A., & Bissell, P. (2021). The association between obesity and quality of life: A retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BioMed Central Public Health*, *21*(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12009-8>
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, *21*(2), 131–138. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0278-6133.21.2.131>
- Stice, E., & Van Ryzin, M. J. (2019). A prospective test of the temporal sequencing of risk factor emergence in the dual pathway model of eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *128*(2), 119–128. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000400>
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American*

- Psychologist*, 62(3), 181–198. <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0003-066X.62.3.181>
- Sutaria, S., Devakumar, D., Yasuda, S. S., Das, S., & Saxena, S. (2019). Is obesity associated with depression in children? Systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 104(1), 64–74. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-314608>
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714–723. doi:[10.1001/archgenpsychiatry.2011.22](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22)
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2011). Loss of control over eating in children and adolescents. I R. H. Striegel-Moore, S. A. Wonderlich, B. T. Walsh, & J. E. Mitchell (Red.), *Developing an evidence-based classification of eating disorders: Scientific findings for DSM-5* (ss. 221–236). American Psychiatric Association Publishing.
- Terwogt, M. M., Rieffe, C., Miers, A. C., Jellesma, F. C., & Tolland, A. (2006). Emotions and self-esteem as indicators of somatic complaints in children. *Infant and Child Development*, 15(6), 581–592. <https://doi.org/10.1002/icd.479>
- Tsekoura, E., Kostopoulou, E., Fouzas, S., Souris, E., Gkentzi, D., Jelastopulu, E., & Varvarigou, A. (2021). The association between obesity and the risk for development of eating disorders: A large-scale epidemiological study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(19), 6051–6056. doi:[10.26355/eurrev_202110_26883](https://doi.org/10.26355/eurrev_202110_26883)
- Tsiros, M. D., Olds, T., Buckley, J. D., Grimshaw, P., Brennan, L., Walkley, J., Hills, A. P., Howe, P. R. C., & Coates, A. M. (2009). Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 33(4), 387–400. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.42>
- Uppdrag Psykisk Hälsa. (u.å.). *PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9*. Hämtad 15 september, 2022, från <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2018/02/PHQ-9-1.pdf>
- Vaidya, V., & Malik, A. (2008). Eating disorders related to obesity. *Therapy*, 5(1), 109–117. doi:[10.2217/14750708.5.1.109](https://doi.org/10.2217/14750708.5.1.109)
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524. doi:[10.1097/YCO.0000000000000739](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739)

- van Muilekom, M. M., Luijten, M. A. J., van Oers, H. A., Conijn, T., Maurice, S. H., van Goudoever, J. B., Grootenhuis, M. A., & Haverman, L. (2021). Paediatric patients report lower health-related quality of life in daily clinical practice compared to new normative PedsQLTM data. *Acta Paediatrica*, *110*(7), 2267–2279. doi:[10.1111/apa.15872](https://doi.org/10.1111/apa.15872)
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Seid, M., & Skarr, D. (2003). The PedsQL™* 4.0 as a pediatric population health measure: Feasibility, reliability, and validity. *Ambulatory Pediatrics*, *3*(6), 329–341. [https://doi.org/10.1367/1539-4409\(2003\)003<0329:TPAAPP>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1367/1539-4409(2003)003<0329:TPAAPP>2.0.CO;2)
- Varni, J. W., Limbers, C. A., & Burwinkle, T. M. (2007). How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-1>
- Västra Götalandsregionen. (2017). *Övervikt och fetma*. Hämtad 19 oktober, 2022, från <https://analys.vgregion.se/2017/medicinsk-kvalitet/barnsjukvard-och-barnhalsovard/overvikt/>
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *19*(3), 421–440. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2005.04.006>
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Kalarchian, M. A., Levine, M. D., Houck, P. R., & Cheng, Y. (2010). Self-reported binge eating in severe pediatric obesity: Impact on weight change in a randomized controlled trial of family-based treatment. *International Journal of Obesity*, *34*(7), 1143–1148. doi:[10.1038/ijo.2010.35](https://doi.org/10.1038/ijo.2010.35)
- Wittchen, H. U., Lieb, R., Pfister, H., & Schuster, P. (2000). The waxing and waning of mental disorders: Evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(2), 122–132. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)80018-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)80018-8)
- World Health Organization. (2012). *Programme on mental health: WHOQOL user manual* (2. uppl.).
- World Health Organization. (2018). *Taking action on childhood obesity*. Hämtad 11 oktober, 2022, från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2021a). *Adolescent mental health*. Hämtad 6 oktober, 2022,

från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health#:~:text=Depression%20is%20estimated%20to%20occur,%2D19%2Dyear%2Dolds>

