

# Den psykiska hälsans skyddsfaktorer bland ungdomar med och utan funktionsnedsättning



**Liv & hälsa ung i Örebro län**

Margareta Lindén-Boström

Carina Persson

Den psykiska hälsans skydds-  
faktorer bland ungdomar med  
och utan funktionsnedsättning

Liv & hälsa ung i Örebro län

Samhällsmedicinska enheten,  
Örebro läns landsting

Samhällsmedicinska enhetens uppgift är att med vetenskapligt baserad fakta- och metodkunskap stötta arbetet för en bättre hälsa bland befolkningen i Örebro län. Samhällsmedicinska enhetens målgrupp är beslutsfattare och verksamma i landsting och kommuner. Vi vänder oss också till andra myndigheter och organisationer som har ansvarsområden som påverkar förutsättningarna för hälsans utveckling.

Omslagsillustration: Lena Dahlström Svärd

Tryckeri: Trio Tryck AB 2014

## Förord

Landstingets övergripande folkhälsoarbete syftar till att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, däribland funktionsnedsatta som i många avseenden är mer utsatta jämfört med övriga befolkningen. I "Verksamhetsplan med budget 2013" för Örebro läns landsting ges Nämnden för folkhälsa i uppdrag att utifrån länets befolkningsundersökningar studera sambandet mellan skydds- och riskfaktorer och hälsa med särskilt fokus på skyddsfaktorernas betydelse. Denna rapport är en del av detta uppdrag.

Syftet med denna studie är att jämföra förhållanden bland tonåringar med och utan funktionsnedsättningar när det gäller skydds- och riskfaktorer för den psykiska hälsan. Rapporten baseras på resultat från undersökningen "Liv & hälsa ung".

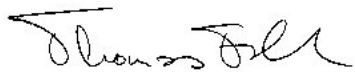
Den här rapporten, som är en fördjupad analys av situationen för ungdomar med funktionsnedsättning, är ett ytterligare led i redovisningen av resultat från länets befolkningsundersökningar. Vår förhoppning är att resultaten ska fylla en del av de stora kunskapsluckor som finns på det här området. Samt att rapporten ska komma till användning för beslutsfattare och personer som på olika sätt och på olika nivåer i samhället arbetar med de yngre länsinvånarnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.

Forskningsbidrag från Majblommans Riksförbund för denna studie möjliggör även spridning av resultaten till vetenskapssamhället. Författarna svarar själva för innehåll och tolkningar.

Örebro i augusti 2014



Jihad Menhem  
Landstingsråd och ordförande i  
Nämnden för folkhälsa  
Örebro läns landsting



Thomas Falk  
Chef  
Samhällsmedicinska enheten  
Örebro läns landsting



# INNEHÅLL

<b>Summary</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>5</b>
Psykisk (o)hälsa	5
Skydds- och riskfaktorer	8
Funktionsnedsättning	9
Frågeställning	10
Rapportens upplägg	10
<b>2. Liv &amp; hälsa ung</b>	<b>11</b>
Undersökningarna	11
Svarsfrekvens	12
<b>3. Psykisk hälsa</b>	<b>13</b>
Olika sätt att mäta psykisk hälsa	13
Den psykiska hälsans utveckling	16
<b>4. Funktionsnedsättning bland ungdomar</b>	<b>17</b>
Hur vanligt är det?	17
En eller flera funktionsnedsättningar	19
<b>5. Funktionsnedsättning, psykisk hälsa &amp; besvär</b>	<b>21</b>
Nöjd med livet	21
Känsla av kontroll	22
Framtidstro	23
God allmän hälsa	24
Stress	25
Ängslan/oro	26
Nedstämdhet	27
Huvudvärk	28
Ont i magen	29
Värk i axlar/skuldror/nacke	30
Ju fler funktionsnedsättningar desto sämre hälsa	31
Sammanfattning	34

<b>6. Skydds- och riskfaktorer</b>	<b>35</b>
En analysmodell	35
Individuella förhållanden	38
Familj	38
Föräldrars arbete	39
Födelseland	39
Olycksfall	40
Mobbning	41
Kränkande behandling	43
Fysiskt våld	44
Sammanfattning	45
Levnadsvanor	46
Alkohol	46
Tobak	47
Vattenpipa	48
Narkotika	49
Fysisk aktivitet	50
Matvanor	51
Vikt	52
Skolk	53
Sömn	54
Sammanfattning	55
Socialt tillit och socialt kapital	56
Tillit	56
Nära vän	57
Kamratrelationer	58
Föreningsaktivitet	59
Trivsel	60
Trygghet	62
Möjlighet att påverka	63
Godkänt i alla skolämnena	64
Sammanfattning	65
De starkaste sambanden	66
Ju fler skyddsfaktorer desto bättre psykisk hälsa!	73
<b>7. Diskussion och förslag</b>	<b>75</b>
Resultatens tillförlitlighet och begränsningar	76
Ungdomars rättigheter	76
Lika men ändå inte	77
De starkaste skyddsfaktorerna	78
Riskfaktorer	80
Ungdomarna och framtiden	81
Styrdokument	81

<b>Referenser</b>	<b>83</b>
<b>Bilaga 1: Mått och faktorer</b>	<b>87</b>
Mått på psykisk hälsa	87
Psykosomatiska symtom och besvär	88
Skyddsfaktorer	89
Riskfaktorer	91
Bakgrundsfaktorer	93
<b>Bilaga 2: Logistisk regression</b>	<b>95</b>
Tabell B1. Varje faktor för sig justerat för kön och ålder.	96
Tabell B2. Analyssteg 1–3, flickor och pojkar.	97
Tabell B3. Slutlig modell (analyssteg 1–4), flickor och pojkar.	98
Tabell B4. Analyssteg 1–3, flickor.	99
Tabell B3. Slutlig modell (analyssteg 1–4), flickor.	100
Tabell B6. Analyssteg 1–3, pojkar.	101
Tabell B7. Slutlig modell (analyssteg 1–4), pojkar.	102
Tabell B8. Slutlig modell (analyssteg 1–4), hörselnedsättning.	103
Tabell B9. Slutlig modell (analyssteg 1–4), synnedsättning.	104
Tabell B10. Slutlig modell (analyssteg 1–4), rörelsehinder.	105
Tabell B11. Slutlig modell (analyssteg 1–4), läs-/skrivsvårigheter/dyslexi.	106
Tabell B12. Slutlig modell (analyssteg 1–4), ADHD/ADD.	107
Tabell B13. Slutlig modell (analyssteg 1–4), "annan funktionsnedsättning".	108
Tabell B14. Slutlig modell (analyssteg 1–4), skolår 9 och år 2 på gymnasiet.	109





# Summary

There are many adolescents that have one or more disabilities. This is shown in the survey “Life & Health—Young People” conducted in Örebro County in 2011 among students 13—18 years old. Nearly one in five have answered that they have one or a combination of either reading and writing difficulties / dyslexia, hard of hearing, visual impairment, motor disability, ADHD / ADD, or any another disability.

Mental health varies not only between adolescents with and without disabilities but also in relation to gender and type of impairment. Girls generally have poorer mental health than boys, and they also indicate a higher level of psychosomatic disorders. Adolescents with disabilities are clearly a vulnerable group in terms of both mental and general health, which is also the case regarding psychosomatic symptoms and complaints. This also applies to living conditions and lifestyles. Generally, the more disabilities an adolescent has, the worse the health outcome is. Girls with disabilities are especially affected. Although the disabled emerge as a vulnerable group in relation to adolescents without disabilities, there is great variation within the group. This heterogeneity requires both individual and target group adaptation to meet the needs.

The strongest protective factor for mental health, as revealed in the study, is sound sleep. For this reason efforts could be made by both student health services and the health care sector. Several of the strongest factors are related to the school, reflecting the school's large impact on students' health and well-being. It is therefore important to continue science based work

against bullying and equally well-founded prevention work against alcohol, tobacco and drugs. It is also important to support and continue the ongoing work with health-promoting schools and expand the student health organization. A major challenge is to work for an inclusive school for all so that the basis for mental health increases among both girls and boys with and without disabilities.

The results of this survey show that both living conditions and life style factors are associated with adolescent mental health. This suggests the need for concerted efforts from all stakeholders and actors. With joint efforts, better mental health could be promoted among both boys and girls, and among adolescents with and without disabilities.

# Sammanfattning

Det är många ungdomar som har en eller flera funktionsnedsättningar. Det visar undersökningen Liv & hälsa ung som genomförts i Örebro län år 2011. Närmare var femte elev har uppgivit att de har någon eller en kombination av antingen läs- och skrivsvårigheter/dyslexi, hörsel-, eller synnedsättning, rörelsehinder, ADHD/ADD eller någon annan funktionsnedsättning.

Den psykiska hälsan varierar, inte bara mellan ungdomar med och utan funktionsnedsättning, utan även beroende på kön och typ av nedsättning. Flickor har generellt en sämre psykisk hälsa än pojkar och de anger också en högre grad av psykosomatiska besvär. Ungdomar med funktionsnedsättning är en klart utsatt grupp när det gäller både psykisk och allmän hälsa, liksom när det rör sig om psykosomatiska symptom och besvär. De är också mer utsatta i förhållande till levnadsförhållanden och levnadsvanor. Generellt gäller att ju fler funktionsnedsättningar en ungdom har desto sämre är hälsoutfallet. Värst drabbade är flickor med funktionsnedsättning. Även om funktionsnedsatta framstår som en utsatt grupp i förhållande till ungdomar utan funktionsnedsättning är det stor variation inom gruppen. Det rör sig alltså om en mycket heterogen grupp, vilket ställer krav på både individ- och målgruppsanpassning för att möta de behov som finns.

Den absolut starkaste skyddsfaktorn för psykisk hälsa som framkommit i studien är god sömn. Här borde insatser kunna utformas både inom elevhälsovårdens och hälso- och sjukvårdens försorg. Flera av de starkaste faktorerna har anknytning till skolan, vilket visar på skolans stora betydelse för elevernas hälsa och välbefinnande. Ett värdegrundsarbete mot mobbning grundat på vetenskapligt stöd och ett likaledes välgrundat alkohol-, narkotika- och tobaksförebyggande arbete bör fortsätta. Det är

viktigt att ge stöd till och fortsätta arbetet med hälsofrämjande skolutveckling och en förstärkt elevhälsoorganisation. En stor utmaning är att verka för en inkluderande skola för alla så att förutsättningarna för psykisk hälsa ökar både bland flickor och pojkar med och utan funktionsnedsättning.

Resultaten från den här undersökningen visar att det är faktorer bland såväl levnadsförhållanden som levnadsvanor som har samband med ungdomars psykiska hälsa. Detta pekar på nödvändigheten av samordnade insatser från alla berörda intressenter och aktörer. Med gemensamma ansträngningar ökar möjligheten att verka för en bättre psykisk hälsa hos både flickor och pojkar och bland ungdomar med och utan funktionsnedsättning.

# 1. Inledning

## Psykisk (o)hälsa

Psykisk ohälsa har blivit vanligare bland ungdomar under de senaste två decennierna (Socialstyrelsen 2009). Speciellt har den höga andelen flickor med psykisk ohälsa uppmärksamats. Att den psykiska ohälsan har ökat speciellt bland flickor framkommer i flera undersökningar av självrapporterade besvär. Det finns även mer objektiva tecken på att den psykiska ohälsan ökat. Allt fler flickor i åldern 16–24 år vårdas på sjukhus för självmordsförsök. Detta konstateras av den expertgrupp som Kungliga Vetenskapsakademien tillsatt för att klargöra trenden i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige (Kungl. Vetenskapsakademien 2010). Psykisk ohälsa drabbar även pojkar, vilket visas av ett ökat antal som vårdas på sjukhus för självsador, från 94 till 120 per 100 000 mellan åren 2002 och 2011 (Socialstyrelsen 2012). I Statistiska centralbyråns Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) visas att andelen i åldern 16–24 år med besvär av ängslan, oro eller ångest har ökat sedan början av 1990-talet (Statistiska centralbyrån 2005).

Andelen flickor/kvinnor med besvär har under hela den studerade perioden varit ungefär dubbelt så hög som bland pojkar/män. Utvecklingstendensen är dock densamma för båda könen. 1989 var andelen flickor med ängslan, oro eller ångest nio procent. Fram till år 2003 hade den siffran tredubblats. För pojkarna var motsvarande andelar fyra och tretton procent. Även i den nationella kartläggningen av barn och ungas psykiska hälsa 2009 framkommer att flickor har större problemtyngd än pojkar (Augustine, Löfstedt, Telander, Zhu 2011). Andelen som uppgivit sömnbesvär och trötthet har grovt räknat tredubblats sedan slutet av 80-talet. Olika värksymtom som kan vara tecken på psykisk ohälsa har också ökat bland 16–24-åringarna. Förekomst

av återkommande huvudvärk har fördubblats sedan 1980-talets början. När det gäller värk i skuldror, nacke eller axlar har det skett en tredubbling av rapporterade besvär. Av den internationella undersökningen Skolbarns hälsovanor, Health Behavior in School-aged Children, där Sverige deltagit, framgår att såväl nedstämdhet, dåligt humör som nervositet ökade mellan åren 1985 och 2001 (Danielsson 2003). Det är 11-, 13- och 15-åringar som har tillfrågats om sin hälsa. Andelen som känt sig nere mer än en gång i veckan mer än fördubblades under perioden, från 14 procent bland flickorna 1985 till 35 procent år 2001. Motsvarande ökning för pojkarna gick från 5 till 13 procent. Andelen flickor i 13- respektive 15-årsåldern som inte trivs bra eller inte alls med livet ökade mellan åren 1985 till 2001 (Wennerholm, Danielsson 2005). Sömnbesvär, mätt som att ha svårt att somna mer än en gång i veckan ökade bland 15-åringarna, från 17 till 28 procent hos flickorna och från 14 till 22 procent bland pojkarna. Från undersökningen 2009/10 framkommer för de flesta av ovanstående besvär att det skett en viss förbättring eller utplaning bland 15-åringarna, men att nivån är fortsatt hög jämfört med tidigare. Däremot tyder resultaten på en försämring för 13-åringarna, speciellt för flickornas del (Augustine, Löfstedt, Corell, Zhu 2011).

Flera regionala undersökningar som till exempel Ung i Värmland (Hagquist, Starrin, Sundh 2004) och i den övriga CDUST-regionen, det vill säga i Sörmlands, Uppsala, Örebro och Västmanlands län, har gjorts under senare år. Data från dessa visar på samma utvecklingstendenser som andra undersökningar (se t.ex. Söderqvist, Simonsson 2012; Lindén-Boström, Persson 2012).

Trots många försök att definiera begreppet psykisk hälsa saknas en samstämmig sådan. Psykisk ohälsa ses ofta som en motpol till psykisk hälsa, men någon klar gräns när hälsan övergår till ohälsa finns inte. I de flesta rapporter där psykisk hälsa beskrivs är det

oftast den psykiska ohälsan som det handlar om. Undantag kan vara när utgångspunkten istället sker utifrån frågor om välbefinnande och känsla av sammanhang (KASAM). I denna rapport anläggs ett salutogent perspektiv där tyngdpunkten ligger på skyddsfaktorernas betydelse för ungdomars psykiska hälsa även om också ett riskfaktorsperspektiv finns med i bilden. Vi har i en tidigare studie visat att antalet skyddsfaktorer sammanhänger både med allmän och psykisk hälsa. Ju fler skyddsfaktorer desto bättre hälsa (Lindén-Boström, Persson 2012).

Det fanns fram till nyligen få studier om vad det är för faktorer som påverkar situationen för ungdomar med funktionsnedsättning. De tidigare studier som gjorts har huvudsakligen fokuserat på medicinska aspekter av funktionsnedsättningen (Purdam, Afkhami, Olsen, Thornton, 2008). Brottsförebyggande rådet konstaterade i sin kunskapsgenomgång om våld mot personer med funktionshinder att det fanns så stora kunskapsluckor att det inte gick att komma fram till slutsatser om eventuella riskgrupper (Nilsson, Westlund, 2007). Större studier efterlystes med syfte att beskriva utsattheten i olika grupper med avseende på kön, ålder, typ och grad av funktionshinder. Några tidigare studier beskriver emellertid att ungdomar med funktionsnedsättning löper en högre risk än dem utan att bli misshandlade, liksom att det finns en ökad risk för missbruk samt mer negativa resultat i skolan (Goldson, 1997; Emerson, 2003; Hollar, 2005). Dessa resultat ligger väl i linje med vad som framkommit från analyser av Liv & hälsa-undersökningen bland ungdomar i Örebro län (Brunnberg, Lindén-Boström, Berglund, 2007; 2008; 2009; 2012). I en rapport om hörselskadade ungdomars situation framgår tydligt att i den gruppen upplever en klart högre andel psykisk ohälsa jämfört med hörande ungdomar (Brunnberg, Lindén-Boström, Persson, 2009). Detta stöds av resultaten från den nationella kartläggningen av ungas psykiska hälsa (Corell, Telander, Löfstedt, Zhu, Augustine 2011).

Ungdomsstyrelsen har nyligen i en rapport beskrivit funktionsnedsattas villkor (Ungdomsstyrelsen 2012). Där konstateras att unga med funktionsnedsättning har sämre levnadsförhållanden än unga utan funktionsnedsättning inom de allra flesta områden. Inom hälsoområdet sägs till och med att andelen med ohälsa är alarmerande hög bland funktionsnedsatta. Flickorna är speciellt utsatta. De har i högre grad ont i magen och stressrelaterade symtom. De känner sig också i större utsträckning otrygga och är mer utsatta på nätet. För pojkar med funktionsnedsättning gäller att de i högre grad har det dåligt i skolan och är mer utsatta för våld än dem utan funktionsnedsättning. Dessa resultat ligger väl i linje med vad som framkommit från den nationella kartläggningen av psykisk hälsa bland elever i årskurs 6 och 9 som genomfördes 2009 (Corell, Telander, Löfstedt, Zhu, Augustine 2011). Även i en rapport där föräldrar har tillfrågats visas att barn med funktionsnedsättning har sämre hälsa än andra (Corell, Augustine, Löfstedt, 2012). Oavsett funktionsnedsättningens svårighetsgrad har de oftare till exempel ont i magen, huvudvärk och svårt att sova.

## Skydds- och riskfaktorer

I den här rapporten studeras skydds- och riskfaktorer, med betoning på de förstnämnda, i förhållande till psykisk hälsa hos flickor och pojkar med och utan funktionsnedsättning. Inom det förebyggande folkhälsoarbetet finns två nyckelbegrepp, nämligen skydds- respektive riskfaktorer. Skyddsfaktorer används för att beteckna något som minskar sannolikheten för att ett visst problem ska uppkomma det vill säga skydda mot ohälsa. Skyddsfaktorer kan även vara hälsofrämjande i sig och bidra till en god hälsa hos individen. Riskfaktorer däremot ökar sannolikheten att problem ska uppstå. Det är viktigt att skapa förutsättningar för att främja hälsa och förebygga ohälsa. I det första fallet handlar det om att stärka skyddsfaktorer och i det andra om att reducera



riskfaktorer. Skydds- och riskfaktorer finns såväl på individ-, grupp- som samhällsnivå. Dessa så kallade bestämningsfaktorer påverkar förekomsten av ohälsa.

När bestämningsfaktorer utgör grunden för analysen är det främst sambandet mellan en given faktor och ett hälsoutfall som är av intresse. I denna rapport är intresset inriktat på psykisk hälsa. Många av de skydds- och riskfaktorer som tas upp kan ses som både skydds- som riskfaktorer beroende på hur de definieras. Exempelvis kan skoltrivsel bland elever vara något positivt och alltså ses som en skyddsfaktor. Å andra sidan kan vantrivsel utgöra en riskfaktor. En enskild faktor kan verka som ett skydd för psykisk hälsa men givetvis även för andra hälsoutfall som till exempel allmän hälsa, vilket kunde konstateras i rapporten "Hälsans skyddsfaktorer i ett jämlikhetsperspektiv" (Lindén-Boström, Persson 2012). Det kan också vara så att det finns olika faktorer som var för sig agerar som skydd och därmed påverkar hälsan oberoende av varandra, men att de tillsammans kan ha en förstärkande effekt. Detta resonemang gäller på motsvarande sätt även för riskfaktorer.

## Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning definieras enligt Socialstyrelsen som en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga (Socialstyrelsens Termbank). Det knyter an till personliga egenskaper hos individen. Funktionshinder definieras som den begränsning en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. Det kan röra sig om att klara sig själv i det dagliga livet, bristande delaktighet i sociala relationer, i fritids- och kulturaktiviteter eller i demokratiska processer. Framför allt handlar det om bristande tillgänglighet i omgivningen. Vi kommer i den här rapporten framför allt att använda begreppet funktionsnedsättning.

## Frågeställning

Den primära frågeställningen är att belysa om det finns skillnader i psykisk hälsa med hänsyn tagen till kön och funktionsnedsättning. En andra frågeställning är att belysa om de eventuella skillnader som finns kvarstår då hänsyn tas till olikheter i skydds- och riskfaktorer inom områdena levnadsförhållanden och levnadsvanor.

## Rapportens upplägg

Efter den inledande delen beskrivs i rapportens andra kapitel undersökningen "Liv & hälsa ung". I kapitel tre redovisas olika mått på psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykosomatiska symtom och besvär samt hur de samvarierar med varandra. Hur vanligt det är med olika funktionsnedsättningar och kombinationer av dem beskrivs i kapitel fyra. I rapportens femte kapitel jämförs de funktionsnedsattas psykiska hälsa, ohälsa och psykosomatiska besvär med dem som inte har funktionsnedsättning. Kapitel sex inleds, utifrån en analysmodell, med en beskrivning över en rad skydds- och riskfaktorer som antas ha ett samband med den psykiska hälsan. Därefter studeras hur dessa faktorer fördelas bland elever med och utan olika typer av funktionsnedsättning. Följt av en analys av hur sambandet mellan psykisk hälsa och förekomst av funktionsnedsättning påverkas av individuella förhållanden, levnadsvanor samt social tillit och kapital. Kapitlet avslutas med en beskrivning av hur antalet skyddsfaktorer samvarierar med den psykiska hälsan. Kapitel sju innehåller diskussion med förslag. Rapporten avslutas med bilagor som beskriver i detalj de studerade frågorna och de statistiska analyserna.

*Om inget annat anges redovisas i figurerna procentuella andelar från "Liv & hälsa ung" 2011 uppdelat på kön och förekomst av funktionsnedsättning för samtliga elever i skolår 7 och 9 samt i gymnasiets år 2.*

## 2. Liv & hälsa ung

***Denna rapport grundar sig huvudsakligen på enkätundersökningen "Liv & hälsa ung" som genomfördes våren 2011 bland samtliga elever i skolår 7 och 9 samt år 2 på gymnasiet i Örebro län.***

### Undersökningarna

Undersökningarna "Liv & hälsa ung" innehåller frågor om levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Till livsvillkoren räknas sociala bakgrundsfaktorer som föräldrars sysselsättning och vilka man bor tillsammans med, men även skolmiljö som trivsel, elevinflytande, skolk och relationer till kamrater. Frågor om motions-, alkohol-, narkotika- och tobaksvanor räknas in bland levnadsvanorna. Förutom frågor om det allmänna hälsotillståndet ställs ett antal frågor om hur ofta eleverna har upplevt olika former av besvär såsom huvudvärk, ont i magen, värk i axlar, skuldror eller nacke. Eleverna får även svara på ett antal frågor relaterade till psykisk hälsa om hur ofta de till exempel känt sig nedstämda, ängsliga, oroliga, stressade eller haft kontroll.

Det frågeformulär som har använts är i stora delar utarbetat gemensamt av representanter för landstingen i Sörmland, Uppsala, Västmanland och Örebro län. Formuläret till eleverna i skolår 7 är kortare än det som är riktat till eleverna i skolår 9 samt gymnasiets andra årskurs. Vissa frågor, till exempel frågor om sexualvanor och narkotikabruk, är endast ställda till elever i skolår 9 och år 2 på gymnasiet. I undersökningen "Liv & hälsa ung" år 2011 ställdes 61 frågor till eleverna i sjuan och 87 till niorna och gymnasieeleverna<sup>1</sup>. I Örebro finns riksgymnasiet för döva och hörselskadade RGD/RGH och i 2011 års undersökning erbjöds för

---

<sup>1</sup> Frågeformulären i sin helhet kan erhållas från Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.

första gången dessa elever att få enkäten på teckenspråk via webben.

Eleverna besvarar anonymt frågorna i klassrum alternativt datasal under en lektionstimme. De ungdomar som inte var närvarande i skolan den dag formuläret besvarades har inte besvarat det senare. Detta sätt att ställa frågor är förenligt med FN:s barnkonvention och Konventionen för personer med funktionsnedsättning (UD 2006, Reg. prop. 2008/09:28).

Undersökningarna har genomförts 2005, 2007, 2009 och 2011. Ytterligare en undersökning genomförs vårterminen 2014.

## Svarsfrekvens

Den totala svarsfrekvensen i "Liv & hälsa ung" är genomgående mycket god (tabell 1). Flickor svarar i något högre utsträckning än pojkar och yngre svarar generellt sett bättre än äldre elever. Högst svarsfrekvens återfinns därför bland flickor i skolår 7 och lägst bland pojkar i år 2 på gymnasiet. Totalt har 7 930 elever svarat på enkäten<sup>2</sup>.

Tabell 1. Antal och andel (%) svarande elever år 2011 uppdelat efter kön och skolår.

Skolår	Flickor			Pojkar		
	Elev-antal	Antal svar	Svars-procent	Elev-antal	Antal svar	Svars-procent
7	1 455	1 280	88	1 508	1 268	84
9	1 575	1 319	84	1 664	1 353	81
2	1 714	1 295	76	1 875	1 344	72
<b>Totalt</b>	<b>4 744</b>	<b>3 894</b>	<b>82</b>	<b>5 047</b>	<b>3 965</b>	<b>79</b>

Det interna bortfallet, det vill säga det bortfall som uppstår genom att vissa elever väljer att inte svara på en enskild fråga, är under fyra procent för de flesta frågor. Åtta elever som svarat att de har alla olika typer av nedsättningar ingår ej i redovisningen i denna rapport hädanefter.

<sup>2</sup> Alla elever har inte svarat på frågan om kön.

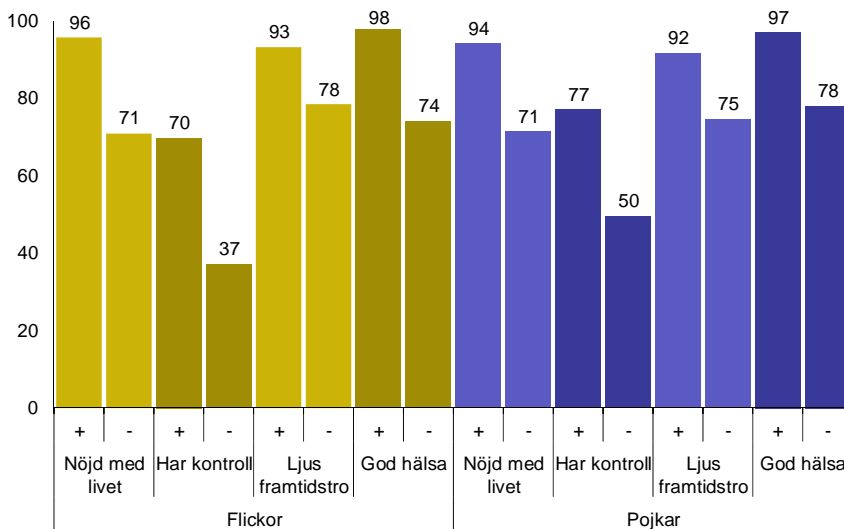
### 3. Psykisk hälsa

***I det här kapitlet beskrivs olika sätt att mäta psykisk (o)hälsa utifrån undersökningen "Liv & hälsa ung", den psykiska hälsans utveckling över tid samt hur den psykiska hälsan hänger samman med olika psykosomatiska besvär.***

#### Olika sätt att mäta psykisk hälsa

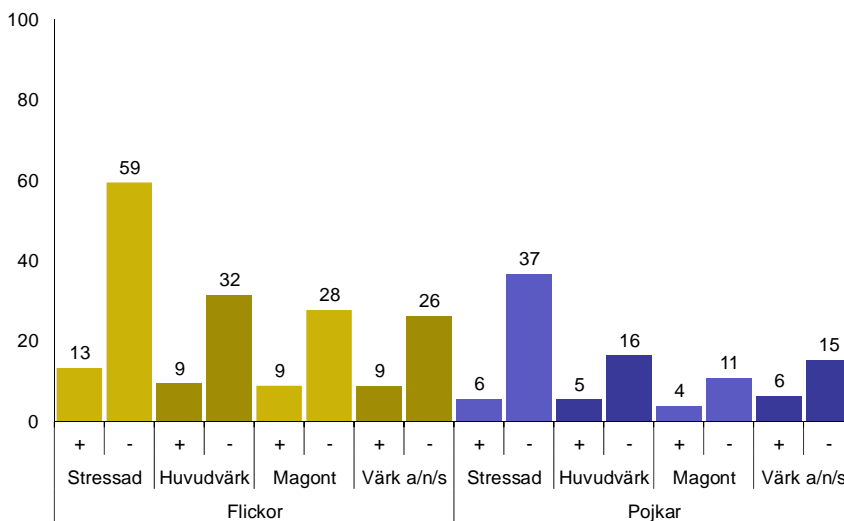
Psykisk hälsa mäts i den här rapporten på ett indirekt sätt med hjälp av en kombination av två frågor. Det innebär att den som *sällan eller aldrig under de tre senaste månaderna varken känt sig nedstämd eller ängslig/orolig* skattas som att ha *god psykisk hälsa*. Dessa två frågor samvarierar starkt med mått på psykiskt välbefinnande såsom att vara nöjd med sitt liv, att känna att man har kontroll, att ha ljus framtidstro och att ha god allmän hälsa. Samvariationen är även stark när det gäller psykosomatiska symtom och besvär såsom att ofta vara stressad, att ha huvudvärk eller ont i magen samt att ha ont i axlar, nacke eller skuldror.