World Health Organization. (2021b). *Call for experts: WHO Guideline Development Group on treatment of children and adolescents with obesity*. Hämtad 11 oktober, 2022, från <https://www.who.int/news-room/articles-detail/call-for-experts-who-guideline-development-group-treatment-of-children-and-adolescents-with-obesity>

World Health Organization. (2021c). *Obesity and overweight*. Hämtad 29 augusti, 2022, från <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Wu, X. Y., Yin, W. Q., Sun, H. W., Yang, S. X., Li, X. Y., & Liu, H. Q. (2019). The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *PLoS ONE*, *14*(10), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222777>

Wu, Y., Levis, B., Riehm, K. E., Saadat, N., Levis, A. W., Azar, M., Rice, D. B., Boruff, J., Cuijpers, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A., Kloda, L. A., McMillan, D., Patten, S. B., Shrier, I., Ziegelstein, R.C., Akena, D. H., Arroll, B., Ayalon, L., ... Thombs, B.D. (2020). Equivalency of the diagnostic accuracy of the PHQ-8 and PHQ-9: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, *50*(8), 1368–1380. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002137>

Bilaga 1

Hej,

Under 2022 påbörjas ett forskningsprojekt i Region Skåne som ska studera den psykiska hälsan hos barn och ungdomar som söker behandling på olika barnmottagningar. Syftet med forskningsprojektet är att ta reda på hur många av de barn och ungdomar som söker behandling hos oss som har psykisk ohälsa, samt hur vi kan arbeta för att ta reda på detta så tidigt som möjligt i deras behandling. På så sätt kan de barn och unga som behöver, få hjälp mot psykisk ohälsa mycket tidigare.

Undersökningen ska omfatta cirka 200 barn och vi har vänt oss till barnkliniken i [REDACTED] för att rekrytera deltagare.

Ni får detta brev då ert barn har en tid bokad på Enhet Barnövervikt de kommande veckorna och vi önskar fråga ert barn om att delta i studien.

I samband med ett besök på mottagningen kommer de barn som medverkar att få 46 frågor som tar cirka 10–15 minuter att besvara. Frågorna tilldelas av psykologstudenterna Karin eller Annastazia, som assisterar i forskningsprojektet, och som finns tillgängliga om frågor skulle uppstå. Barnets svar kommer att studeras av en legitimerad psykolog inom en vecka efter besöket. Ni kommer att erbjudas en uppföljningstid hos psykolog i sådant fall ert barn lider av psykisk ohälsa.

Viktigt att känna till:

- Allt deltagande är helt frivilligt och anonymt.
- Medverkan i studien kan när som helst avbrytas utan att ange skäl och utan konsekvenser för fortsatt behandling på mottagningen/enheten.
- Vid avbrutet deltagande kommer redan insamlat material att förstöras och inte vidare användas i studien.
- Undersökningen är granskad och godkänd av en etisk nämnd.

För att skydda barnets identitet skapar vi koder för samtliga barn. Koderna kommer att förvaras i ett låst skåp på ansvarig forskares kontor. Resultaten från studien redovisas endast på gruppnivå genom statistiska siffror. Om barnet ska delta i studien krävs samtycke från barnets vårdnadshavare. Bifogat detta brev finns det en samtyckesblankett som vi ber er fylla i. Ni behöver bara lämna tillbaka blanketten om ni samtycker till att ert barn medverkar i undersökningen.

För att ert barn ska kunna medverka i studien så behöver samtliga vårdnadshavare skriva under samtycket. Om bara en vårdnadshavare kommer med till besöket måste den ta med sig den andre vårdnadshavarens underskrivna samtycke.

Om ni har frågor angående projektet och vill ha mer information är ni välkomna att ta kontakt med oss via e-post eller telefon.