Det är stora skillnader mellan de som har god psykisk hälsa, det vill säga som *sällan eller aldrig känt sig nedstämda, ängsliga eller oroliga (+)* och de som har känt så *ofta eller alltid de senaste tre månaderna (-)* (figur 1). Bland ungdomar som har en god psykisk hälsa är det genomgående mer vanligt att vara nöjd med livet, ha kontroll, ha en ljus framtidstro samt en bra hälsa. Exempelvis är det nära dubbelt så vanligt att ha kontroll för flickor som har god psykisk hälsa (+) än de som inte har det (-). Att det finns en stark koppling mellan den psykiska och allmänna hälsan visas av att nästan alla som anger god psykisk hälsa också har en bra allmän hälsa.



Figur 1. Andel (%) som är nöjda med livet, känner kontroll, har ljus framtidstro respektive har god hälsa. Fördelat på dem som sällan/aldrig (+) respektive ibland/ofta/alltid (-) känt sig nedstämda och/eller ängsliga oroliga.

Flickor som har dålig psykisk hälsa (-) är den mest utsatta gruppen, nära sex av tio har känt sig stressade ofta eller alltid de senaste tre månaderna (figur 2). Det är även betydligt vanligare med huvudvärk, magont och värk i axlar, nacke eller skuldror i den gruppen. Samma mönster kan ses hos pojkar.



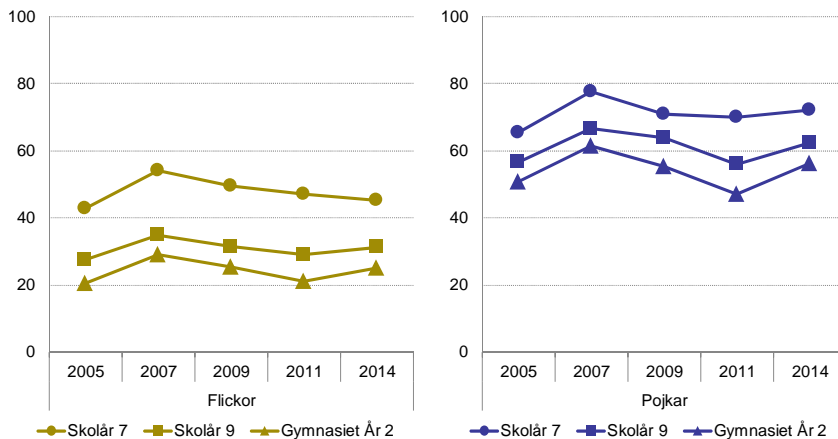
Figur 2. Andel (%) som känt sig stressade, haft huvudvärk (ej migrän), magont respektive värk i axlar/nacke/skuldror. Fördelat på dem som sällan/aldrig (+) respektive ibland/ofta/alltid (-) känt sig nedstämda och/eller ängsliga oroliga.

Sammanfattningsvis kan konstateras att när det gäller hur vanligt det är att vara nöjd med livet, ha ljus framtidstro eller att ha god hälsa finns det ingen nämnvärd skillnad mellan flickor och pojkar. En viss könsskillnad kan ses när det gäller att ha kontroll, där pojkar har mer kontroll än flickor.

Skillnaden mellan flickor och pojkar är även betydande när det gäller psykosomatiska symtom och besvär.

## Den psykiska hälsans utveckling

Det är ungefär dubbelt så vanligt bland pojkar än bland flickor med god psykisk hälsa, mätt som att sällan eller aldrig känna sig nedstämd, ängslig eller orolig. Detta förhållande har sett likadant ut sedan Liv och hälsa ung undersökningarna genomfördes för första gången år 2005 (figur 3). Mellan åren 2005 och 2007 ökade andelen med god psykisk hälsa något för både flickor och pojkar. Mellan 2007 och 2011 har dock andelarna sjunkit något igen för att åter vara på samma nivå som år 2005. I den nyligen genomförda undersökningen 2014 visar de preliminära siffrorna på att det återigen skett en viss ökning av andelen ungdomar med god psykisk hälsa bland pojkar och då särskilt bland pojkar i skolår 9 och gymnasiet jämfört med 2011. Bland flickor har en viss ökning skett i samma årskurser. Andelen flickor med god psykisk hälsa fortsätter dock att sjunka i skolår 7.



Figur 3. Andel (%) som sällan/aldrig känt sig nedstämda eller ängsliga/oroliga de tre senaste månaderna bland elever i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet 2005–2014.



## 4. Funktionsnedsättning bland ungdomar

*Eftersom det är relativt okänt hur många ungdomar som har funktionsnedsättning kommer vi här att presentera resultat från "Liv & hälsa ung" från år 2011 för att ge en bild av läget i länet.*

### Hur vanligt är det?

Nästan en av fem ungdomar i åldersgruppen 13–18 år som har svarat att de har minst en funktionsnedsättning. Den fråga i Liv & hälsa ung-enkäten som ligger till grund för den beskrivningen lyder *Har du någon funktionsnedsättning?*, och har besvarats med antingen *ja* eller *nej*.

Funktionsnedsättningarna som omfattas är: *Hörselnedsättning, Synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon eller linser, Rörelsehinder, Läs-/skrivsvårigheter/dyslexi, ADHD eller ADD samt Annan funktionsnedsättning*. För att inte tynga text, tabeller och figurer förkortas synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon eller linser respektive läs-/skrivsvårigheter/dyslexi vanligtvis med synnedsättning och läs-/skrivsvårigheter.

Under samtliga år som undersökningen "Liv & hälsa ung" har genomförts, det vill säga vartannat år sedan 2005, har procentandelarna för de olika funktionsnedsättningarna legat stabilt runt samma värde i ungdomsgruppen.

Läs- och skrivsvårigheter är den vanligaste funktionsnedsättningen (tabell 2). Andelen med denna nedsättning är något högre bland pojkar samt ökar med stigande ålder. I gymnasiet är det åtta procent av eleverna som uppger att de har läs- och skrivsvårigheter.

Mellan fyra och sju procent av flickor och pojkar i de olika skolåren har hörselnedsättning. Även denna andel ökar till viss del med ökande ålder, en tendens som också har konstaterats i de tidigare Liv & hälsa ung-undersökningarna.

ADHD/ADD är något vanligare bland pojkar medan synnedsättning och rörelsehinder har en mer jämn könsfördelning.

Tabell 2. Andel (%) med olika typer av funktionsnedsättningar uppdelat på kön och skolår.

	Flickor			Pojkar			Totalt		
	7	9	2	7	9	2	7	9	2
<b>Läs-/skrivsvårigheter</b>	4	5	7	6	7	8	5	6	8
<b>Hörselnedsättning</b>	4	5	7	4	6	7	4	5	7
<b>Synnedsättning</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>ADHD/ADD</b>	2	1	3	4	5	4	3	3	3
<b>Rörelsehinder</b>	1	2	1	1	1	1	1	1	1
<b>Annan nedsättning</b>	3	2	3	2	3	3	2	2	3
<b>Minst en funktionsnedsättning</b>	14	14	19	16	19	19	15	17	19

## En eller flera funktionsnedsättningar

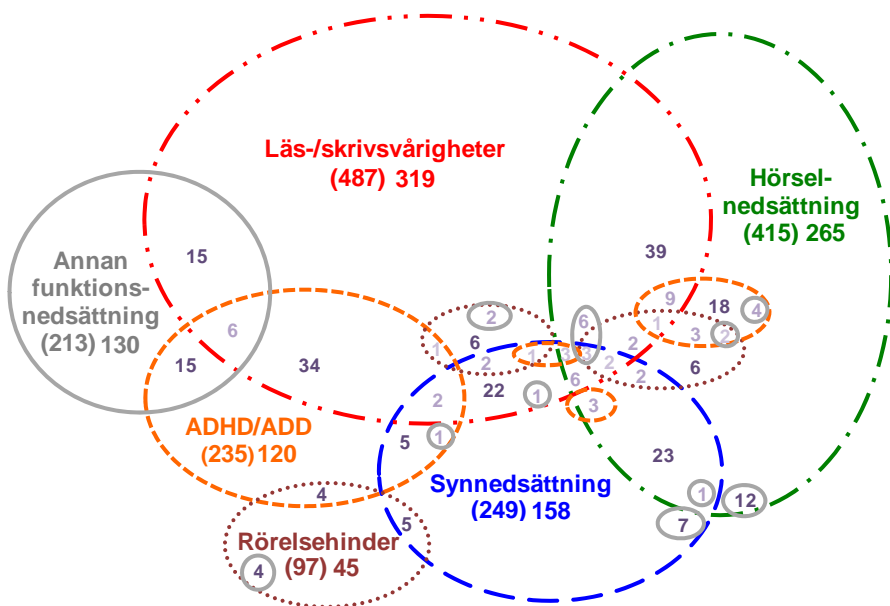
Bland dem med funktionsnedsättning är det vanligast att ha en och inte flera nedsättningar. Detta gäller närmare åtta av tio elever med funktionsnedsättning. Som tidigare nämnts är läs- och skrivsvårigheter vanligast följt av hörselnedsättning (tabell 3). Drygt två av tio elever med funktionsnedsättning har dock två eller fler nedsättningar.

Bland de elever som uppger någon kombination av två eller fler funktionsnedsättningar är de vanligaste kombinationerna att ha läs-/skrivsvårigheter i kombination med hörselnedsättning, synnedsättning eller ADHD/ADD samt att både ha hörsel- och synnedsättning.

Tabell 3. Beskrivning över de vanligaste förekomsterna och kombinationerna av funktionsnedsättningar.

	Antal elever/skolår			Totalt	
	7	9	2	Antal	Andel
Läs-/skrivsvårigheter	86	107	126	319	24%
Hörselnedsättning	65	83	117	265	20%
Synnedsättning	50	59	49	158	12%
Annan funktionsnedsättning	42	43	45	130	10%
ADHD/ADD	40	44	36	120	9%
Rörelsehinder	19	16	10	45	3%
Läs-/skrivsv. & hörselneds.	7	11	21	39	3%
Läs-/skrivsv. & ADHD/ADD	12	12	10	34	3%
Hörsel- & synnedsättning	7	10	6	23	2%
Läs-/skrivsv. & synneds.	9	5	8	22	2%
ADHD/ADD & hörselneds.	2	7	9	18	1%
Andra komb. av 2 neds.	17	23	32	72	5%
Andra komb. 3 eller fler	17	26	32	75	6%
<b>Samtliga med funktionsnedsättning</b>	<b>373</b>	<b>446</b>	<b>501</b>	<b>1320</b>	<b>100%</b>
<b>Ingen funktionsnedsättning</b>	<b>2133</b>	<b>2205</b>	<b>2135</b>	<b>6473</b>	

I figur 4 illustreras den relativt komplexa bilden av olika kombinationer av funktionsnedsättning. Elever med rörelsehinder är den grupp bland funktionsnedsatta där det är vanligast med en kombination av två eller fler funktionsnedsättningar. Bland elever med rörelsehinder uppger över hälften att de har fler än en funktionsnedsättning. Även i gruppen som har ADHD/ADD uppger nära hälften att de har ytterligare funktionsnedsättningar. I övriga grupper har omkring en tredjedel en funktionsnedsättning.



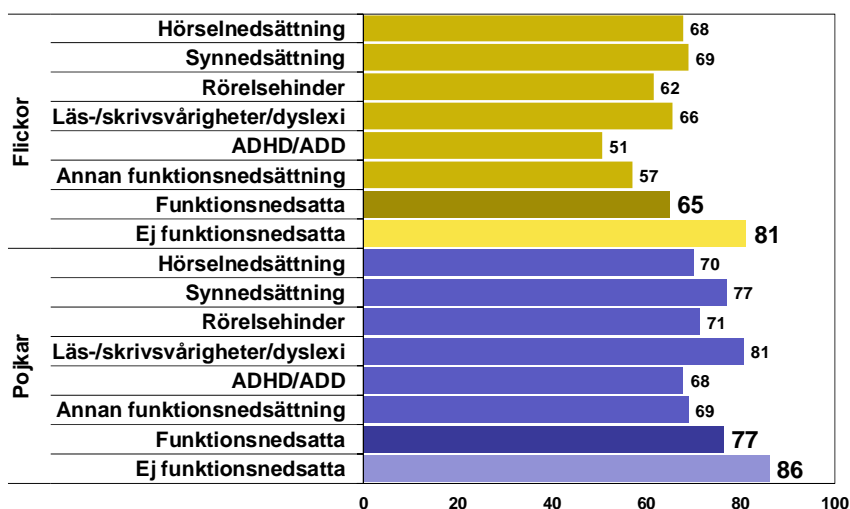
Figur 4. Schematisk bild över antal elever med olika kombinationer av funktionsnedsättningar. Det totala antalet elever anges inom parentes i respektive färg för de olika funktionsnedsättningarna, antalet elever med enbart en funktionsnedsättning anges i respektive färg utan parentes.

## 5. Funktionsnedsättning, psykisk hälsa & besvär

I detta kapitel jämförs funktionsnedsatta ungdomars psykiska hälsa och psykosomatiska symtom och besvär med ungdomar utan funktionsnedsättning.

### Nöjd med livet

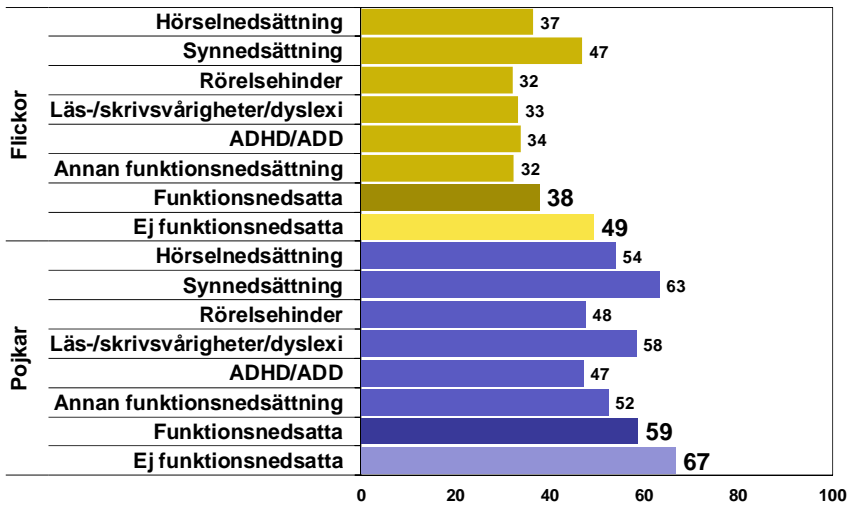
Flertalet av ungdomarna anger att de är *väldigt nöjda/nöjda med sitt liv* (figur 5). Flickor med ADHD/ADD utmärker sig dock med att endast drygt hälften är nöjda med livet. Även om vi studerar frågans andra extrem att vara missnöjd/väldigt missnöjd, framkommer att 21 procent av flickorna med ADHD/ADD ligger sämst till. Därefter följer rörelsehindrade pojkar med 19 procent.



Figur 5. Andel (%) som är nöjda/väldigt nöjda med sitt liv.

## Känsla av kontroll

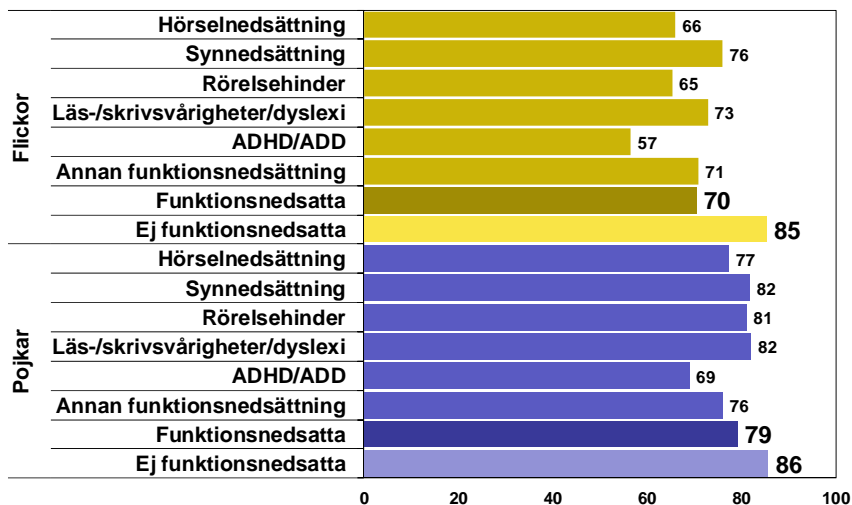
Det är en lägre andel flickor som upplever sig ha kontroll i jämförelse med pojkar, vare sig de har funktionsnedsättning eller inte (figur 6). Två tredjedelar av pojkarna utan nedsättning anger att de *ofta eller alltid under de tre senaste månaderna upplevt sig ha kontroll*, mot knappt hälften av flickorna i motsvarande grupp. Av de funktionsnedsatta flickorna är det bara 38 procent som instämmer i detta, vilket är 21 procentenheter lägre än bland de funktionsnedsatta pojkarna. Bland de med funktionsnedsättning är det både för flickor och pojkar de synnedsatta som upplever sig ha kontroll i högst utsträckning, nästan i lika hög grad som ungdomar utan funktionsnedsättning.



Figur 6. Andel (%) som ofta eller alltid upplevt sig ha kontroll de senaste tre månaderna.

## Framtidstro

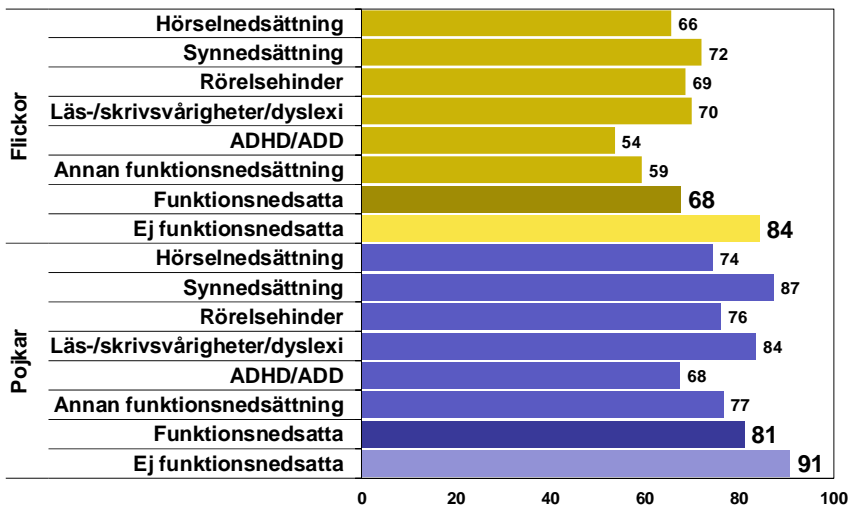
Majoriteten av de tillfrågade ungdomarna ser *mycket eller ganska ljust på framtiden* (figur 7). Men flickor med funktionsnedsättning gör det i klart lägre grad än både flickor utan nedsättning och i jämförelse med pojkar som har samma funktionsnedsättning som de själva.



Figur 7. Andel (%) som för sin egen del ser mycket/ganska ljust på framtiden.

## God allmän hälsa

Det finns en stark koppling mellan hur den psykiska och den allmänna hälsan upplevs. De med en god allmän hälsa har i mycket högre utsträckning även en god psykisk hälsa jämfört med de med dålig hälsa där det är betydligt vanligare med psykisk ohälsa. Majoriteten av de tillfrågade ungdomarna har svarat att de *mår bra eller mycket bra på frågan "Hur mår du rent allmänt?"* (figur 8). Trots det finns det skillnader mellan ungdomar med och utan funktionsnedsättning till de förstnämndas nackdel. Flickorna har generellt en lägre andel med god hälsa jämfört med pojkarna. Värt att notera är emellertid att pojkar med ADHD/ADD, hörselnedsättning och rörelsehinder ligger sämre till än flickor utan funktionsnedsättning. Flickor med ADHD/ADD är de som i minst utsträckning anger en god allmän hälsa, vilket gäller drygt hälften av dem.



Figur 8. Andel (%) som rent allmänt mår bra/mycket bra.

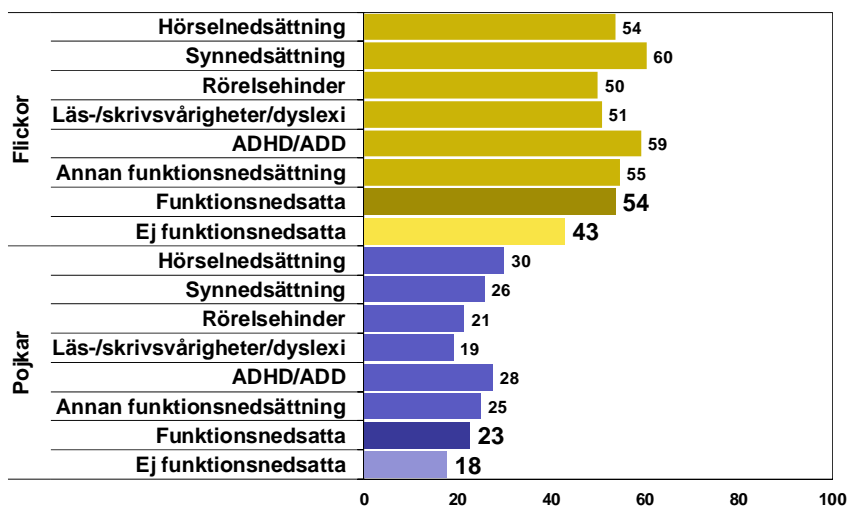
Det är tre gånger vanligare att ungdomar med funktionsnedsättning säger att de har en mycket eller ganska dålig allmän hälsa än de utan, elva respektive fyra procent för flickor och sex



respektive två procent för pojkar. Främst är det flickor med ADHD/ADD, 23 procent, som anger dålig allmän hälsa, men det gäller även 15 procent av pojkarna i den gruppen. Det är också vanligare bland de rörelsehindrade pojkarna där 17 procent anser sig ha dålig hälsa.

## Stress

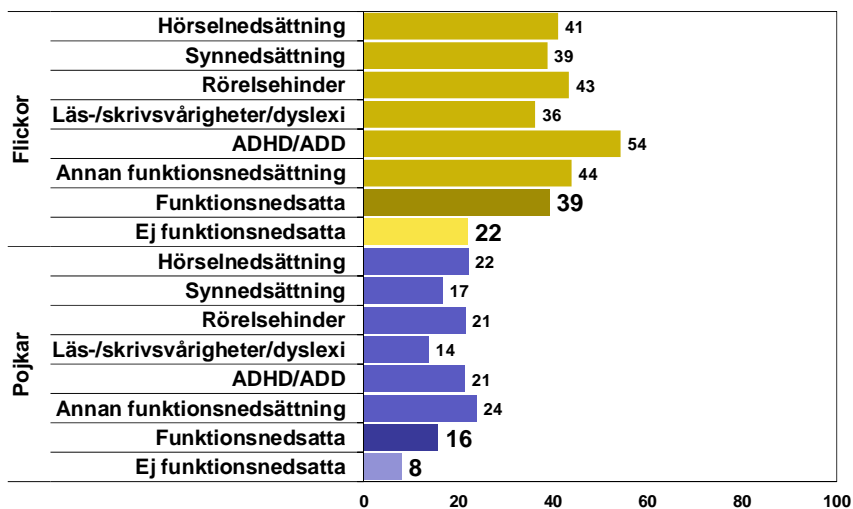
Speciellt flickor känner sig stressade. Över hälften av de med funktionsnedsättning och 43 procent av de utan anger att de *ofta eller alltid under de tre senaste månaderna känt sig stressade* (figur 9). Motsvarande andel bland pojkar är 23 respektive 18 procent. I relation till olika nedsättningar är stress vanligast bland flickor med synnedsättning och ADHD/ADD. För pojkarnas del är det vanligast bland de med hörselnedsättning, ADHD/ADD eller synnedsättning.



Figur 9. Andel (%) som ofta eller alltid känt sig stressade de senaste tre månaderna.

## Ängslan/oro

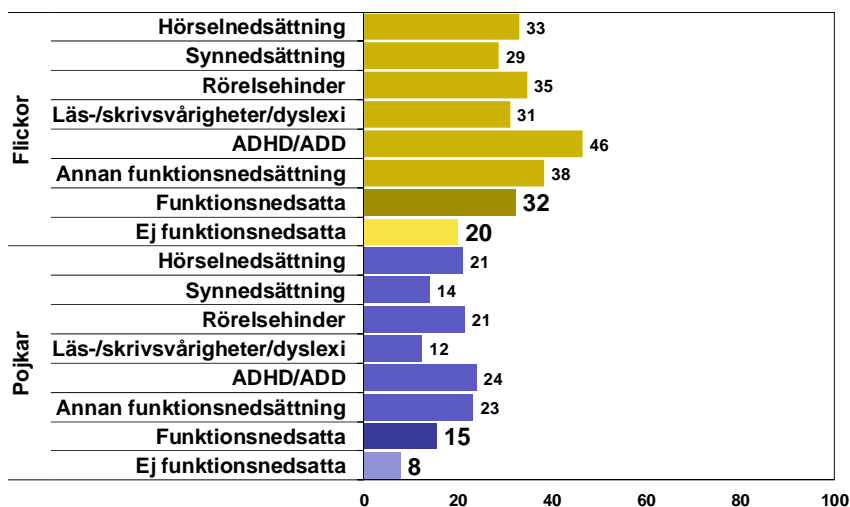
Att känna ängslan eller oro är mycket vanligare bland flickor än pojkar. Närmare fyra av tio flickor med funktionsnedsättning anger att de *ofta eller alltid under de tre senaste månaderna känt sig ängsliga eller oroliga* (figur 10). Det är en mer än dubbelt så hög andel som motsvarande pojkar har och betydligt högre i förhållande till flickor som inte är funktionsnedsatta. Mest utsatta är flickorna med ADHD/ADD där över hälften svarar att de ofta eller alltid känt sig ängsliga eller oroliga under den senaste tremånadersperioden. Pojkar med hörselnedsättning, rörelsehinder och ADHD/ADD anger ängslan/oro i ungefär samma omfattning som flickor utan funktionsnedsättning.



Figur 10. Andel (%) som ofta eller alltid känt sig ängslig/orolig de senaste tre månaderna.

## Nedstämdhet

Flickor upplever nedstämdhet i högre grad än pojkar och det gäller oavsett om de är funktionsnedsatta eller inte (figur 11). För flickornas del är det de med ADHD/ADD som har högst andel, 46 procent, som säger att de *ofta eller alltid under de tre senaste månaderna känt sig nedstämda*. Motsvarande andel bland pojkarna med ADHD/ADD är 24 procent, men det är nästan lika vanligt bland hörselnedsatta och rörelsehindrade. Mönstret för nedstämdhet är i stort detsamma som det för ångslan/oro.

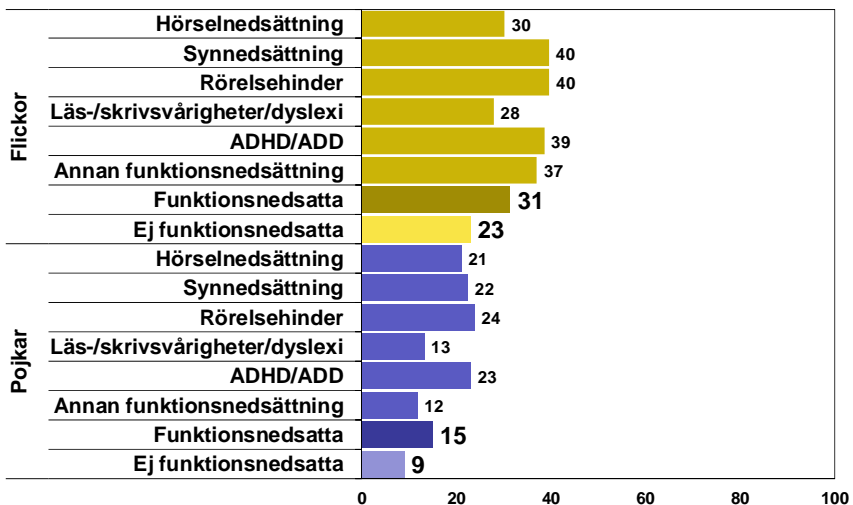


Figur 11. Andel (%) som ofta eller alltid känt sig nedstämda de senaste tre månaderna.

## Huvudvärk

Flickor har generellt sett oftare huvudvärk än pojkar (figur 12). Det är mer än dubbelt så vanligt att både flickor med och utan funktionsnedsättning anger att *de ofta eller alltid under de tre senaste månaderna haft huvudvärk (ej migrän)* jämfört med motsvarande grupp pojkar. Mest förekommande är det bland funktionsnedsatta flickor där nästan en tredjedel anger en sådan grad av besvär. Främst är det de med synnedsättning, rörelsehinder och ADHD/ADD som ofta har huvudvärk.

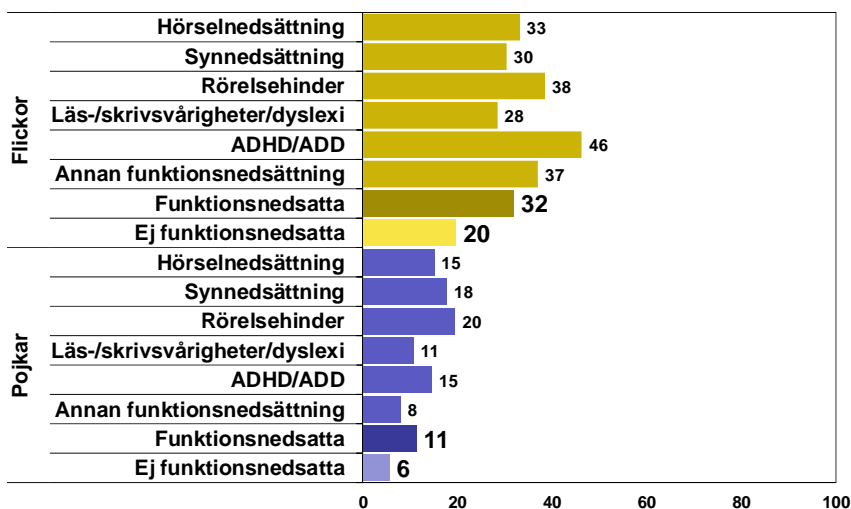
Även om pojkarna har en lägre andel som anger huvudvärk syns ändå en klar skillnad mellan funktionsnedsatta och andra till de förstnämndas nackdel. De ligger, med undantag för ungdomar med läs- och skrivsvårigheter/dyslexi, i nivå med flickor utan funktionsnedsättning.