Bästa hälsningar,
Kajsa och Beatrice

Kajsa Järholm, *leg. Psykolog, fil.dr.*
Barnöverviktsenheten [REDACTED]. Tfn: 040 - 33 30 64
kajsa.jarholm@psy.lu.se eller kajsa.c.jarholm@skane.se

Beatrice Nyström, *leg. Psykolog, fil.dr.*
Barnkliniken [REDACTED] Tfn: 042 – 406 30 25
beatrice.nystrom@psy.lu.se eller beatrice.nystrom@skane.se

Bilaga 2

Psykisk ohälsa hos patienter inom barn- och ungdomssjukvården

Vi önskar med den här informationen tillfråga er som vårdnadshavare om ert barns deltagande i en vetenskaplig studie eftersom ert barn är patient inom barn- och ungdomssjukvården.

Bakgrund

Den psykiska ohälsan bland unga i samhället ökar, och idag är det många i Sverige som lever med psykisk ohälsa. Vi vet att barn och ungdomar inom sjukvården är en extra utsatt grupp, med en ökad risk att utveckla psykisk ohälsa. Under 2022 startar därför ett forskningsprojekt i Region Skåne för att studera den psykiska hälsan hos barn och ungdomar som söker behandling på Enhet Barnövervikt i [REDACTED].

Syfte

Syftet med detta forskningsprojekt är att ta reda på hur många av de barn och ungdomar som söker behandling hos oss som lider av psykisk ohälsa samt hur vi kan arbeta för att identifiera psykisk ohälsa i ett tidigt skede. Vi hoppas att detta leder till att dessa barn och ungdomar kan erbjudas psykologisk behandling som ett komplement till den medicinska behandlingen. Förhoppningen är att därmed undvika att den psykiska ohälsan förvärras och att förhållandena för den medicinska behandlingen främjas.

Hur går studien till?

Om ni väljer att låta ert barn delta i studien kommer ert barn att få 46 frågor som tar cirka 10–15 minuter att besvara. Dessa frågor kommer att besvaras i samband med ett besök på mottagningen. Frågorna tilldelas av psykologstudenterna Karin eller Anastazia, som assisterar i forskningsprojektet, och som finns tillgängliga om frågor skulle uppstå. Barnet kommer att erbjudas att besvara frågorna enskilt eller med förälder närvarande. Inom en vecka efter besöket kommer en legitimerad psykolog att studera barnets svar. Skulle det framkomma att ert barn lider av psykisk ohälsa, kommer ni att erbjudas en tid för uppföljning hos psykolog. Det kommer i så fall ett brev hem till er om detta. Om ert barn inte rapporterat ohälsa, kommer inget brev hem.

Finns det några fördelar och/eller nackdelar?

Ingen ersättning eller andra förmåner utgår för deltagande i studien.

Fördelen med medverkan är att ert barn vid behov kommer att kunna erbjudas kontakt med en psykolog. Många upplever det även som positivt att få dela med sig av hur de mår psykiskt, då det vanligen mest är fokus på medicinska faktorer vid besök inom sjukvården.

Hantering av data och sekretess

Allt material som vi samlar in i samband med ditt barns besök kommer bara att användas för denna studie och ingen obehörig kan ta del av barnets individuella data. Allt material, det vill säga besvarade frågor, kommer att kodas. Detta innebär att en kodnyckel skapas som knyter samman ditt barns namn med en kod. Denna ”nyckel” förvaras separat från övrigt material. Svaren sparas i ett dataprogram. All insamlad data för studien kommer att behandlas enligt Dataskyddsförordningen (GDPR = The General Data Protection Regulation) som gäller för

hela Europa. Vill du läsa mer om Dataskyddsförordningen kan du besöka deras hemsida:
<https://www.datainspektionen.se/>

Ansvarig för dina personuppgifter är Region Skåne. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta projektansvarig Kajsa Järholm, Enhet Barnövervikt, [REDACTED] Tfn: 040 - 33 30 64
kajsa.jarvholm@psy.lu.se eller kajsa.c.jarvholm@skane.se

Dataskyddsombud inom Region Skåne nås via Dataskyddsombudet, Region Skåne, 291 89 Kristianstad. Telefon: 044-309 30 00. E-post: region@skane.se Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att inlämna klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Studiens resultat kommer att presenteras på ett sådant sätt att enskilda individer inte kan urskiljas.