Figur 12. Andel (%) som ofta eller alltid haft huvudvärk (ej migrän) de senaste tre månaderna.

## Ont i magen

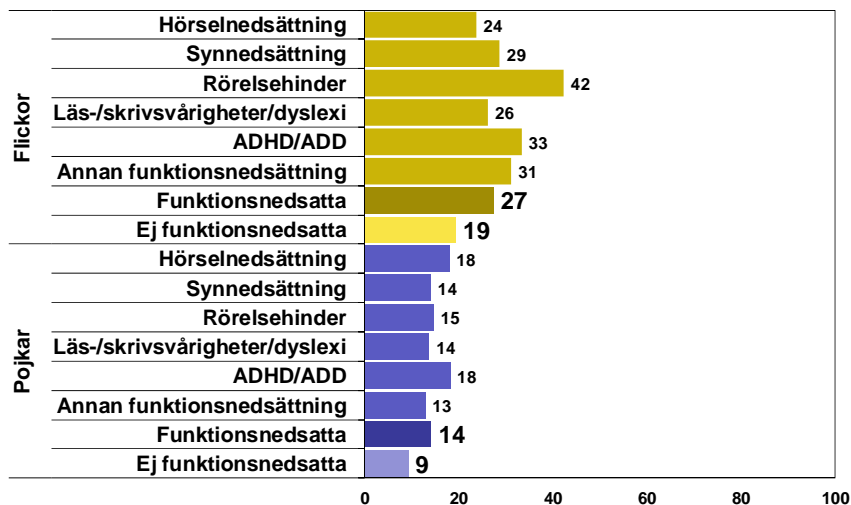
Att *ofta eller alltid under de tre senaste månaderna ha haft ont i magen* är ungefär tre gånger vanligare både bland funktionsnedsatta och andra flickor jämfört med pojkar i motsvarande grupp (figur 13). Men både för flickor och pojkar gäller att det är de med funktionsnedsättning som har högst andel med ont i magen. För flickornas del är det vanligast bland de med ADHD/ADD, följt av rörelsehindrade. Var femte rörelsehindrad pojke anger att de ofta har ont i magen, vilket är i lika hög omfattning som flickor utan funktionsnedsättning.



Figur 13. Andel (%) som ofta eller alltid haft ont i magen de senaste tre månaderna.

## Värk i axlar/skuldror/nacke

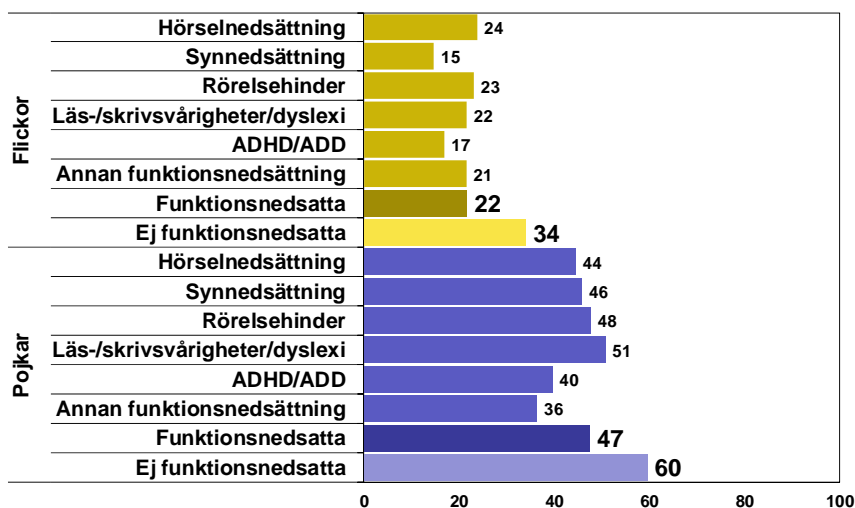
På frågan om man *under de tre senaste månaderna ofta eller alltid har haft värk i axlar, skuldror eller nacke* svarar en dubbelt så hög andel flickor, oavsett funktionsnedsättning eller inte, att det gällt dem i jämförelse med pojkar (figur 14). Drygt fyra av tio flickor med rörelsehinder och tre av tio med ADHD/ADD har haft sådan värk. Även för pojkarnas del är det vanligast bland de med ADHD/ADD, men också bland hörselnedsatta. Dessa ligger i nivå med flickor utan funktionsnedsättning.



Figur 14. Andel (%) som ofta eller alltid haft värk i axlar/skuldror/nacke de senaste tre månaderna.

## Ju fler funktionsnedsättningar desto sämre hälsa

Ungdomar med funktionsnedsättning är en klart utsatt grupp när det gäller både psykisk och allmän hälsa, liksom när det rör sig om psykosomatiska symtom och besvär. Det är betydligt mindre vanligt att elever med funktionsnedsättning uppger *god psykisk hälsa*, mätt som att sällan eller aldrig under de senaste tre månaderna ha känt sig nedstämd, ängslig eller orolig jämfört med de som inte har någon nedsättning (figur 15). Dessutom upplever pojkar, oavsett om de har en funktionsnedsättning eller ej, psykisk hälsa i mycket högre grad än flickor. Flickor med synnedsättning respektive ADHD/ADD är de som har lägst andel med god psykisk hälsa. Bland pojkarna är det de med annan funktionsnedsättning och ADHD/ADD.



Figur 15. Andel (%) med god psykisk hälsa.

Det är även så att ju fler funktionsnedsättningar man har desto sämre är utfallet (tabell 4). Exempelvis är det 15 procent som anger att de känt sig ängsliga eller oroliga ofta eller alltid under de tre senaste månaderna bland dem utan funktionsnedsättning. Den andelen ökar till 24 procent i gruppen med en funktionsnedsättning och till 32 procent bland dem med två. I gruppen med tre eller flera funktionsnedsättningar har den stigit till 47 procent, vilket är en skillnad på över 30 procentenheter i förhållande till de utan funktionsnedsättning.

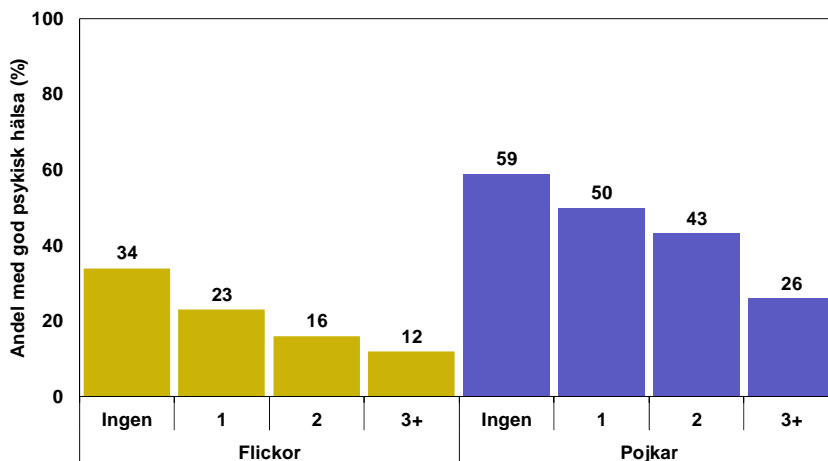
Tabell 4. Andel (%) med olika hälsoutfall, psykosomatiska symtom och besvär bland flickor och pojkar utan funktionsnedsättning respektive med en, två, tre eller fler funktionsnedsättningar.\*

	Antal funktionsnedsättningar			
	ingen	1	2	3+
<b>Nöjd med livet ofta/alltid</b>	84	73	65	57
<b>Känsla av kontroll</b>	58	52	43	31
<b>Ljus framtidstro</b>	85	77	70	70
<b>God allmän hälsa</b>	87	77	70	57
<b>Stressad ofta/alltid</b>	31	35	37	51
<b>Ängslig/orolig ofta/alltid</b>	15	24	32	47
<b>Nedstämd ofta/alltid</b>	14	21	29	37
<b>Huvudvärk ofta/alltid</b>	16	21	27	46
<b>Ont i magen ofta/alltid</b>	13	20	26	32
<b>Värk i axlar/skuldror/nacke ofta/alltid</b>	14	19	26	28

\*Chi-två test för oberoende mellan grupper med olika förekomst av funktionsnedsättning ger signifikanta resultat (alpha 0.001 med 6 df) för samtliga hälsoutfall.



Både bland pojkar och flickor är det de utan funktionsnedsättning som har högst andel med god psykisk hälsa, vilket också framgått av tidigare avsnitt (figur 16). För hela gruppen funktionsnedsatta har det även visats att ju fler funktionsnedsättningar, desto lägre andel är det som anger en god psykisk hälsa. Detta mönster är mycket tydligt också vid en uppdelning på flickor och pojkar. Men pojkarna med funktionsnedsättning har, oavsett om de har en eller flera nedsättningar, mer än dubbelt så hög andel med psykisk hälsa jämfört med motsvarande grupp flickor.



Figur 16. Andel (%) med god psykisk hälsa, uppdelat på elever utan funktionsnedsättning respektive med en, två, tre eller fler funktionsnedsättningar.

## Sammanfattning

Den psykiska hälsan varierar inte bara mellan ungdomar med och utan funktionsnedsättning utan även beroende på kön och typ av nedsättning. Flickor har generellt en sämre psykisk hälsa än pojkar och de anger också en högre grad av psykosomatiska besvär.

Av de funktionsnedsättningar som studeras i den här rapporten framkommer sammantaget att det är några grupper som mår sämre än andra. Det är ungdomar med ADHD/ADD, följt av rörelsehindrade och hörselnedsatta.

När det gäller god psykisk hälsa är det minst vanligt bland flickor med synnedsättning respektive ADHD/ADD. Bland pojkarna är det de med annan funktionsnedsättning och ADHD/ADD som uppger god psykisk hälsa i minst utsträckning.

Det framgår också att ju fler funktionsnedsättningar en person har desto sämre är hälsoläget.

## 6. Skydds- och riskfaktorer

*Kapitlet inleds med en beskrivning av den analysmodell som används för att studera hur sambandet mellan psykisk hälsa och förekomst av funktionsnedsättning påverkas av individuella förhållanden, levnadsvanor samt social tillit och kapital. Därefter beskrivs hur dessa faktorer fördelas bland elever med och utan olika typer av funktionsnedsättning, följt av en analys av de starkaste sambanden. Slutligen redovisas hur antalet skyddsfaktorer samvarierar med den psykiska hälsan.*

### En analysmodell

För att studera sambandet mellan levnadsförhållanden, levnadsvanor och psykisk hälsa har ett antal frågor valts ut. Det är frågor som i tidigare analyser visat sig vara goda indikatorer för både allmän och psykisk hälsa, gällande både vuxna och ungdomar (Lindén-Boström, Persson, 2007; 2008; 2012, Molarius m.fl., 2009), alternativt riskbeteenden för ungdomar (Sundell, Foster 2005). Huvudfokus i den här rapporten är dock skyddsfaktorer i relation till god psykisk hälsa.

I de inledningsvisa logistiska regressionerna, justerade för kön och ålder, har de faktorer sållats ut som visat sig ha ett statistiskt signifikant samband med psykisk hälsa (bilaga 2, tabell B1). Ett sätt att sedan strukturera alla de faktorer som samvarierar med psykisk hälsa är att utgå ifrån en modell som kan användas för att renodla och beskriva de olika stegen i de multivariata analyserna. Vi använder här en modifierad och förenklad variant av en modell som har visat sig vara fruktbar vid en tidigare studie om olika faktorer samband med självrapporterad allmän hälsa (Lindén-Boström, Persson 2010). Analysen genomförs i fyra steg där olika bestämningsfaktorer påförs efterhand för att ge möjlighet att studera effekten av deras inverkan på psykisk hälsa (figur 17). För

att exakt se hur de olika faktorerna i modellen har kategoriserats, hänvisas till bilaga 1 i slutet av rapporten.

I *komponent 1 Funktionsnedsättning* visas de fem funktionsnedsättningar som analyseras i rapporten, det vill säga hörselnedsättning, synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon eller linser, lässvårigheter/skrivsvårigheter/dyslexi, rörelsehinder, ADHD/ADD och annan funktionsnedsättning.

*Komponent 2 Individuella förhållanden* består av (i) *sociodemografiska faktorer* och (ii) *upplevda livsomständigheter*. Sociodemografiska faktorer är kön, ålder, etnicitet, familjestruktur och föräldrars sysselsättning. Kritiska livshändelser - ofta oönskade, okontrollerbara och ibland även livshotande - är inkluderade under upplevda livsomständigheter. Sådana livshändelser har sedan länge visat sig ha en negativ inverkan på psykisk hälsa (Brown, Harris 1978).

I *Levnadsvanekomponenten (3)* ingår alkohol-, rök- och snusvanor liksom rökning av vattenpipa och användning av narkotika. Här ingår även fysisk aktivitet, matvanor, vikt mätt med Body Mass Index (BMI)<sup>3</sup>. Skolk och sömnvanor är två andra aspekter inom denna komponent.