Hur får jag information om studiens resultat?

På begäran kan en skriftlig kopia av publikation tillhandhållas från författarna.

Frivillighet

Deltagandet i studien är helt frivilligt och även om ni initialt tackat ja och skrivit på ett samtycke kan ni avbryta deltagandet när ni vill utan att ange någon förklaring. Om ni väljer att tacka nej eller avsluta deltagande i studien kommer detta inte på något sätt påverka det fortsatta omhändertagandet av ert barn.

Ansvarig forskningshuvudman

Region Skåne

Forskare

Ansvariga för denna studie är: Beatrice Nyström, psykolog och filosofie doktor, samt Kajsa Järholm, psykolog och docent.

Kontaktuppgifter

Kajsa Järholm, leg. psykolog, docent

Enhet Barnövervikt, [REDACTED]

Tfn: 040- 33 30 64

E-post: kajsa.c.jarvholm@skane.se

Beatrice Nyström, leg. Psykolog, fil.dr.

Barnklinikerna [REDACTED]

Tfn: 042 – 406 30 25

E-post: beatrice.nystrom@skane.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att mitt barn deltar i studien **Psykisk ohälsa hos patienter inom barn och ungdomsjukvården.**
- Jag samtycker till att uppgifter om mitt barn behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Mitt barns namn:

Mitt barns personnummer:

Ort och datum:

Ort och datum:

Vårdnadshavares underskrift:

Vårdnadshavares underskrift:

Vårdnadshavares namnförtydligande:

Vårdnadshavares namnförtydligande:

Ska undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam.

Bilaga 3

Till enhetens barn- och ungdomar

Hej,

Vi är forskare som är intresserade av hur barn och unga mår. En del av barnen som kommer till oss på mottagningen känner sig ofta ledsna eller oroliga. Vi tycker det är viktigt att ta reda på mer om det så att vi kan hjälpa till bättre. Vi har därför startat en stor undersökning där vi ska träffa ungefär tvåhundra barn och ungdomar som ska få svara på olika frågor om hur de mår.

Vi undrar om du vill vara med och svara på frågor om hur du mår. Det är 46 frågor och det tar oftast mellan 10 och 15 minuter att svara på alla. Du svarar på frågorna genom att kryssa i olika rutor. Ingen annan kommer att få veta hur du svarar i testet än de som jobbar i projektet. Om dina svar visar att du är ledsen eller orolig, kommer du om du vill att få komma hit en annan gång och prata med en psykolog.

Viktigt för dig att veta:

- Ingen annan än forskaren kommer att få veta hur just du har svarat.
- Du kan bara delta i undersökningen om både du och dina föräldrar vill det.
- Om du först svarar ja men sen ångrar dig och inte vill svara på frågorna, kan du sluta när som helst och du behöver inte förklara varför du inte vill vara med.
- Även om du inte vill svara på frågorna fortsätter din behandling hos oss precis som planerat.

Om du har några frågor får du gärna ringa eller maila någon av oss.

Bästa hälsningar,
Kajsa och Beatrice

Kajsa Järholm, *leg. Psykolog, fil.dr.*
Barnöverviktsenheten, [REDACTED]. Tfn: 040-33 30 64
kajsa.jarholm@psy.lu.se eller kajsa.c.jarholm@skane.se

Beatrice Nyström, *leg. Psykolog, fil.dr.*
Barnklinikerna [REDACTED]
beatrice.nystrom@psy.lu.se eller beatrice.nystrom@skane.se

Bilaga 4

Psykisk ohälsa hos patienter inom barn-och ungdomssjukvården.

Vi vill med den här informationen fråga dig om du vill vara med i en vetenskaplig studie eftersom du är patient inom barn- och ungdomssjukvården.