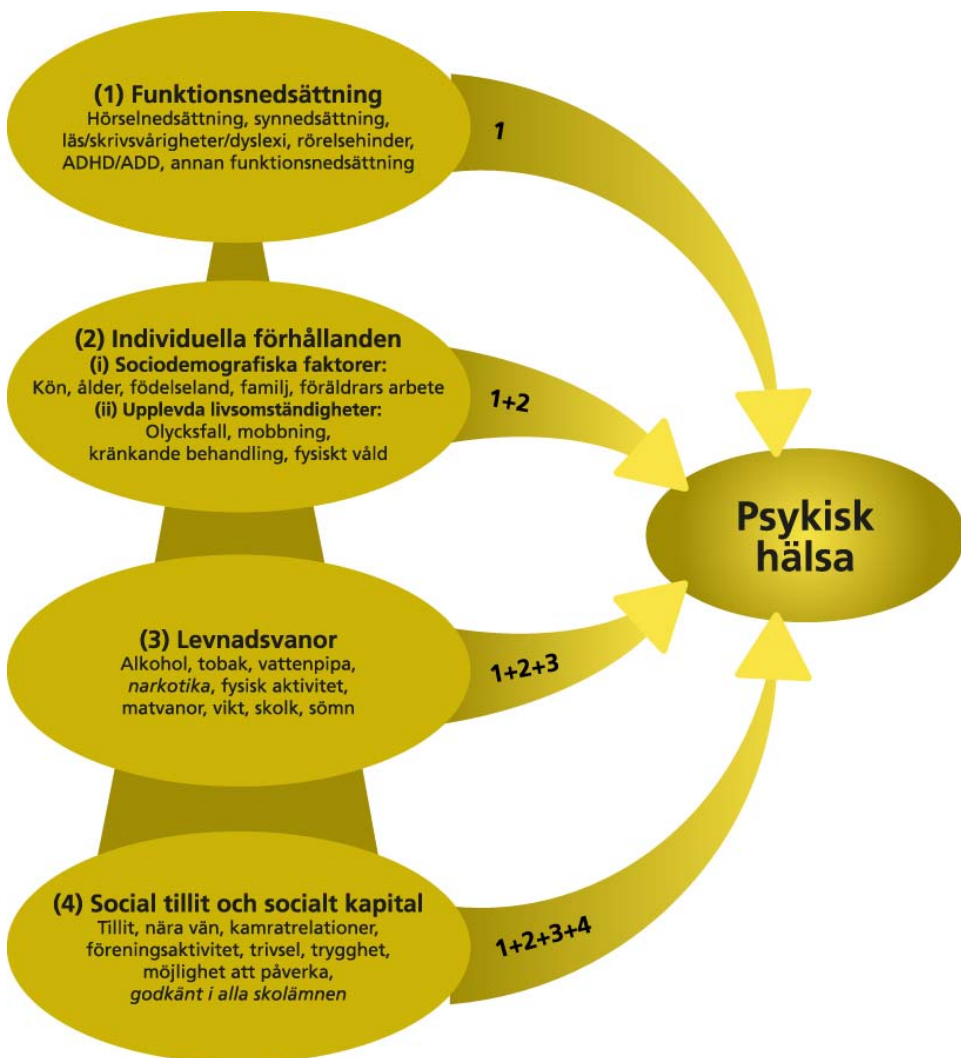
*Komponent 4 Social tillit och socialt kapital* innehåller olika faktorer som har att göra med att känna tillit till föräldrar, att ha nära vänner och kamrater, att trivas där man bor respektive i skolan. I denna komponent ingår även föreningsaktivitet, upplevelse av påverkansmöjligheter och trygghet i skolan liksom om eleven har godkänt i alla skolämnen. Här är det dels socialt stöd i nära relationer och närmiljön som det sätts fokus på. Men också påverkan och deltagande i föreningsliv, som till exempel idrottsklubbar, och skola. Att delta i sociala nätverk och att ha tillgång till socialt stöd stärker ens personliga resurser och är sedan länge

---

<sup>3</sup> Body Mass Index (BMI) har beräknats enligt formeln vikt i kg/(längd i meter)<sup>2</sup>. Eleverna har själva fått uppskatta sin vikt och längd. Gränser för undervikt, normalvikt, övervikt respektive fetma har därefter beräknats enligt gränsvärdena för flickor och pojkar i en genomsnittlig åldersgrupp för skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet enligt gränsvärdena angivna av Cole & Lobstein (2012).

känt att vara positivt för hälsan (Cohen, Syme 1985). Social tillit och socialt kapital är tillsammans med de individuella förhållanden det som sammantaget utgör individens levnadsförhållanden.

*Psykisk hälsa* mäts i den här rapporten på ett indirekt sätt med hjälp av en kombination av två frågor. Det innebär att den som *sällan eller aldrig under de tre senaste månaderna varken känt sig nedstämd eller ängslig/orolig* anses ha en god psykisk hälsa.



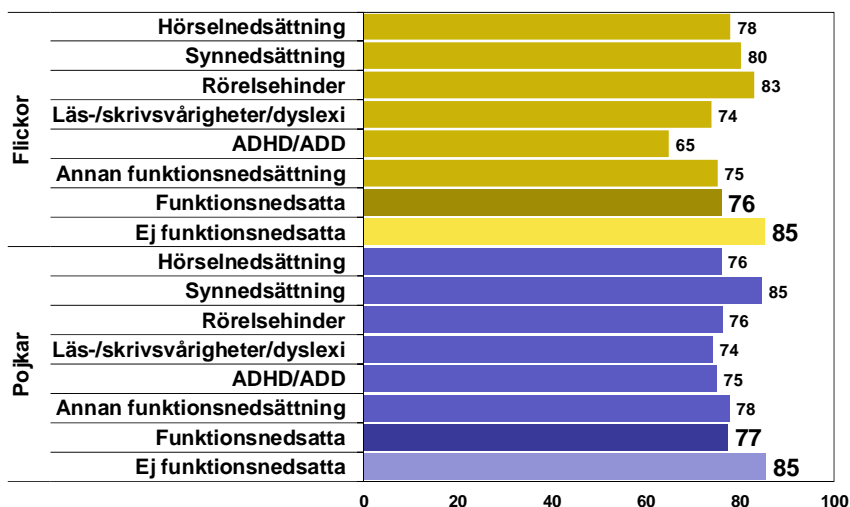
Figur 17. En modell med fyra analyssteg av olika bestämningfaktorer för ungdomars psykiska hälsa.

## Individuella förhållanden

### Familj

Familjen är viktig ur en rad olika aspekter. En sådan aspekt är vem eller vilka man bor tillsammans med. Omkring två tredjedelar av ungdomarna utan funktionsnedsättning bor med två sammanboende föräldrar. Motsvarande andel bland de funktionsnedsatta är cirka 55 procent. Lägst andel härvidlag har både pojkar och flickor med ADHD/ADD, 42 respektive 45 procent. Andelen som bor tillsammans ökar till 85 procent i gruppen utan funktionsnedsättning och till drygt tre av fyra bland de funktionsnedsatta om de som också bor växelvis hos sina föräldrar räknas in (figur 18). Förhållandet att det är flickor med ADHD/ADD som är de som i lägst utsträckning bor tillsammans med båda sina föräldrar kvarstår.

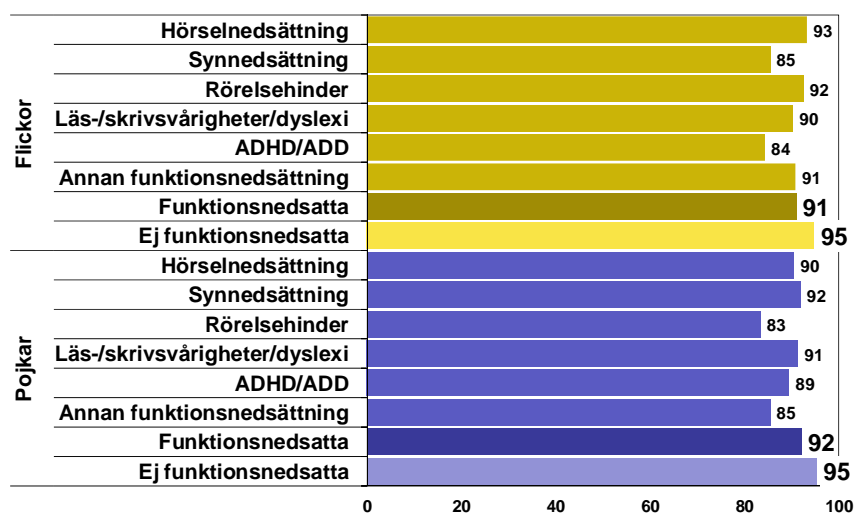
Det är en något högre andel bland de funktionsnedsatta ungdomarna som inte bor med någon förälder. Det kan då röra sig om att de till exempel bor med andra elever på elevhem eller i veckohemsfamilj.



Figur 18. Andel (%) som bor med båda sina föräldrar (växelvis eller båda tillsammans).

## Föräldrars arbete

Det stora flertalet har minst en förälder som arbetar, men det är något vanligare bland ungdomar utan funktionsnedsättning (figur 19). Flickor med ADHD/ADD eller synnedsättning har cirka tio procentenheter lägre andel med minst en förvärvsarbetande förälder jämfört med de utan funktionsnedsättning. För pojkarna gäller detta rörelsehindre i relation till de som inte är funktionshindrade.



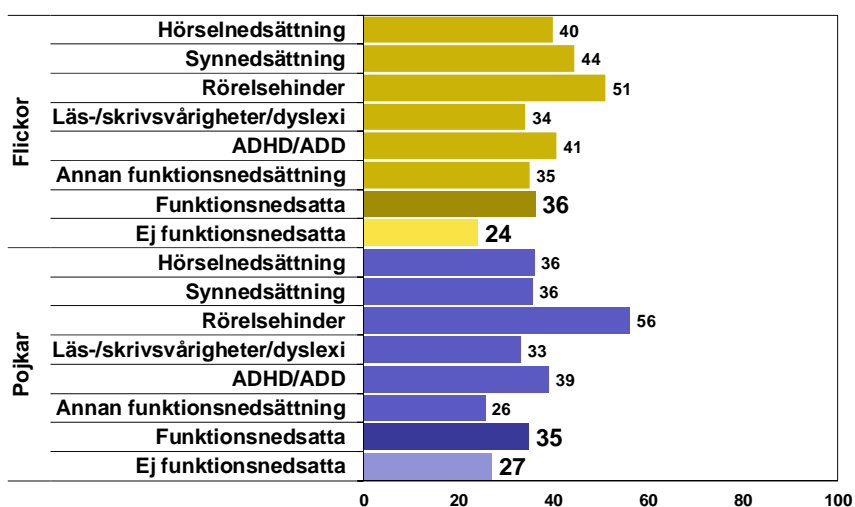
Figur 19. Andel (%) med minst en förälder som har arbete.

## Födelseland

Majoriteten av ungdomarna, omkring 75 procent, har svenskt ursprung. Med det menas att de har svenskfödda föräldrar och själva är födda i Sverige. Det är ingen skillnad mellan de med respektive utan funktionsnedsättning som grupp betraktad i andel med svenskt ursprung. Däremot framkommer att det är en lägre andel bland de rörelsehindrade flickorna och pojkarna, och för pojkarnas del gäller det även synnedsatta.

## Olycksfall

Olycksfall är vanligare bland ungdomar med funktionsnedsättning. Mer än var tredje funktionsnedsatt elev har *råkat ut för en olycka som krävt professionell vård under de senaste tolv månaderna*, jämfört med var fjärde utan funktionsnedsättning. Värst drabbade är både flickor och pojkar med rörelsehinder där över hälften varit med om minst ett olycksfall under perioden.

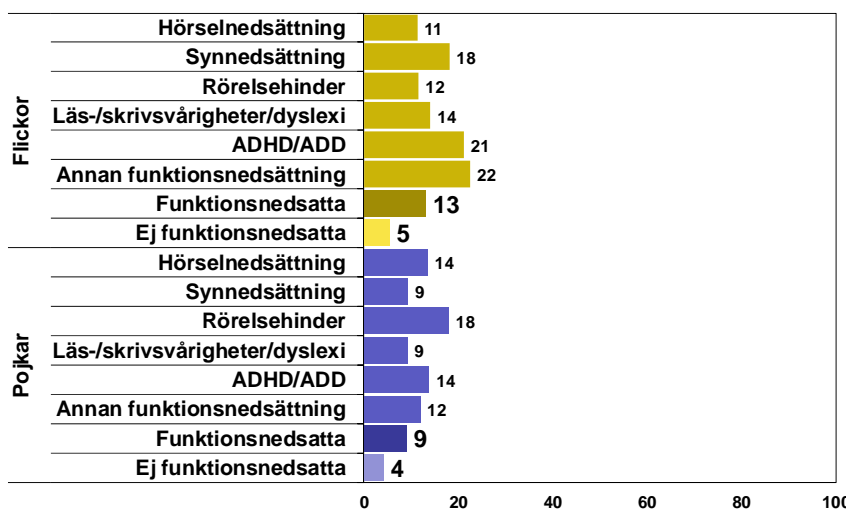


Figur 20. Andel (%) som under de senaste 12 månaderna blivit skadad eller råkat ut för någon olycka och fått åka till vårdcentral, tandläkare eller sjukhus.



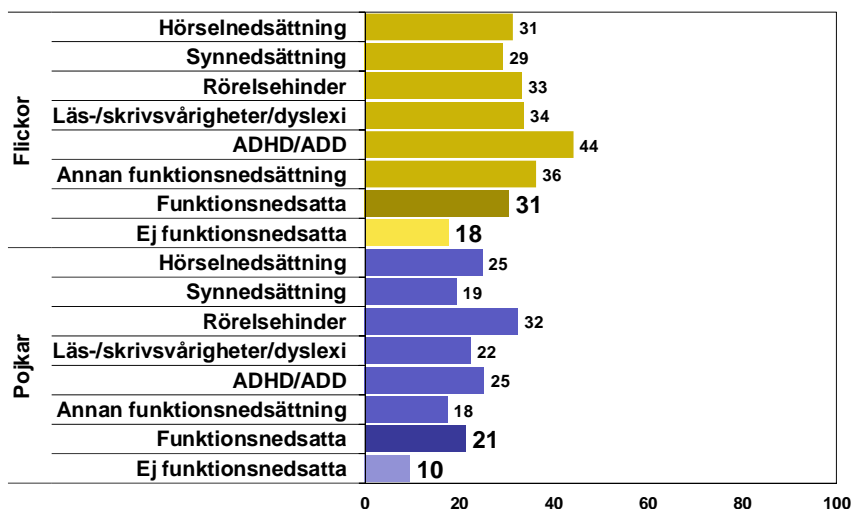
## Mobbning

Det är mer än dubbelt så vanligt att funktionsnedsatta elever blivit mobbade i skolan jämfört med sina skolkamrater (figur 21). Tretton procent av flickorna med funktionsnedsättning anger att de *känt sig diskriminerade, trakasserade eller kränkta i skolan flera gånger* antingen av skolkamrater eller lärare/någon vuxen under det senaste läsåret, mot fem procent bland flickor utan nedsättning. Motsvarande andelar är nio och fyra procent för pojkarna. I förhållande till funktionsnedsättning är det vanligast bland flickor med ADHD/ADD respektive synnedsättning och bland pojkar med rörelsehinder.



Figur 21. Andel (%) som har blivit diskriminerad, trakasserad eller kränkt flera gånger (mobbad) det senaste läsåret.

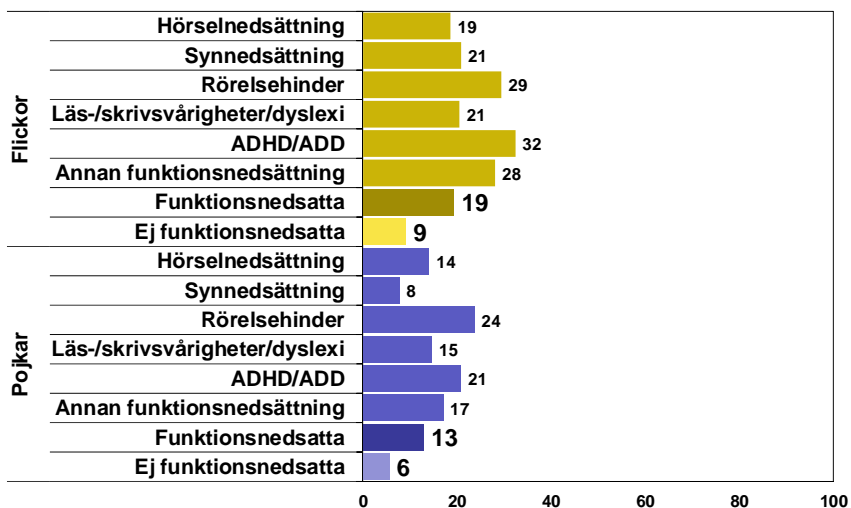
Flickor är mer utsatta än pojkar för *trakasserier eller kränkningar via mobiltelefon och/eller Internet* och det gäller oavsett funktionsnedsättning eller inte (figur 22). Men både flickor och pojkar med funktionsnedsättning anger i högre grad att de blivit trakasserade eller kränkta jämfört med ungdomar utan funktionsnedsättning.



Figur 22. Andel (%) som under vårterminen blivit utsatt för trakasserier eller kränkning via mobiltelefon och/eller Internet.

## Kränkande behandling

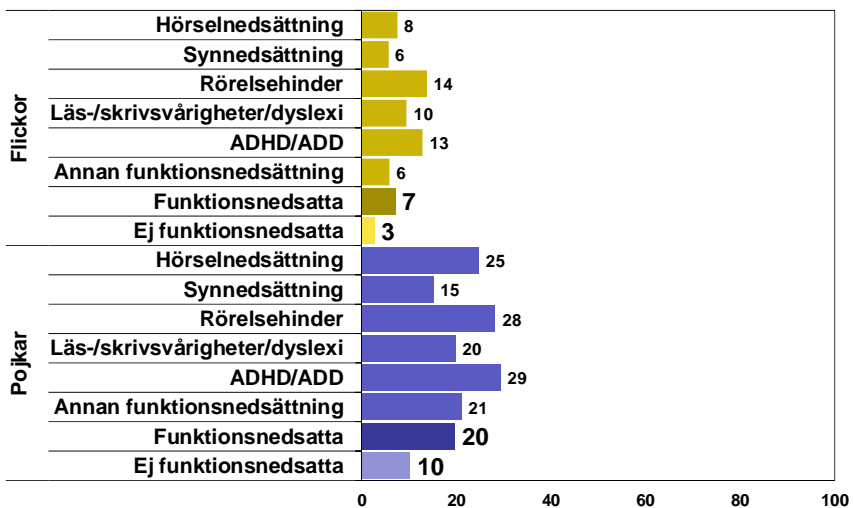
Det är dubbelt så vanligt att funktionsnedsatta ungdomar någon gång blivit *fysiskt eller psykiskt illa behandlade av någon vuxen i sin närhet utanför skolan* jämfört med de utan funktionsnedsättning (figur 23). Det gäller både flickor och pojkar men det är mer förekommande bland flickorna. Mest drabbade är ungdomar med ADHD/ADD och rörelsehinder.



Figur 23. Andel (%) som någon gång har blivit fysiskt eller psykiskt illa behandlad (till exempel slagen eller kränkt) av någon vuxen i sin närhet utanför skolan.

## Fysiskt våld

Fysisk våld förekommer i skolan men flertalet elever svarar att de inte varit utsatta för något sådant under terminen. Vanligast är det bland funktionsnedsatta pojkar och minst vanligt i gruppen flickor utan funktionsnedsättning (figur 24). Pojkar med ADHD/ADD, hörselnedsättning eller rörelsehinder är de som oftast har *råkat ut för fysiskt våld i skolan* under terminen. Bland flickorna är det de som har ADHD/ADD respektive rörelsehinder som är de mest utsatta.



Figur 24. Andel (%) som under vårterminen blivit utsatt för fysiskt våld i skolan.

Flickor är generellt sett mer utsatta när det gäller trakasserier eller kränkande behandling. För pojkar är det däremot vanligare med fysiskt våld i skolan.

## Sammanfattning

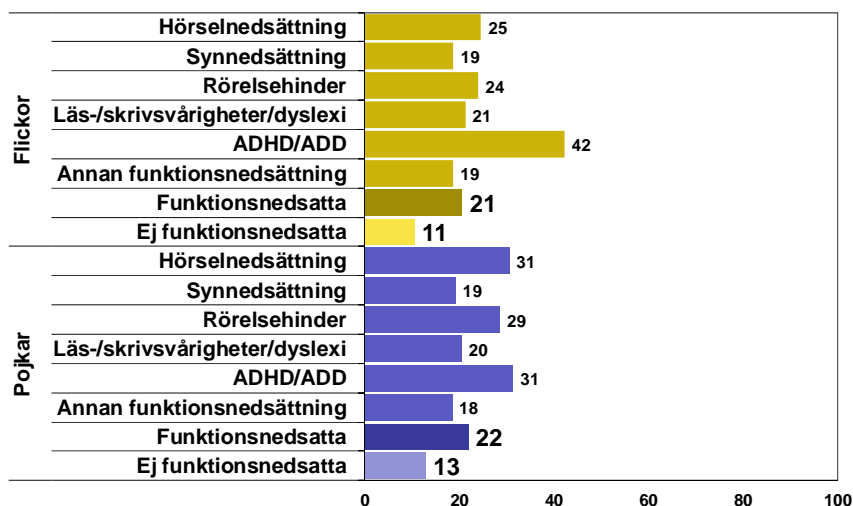
Ungdomar med funktionsnedsättning bor i mindre utsträckning tillsammans med båda sina föräldrar jämfört med andra jämnåriga. Detta gäller oavsett om föräldrarna bor tillsammans eller om eleven bor växelvis hos båda föräldrarna. När det gäller olycksfall och att ha varit utsatt för kränkande behandling är funktionsnedsatta ungdomar en utsatt grupp. Mer än var tredje funktionsnedsatt elev har varit med om en olycka under det senaste året jämfört med omkring var fjärde bland dem utan nedsättning. Att ha blivit mobbad i skolan eller illa behandlad av någon vuxen i sin närhet utanför skolan är mer än dubbelt så vanligt bland de med funktionsnedsättning.

Sett till funktionsnedsättning visar en sammanfattande bild av de individuella förhållanden som beskrivs i det här avsnittet att det är pojkar med rörelsehinder och ADHD/ADD och flickor med ADHD/ADD som har en speciellt belastad situation.

# Levnadsvanor

## Alkohol

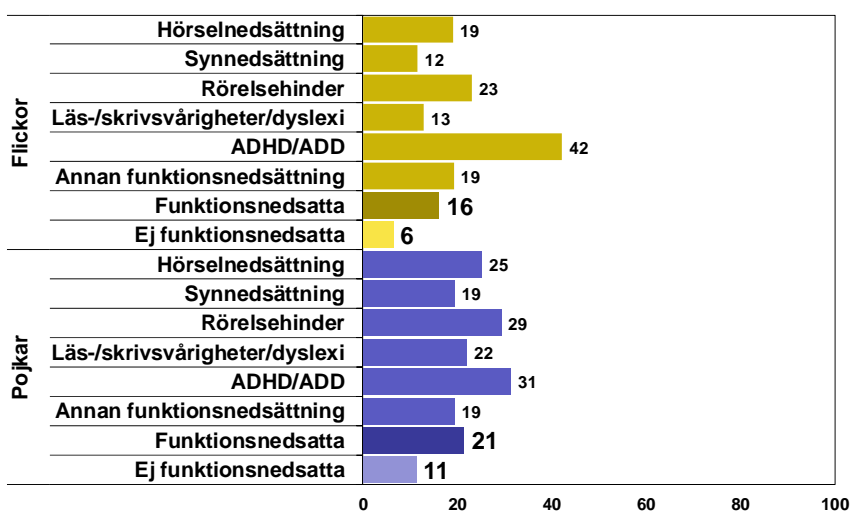
Berusningsdrickande är betydligt vanligare bland de funktionsnedsatta ungdomarna jämfört med dem utan (figur 25). Bland flickor med funktionsnedsättning är det nära en dubbelt så hög andel som *varit full någon gång (åk. 7), druckit sig berusad minst en gång per månad (åk. 9) respektive minst två gånger per månad (år 2 på gymnasiet)* i relation till flickor utan funktionsnedsättning. För pojkarnas del är förhållandet likartat om än inte fullt så uttalat. Bland elever med olika funktionsnedsättningar varierar andelen med berusningsdrickande mellan 18 och 42 procent, vilket kan jämföras med 11 till 13 procent bland de utan funktionsnedsättning. Det är framför allt flickor med ADHD/ADD som anger att de dricker sig berusade. För pojkarnas del är det pojkar med hörselnedsättning, rörelsehinder eller ADHD/ADD som berusar sig ofta.



Figur 25. Andel (%) som i skolår 7 varit fulla minst en gång/ i skolår 9 varit berusade minst en gång per månad och i år 2 varit berusade minst 2 gånger per månad under de senaste 12 månaderna.

## Tobak

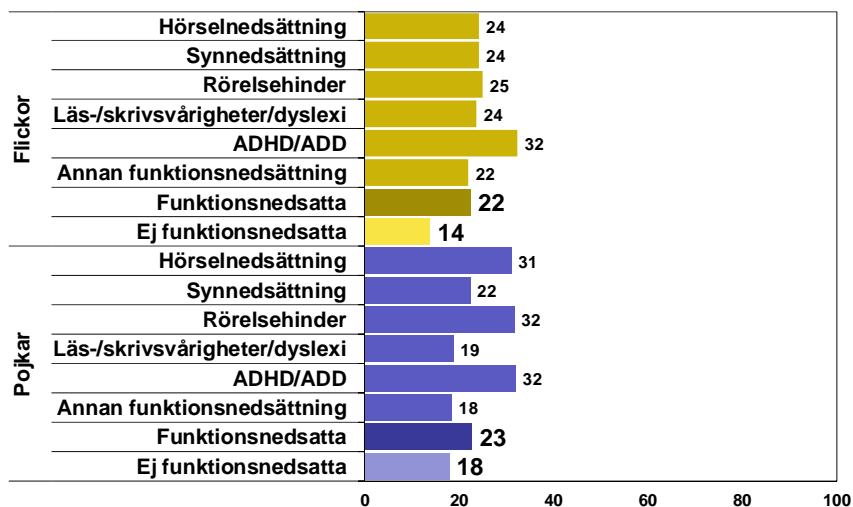
Tobaksbruk, det vill säga att *röka och/eller att snusa dagligen* är ungefär dubbelt så vanligt bland funktionsnedsatta ungdomar jämfört med de utan (figur 26). För flickornas del rör det sig nästan uteslutande om rökning, medan snusning och rökning förekommer i ungefär lika hög utsträckning bland pojkarna. Andelen är högst i ADHD/ADD-gruppen med drygt fyra av tio flickor och tre av tio pojkar som använder tobak varje dag.



Figur 26. Andel (%) som använder tobak dagligen.

## Vattenpipa

Vattenpipsrökning är relativt sett ett ganska nytt fenomen i Sverige. Inte desto mindre är det många som har provat på och använt vattenpipa vid ett flertal tillfällen. Drygt var femte av de tillfrågade flickorna och pojkarna med funktionsnedsättning har *rökt vattenpipa minst två gånger under de senaste tolv månaderna* (figur 27). Det är en högre andel än vad som gäller de utan funktionsnedsättning. För flickorna är det vanligast i gruppen med ADHD/ADD. Detta stämmer även för pojkarna, men där är det lika förekommande bland rörelsehindrade och hörselnedsatta.

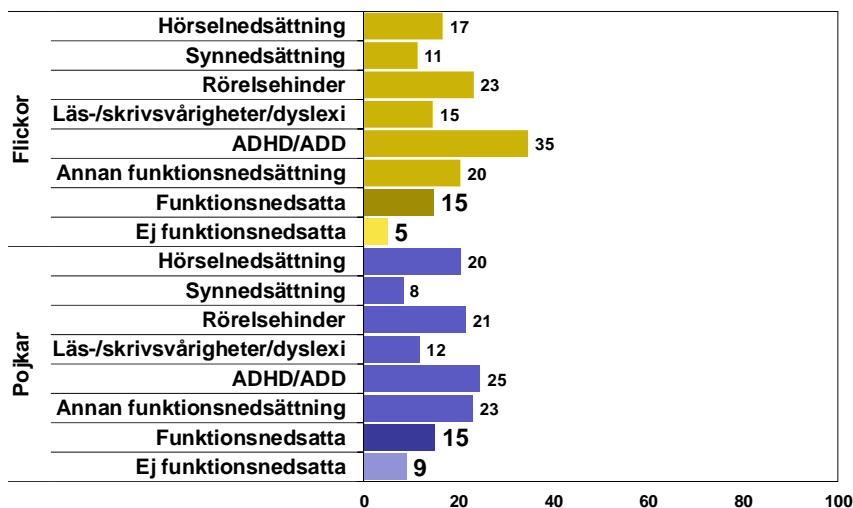


Figur 27. Andel (%) som har rökt vattenpipa minst två gånger de senaste 12 månaderna.



## Narkotika

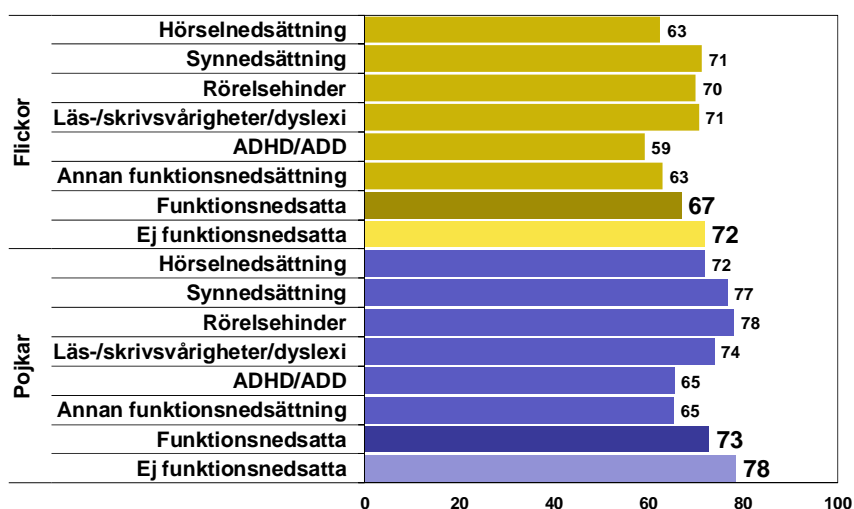
Majoriteten av ungdomarna har aldrig använt narkotika. Resultaten grundar sig här på svar från eleverna i skolår 9 och år 2 på gymnasiet eftersom frågan om man *någon gång använt narkotika* inte ställts till sjuorna. Det är betydligt vanligare att funktionsnedsatta ungdomar använt narkotika jämfört med icke funktionsnedsatta (figur 28). För flickorna är det tre gånger vanligare, 15 jämfört med 5 procent. Bland pojkarna är motsvarande andelar 15 respektive 9 procent. Främst är det ungdomar med ADHD/ADD som använt narkotika, var fjärde pojke och drygt var tredje flicka. I alla grupper med funktionsnedsättning, med undantag för synnedsatta pojkar, är andelen som använder narkotika högre än bland de utan funktionsnedsättning.



Figur 28. Andel (%) som någon gång använt narkotika.