Bakgrund

Den psykiska ohälsan bland unga i samhället ökar, och idag är det många runt om i världen och i Sverige som lever med psykisk ohälsa. Vi vet att barn och ungdomar inom sjukvården är en extra utsatt grupp, med en ökad risk att utveckla psykisk ohälsa. Under 2022 startar därför ett forskningsprojekt i Region Skåne för att studera den psykiska hälsan hos barn och ungdomar som söker behandling på Enhet Barnövervikt i [REDACTED].

Syfte

Syftet med forskningsprojektet är att ta reda på hur många av de barn- och ungdomar som söker behandling hos oss som lider av psykisk ohälsa, samt hur vi kan jobba för att få reda på detta så tidigt som möjligt i deras behandling. Om vi kan hitta psykisk ohälsa så tidigt som möjligt, kan de barn och unga som behöver det få hjälp mot psykisk ohälsa mycket snabbare.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien kommer du att få besvara 46 frågor genom att kryssa i olika svarsalternativ, och det tar cirka 10–15 minuter att besvara frågorna. Frågorna besvaras när du kommer till ett vanligt besök på mottagningen. Efter att du träffat din läkare, sjuksköterska, eller annan behandlare, kommer du att kunna besvara frågorna enskilt eller med förälder närvarande. Inom en vecka efter besöket kommer en psykolog att studera dina svar. Skulle det visa sig att du har psykisk ohälsa, kommer du att erbjudas en tid hos en psykolog. Det kommer i så fall ett brev hem till er om detta. Om du inte rapporterat ohälsa, kommer inget brev hem.

Finns det några fördelar och/eller nackdelar?

Ingen ersättning eller andra förmåner utgår för deltagande i studien.

Fördelen med medverkan är att du vid behov kommer att kunna erbjudas kontakt med en psykolog. Många tycker även att det är bra att få dela med sig av hur de mår psykiskt, då det oftast är mest fokus på andra sjukdomar när man går till doktorn.

Det finns inga nackdelar med att ingå i studien.

Hantering av data och sekretess

Allt material som vi samlar in i samband med ditt besök kommer bara användas för denna studie och ingen obehörig kan ta del av dina data. Allt material, det vill säga besvarade frågor, kommer att kodas. Detta innebär att en kodnyckel skapas som knyter samman ditt namn med en kod. Denna ”nyckel” förvaras separat från övrigt material. Svaren sparas i ett dataprogram. All insamlad data för studien kommer att behandlas enligt Dataskyddsförordningen (GDPR = The General Data Protection Regulation) som gäller för hela Europa. Vill du läsa mer om Dataskyddsförordningen kan du besöka deras hemsida: <https://www.datainspektionen.se/>

Ansvarig för dina personuppgifter är Region Skåne. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta projektansvarig Kajsa Järholm, Barnöverviktsenheten, [REDACTED]. Tfn: 040 - 33 30 64
kajsa.jarvholm@psy.lu.se eller kajsa.c.jarvholm@skane.se

Dataskyddsombud inom Region Skåne nås via Dataskyddsombudet, Region Skåne, 291 89 Kristianstad. Telefon: 044-309 30 00. E-post: region@skane.se Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Studiens resultat kommer att presenteras så att enskilda individer inte kan urskiljas, det vill säga ingen kommer att kunna förstå hur just du har svarat.

Hur får jag information om studien resultat?

På begäran kan du få en skriftlig kopia av studien när den är klar.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att medverka i studien, och även om du först tackat ja och skrivit på ett samtycke kan du ångra dig och avbryta när du vill utan att berätta varför. Du fortsätter din behandling på mottagningen precis som innan.

Ansvarig forskningshuvudman

Region Skåne

Forskare

Ansvariga för denna studie är: Beatrice Nyström, psykolog och Filosofie doktor ([REDACTED]), Kajsa Järholm, psykolog och Filosofie doktor ([REDACTED]).

Kontaktuppgifter

Beatrice Nyström, leg. Psykolog, fil.dr.

Barnklinikerna [REDACTED]

Tfn: 042 – 406 30 25

E-post: beatrice.nystrom@skane.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien **Psykisk ohälsa hos patienter inom barn-och ungdomssjukvården.**
- Jag samtycker till att mina uppgifter behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformationens.

Mitt namn:

Mitt personnummer:

| Plats och datum | Underskrift |
|-----------------|-------------|
| | |