## Fysisk aktivitet

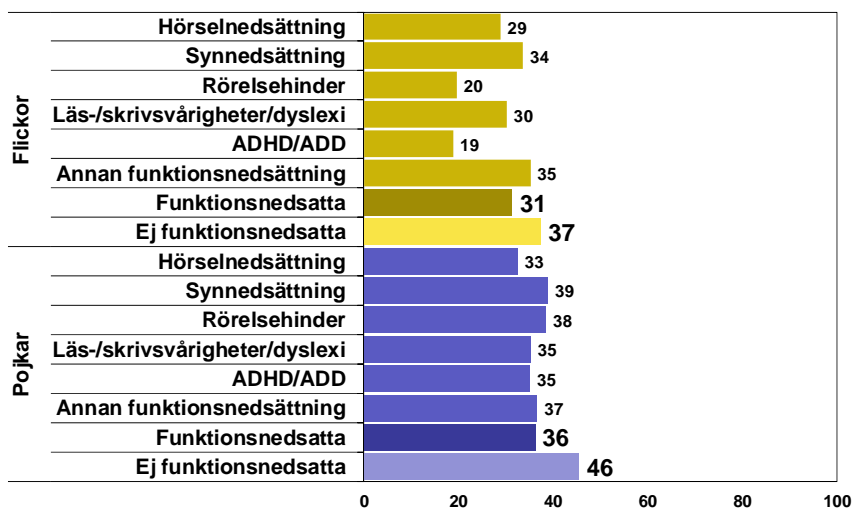
Betydelsen av att vara fysiskt aktiv framhålls i många sammanhang. Majoriteten av ungdomarna motionerar, antingen genom att de rör på sig genom att till exempel *cykla, gå, idrotta minst en timme varje dag eller träna på fritiden minst två gånger per vecka* (figur 29). Funktionsnedsatta ungdomar och flickor motionerar i något lägre grad än andra. De med ADHD/ADD är de som både bland flickor och pojkar har lägst andel som motionerar.



Figur 29. Andel (%) som ägnar sig åt vardagsmotion minst en timme per dag och/eller tränar minst 2 gånger i veckan.

## Matvanor

Det finns en skillnad när det gäller att ha *regelbundna måltidsvanor* både mellan flickor och pojkar och mellan de med och utan funktionsnedsättning (figur 30). Pojkar utan funktionsnedsättning är de med mest regelbundna vanor, det vill säga 46 procent av dem *äter frukost, lagad lunch och kvällsmat varje dag*. Flickor med funktionsnedsättning är med 31 procent de med lägst andel. Speciellt gäller det flickor med ADHD/ADD och rörelsehinder där cirka 20 procent har regelbundna måltidsvanor.



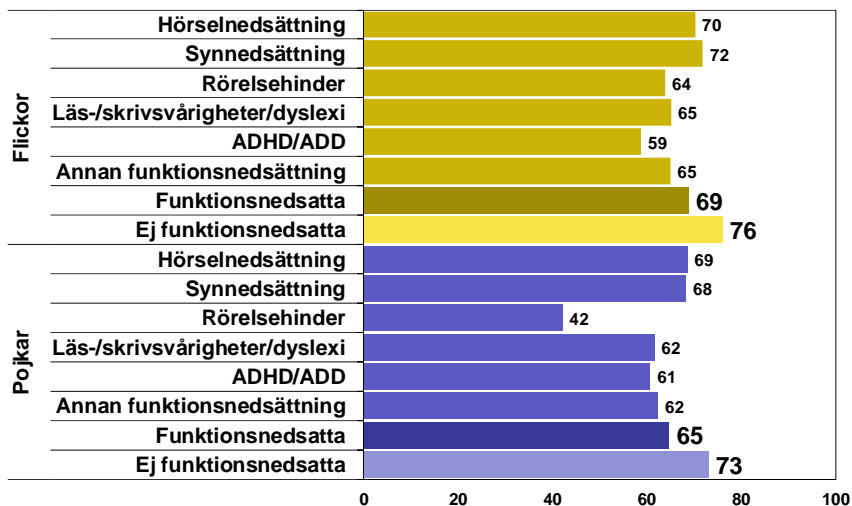
Figur 30. Andel (%) som har regelbundna måltidsvanor (äter frukost, lagad lunch och lagad mat på kvällen varje dag).

## Vikt

Eleverna har svarat på frågor om sin längd och vikt och utifrån dessa svar har ett *Body Mass Index* (BMI<sup>4</sup>) räknats fram.

Resultaten visar att normalvikt är mindre vanligt bland ungdomar med funktionsnedsättning jämfört med ungdomar utan (figur 31).

Minst vanligt är det hos rörelsehindrade pojkar där endast 42 procent har normalvikt. För flickornas del är normalvikt minst vanligt i gruppen med ADHD/ADD.



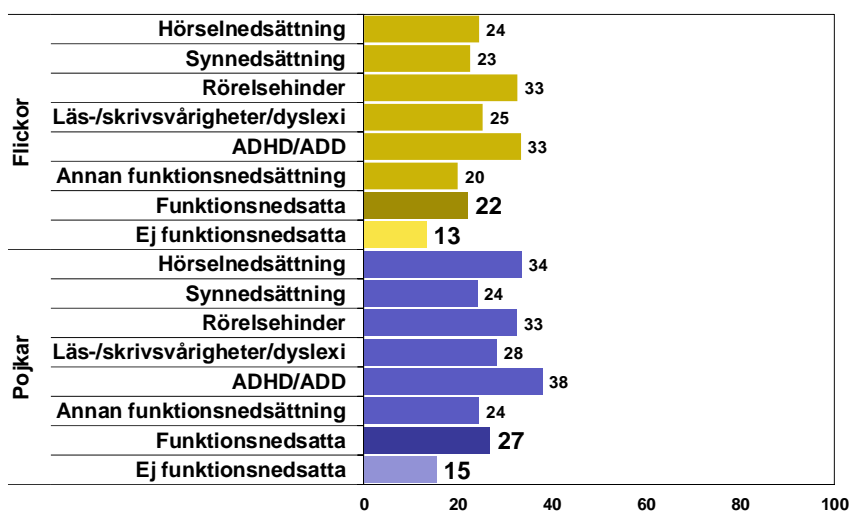
Figur 31. Andel (%) med normalvikt (ej undervikt, övervikt eller fetma).

Fetma är vanligare bland funktionsnedsatta i relation till de utan funktionsnedsättning. Även undervikt är vanligare bland dem med funktionsnedsättning.

<sup>4</sup> Body Mass Index (BMI) har beräknats enligt formeln vikt i kg/(längd i meter)<sup>2</sup>. Gränser för undervikt, normalvikt, övervikt respektive fetma har därefter beräknats enligt gränsvärden för flickor och pojkar i en genomsnittlig åldersgrupp för skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet enligt gränsvärden angivna av Cole & Lobstein (2012).

## Skolk

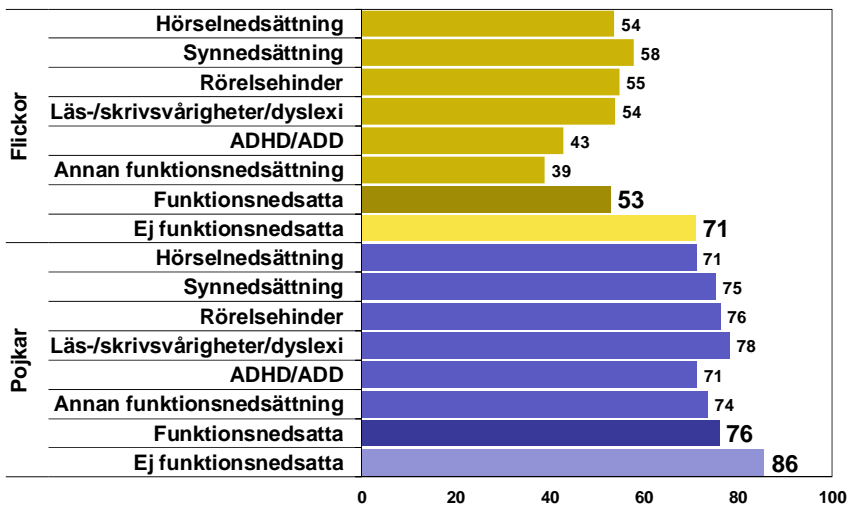
Elever med funktionsnedsättning skolkar i större omfattning än andra och det gäller både flickor och pojkar (figur 32). Mer än var fjärde pojke och var femte flicka med funktionsnedsättning *skolkar minst en gång per månad*, jämfört med 15 respektive 13 procent bland övriga elever. För pojkarnas del är det vanligast bland de med ADHD/ADD, vilket även gäller flickorna, men där är det lika förekommande bland rörelsehindrade. Dock är skolk vanligare i alla grupper med funktionsnedsättning jämfört med de utan.



Figur 32. Andel (%) som brukar skolk minst en gång i månaden.

## Sömn

Flickor och pojkar utan funktionsnedsättning sover bättre, i form av att *sällan eller aldrig ha besvärats av orolig sömn*, än de med funktionsnedsättning (figur 33). Pojkar har, oavsett om de har funktionsnedsättning eller inte, betydligt bättre sömn än flickor i motsvarande grupp. För flickornas del är det de med ADHD/ADD respektive annan funktionsnedsättning som har lägst andel med god sömn. Bland pojkarna är det minst vanligt med god sömn i gruppen som har hörselnedsättning och de med ADHD/ADD.



Figur 33. Andel (%) med god sömn de senaste tre månaderna.

## Sammanfattning

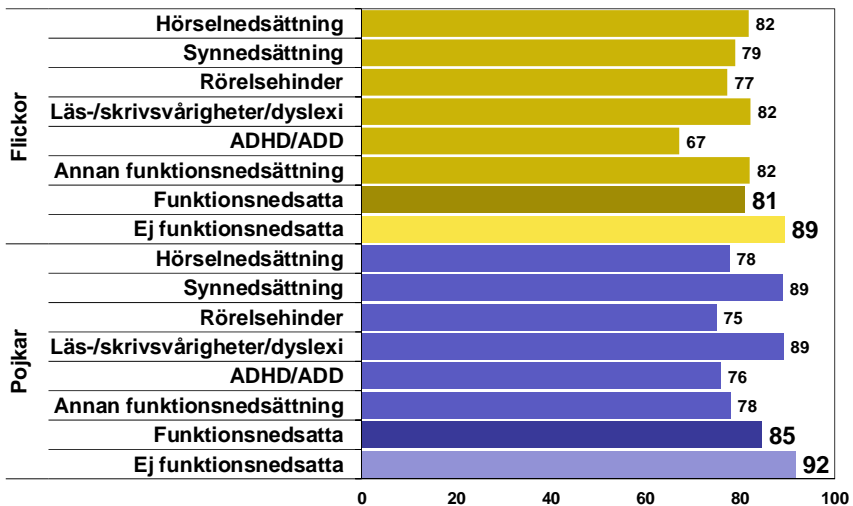
Berusningsdrickande är ungefär lika vanligt bland både flickor och pojkar, medan tobaksbruk förekommer i högre grad hos pojkar när både rökning och snusning räknas med. Pojkar är också något mer fysiskt aktiva och har mer regelbundna matvanor än flickor. Däremot är det en högre andel flickor som är normalviktiga enligt BMI. Den största skillnaden mellan könen finns när det gäller sömn, det är betydligt mindre vanligt med god sömn bland flickor än bland pojkar.

Även bland funktionsnedsatta, oavsett kön, är det mindre vanligt med god sömn. Berusningsdrickande och dagligt tobaksbruk är betydligt vanligare bland flickor och pojkar med funktionsnedsättning. Funktionsnedsatta ungdomar är dessutom något mindre fysiskt aktiva, normalviktiga och har regelbundna måltidsvanor i mindre utsträckning än dem utan funktionsnedsättning. Det är främst ungdomar med ADHD/ADD, men även de med rörelsehinder och hörselnedsättning som har en sämre situation inom området levnadsvanor.

# Socialt tillit och socialt kapital

## Tillit

Majoriteten av de tillfrågade ungdomarna instämmer i påståendet att de *kan lita på sina föräldrar när det verkligen gäller* (figur 34). Dock instämmer de funktionsnedsatta i mindre utsträckning än andra. Lägst grad av tillit, 67 procent, har flickor med ADHD/ADD. För pojkarnas del gäller detta rörelsehindre och de med ADHD/ADD.

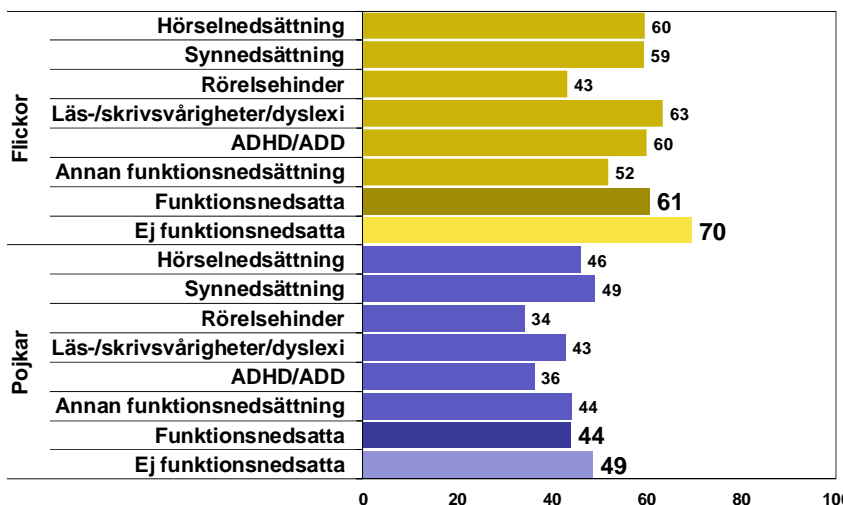


Figur 34. Andel (%) som tycker att påstående att de kan lita på sina föräldrar när det verkligen gäller stämmer helt och hållet/ganska bra.



## Nära vän

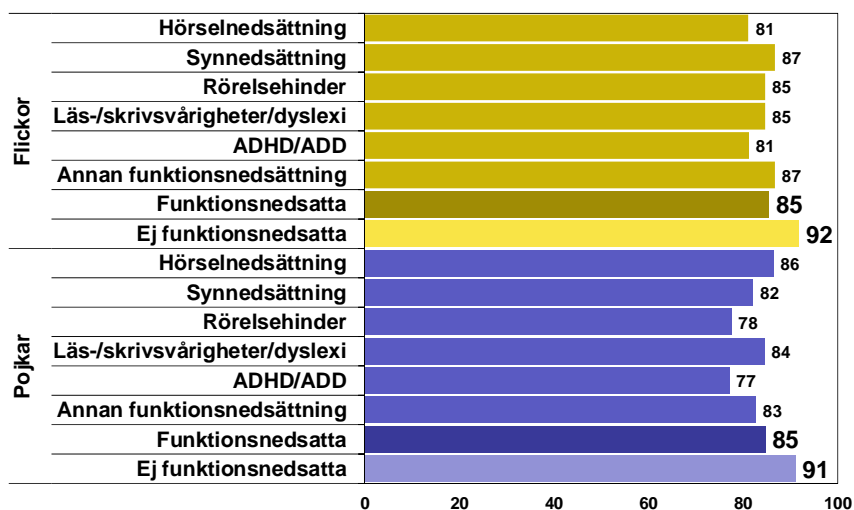
På frågan om man *har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt* är detta vanligare bland flickor än pojkar oavsett funktionsnedsättning eller inte (figur 35). Majoriteten flickor har helt säkert en nära vän enligt denna definition, men mindre än hälften av pojkarna. Det finns dock stora skillnader inom gruppen funktionsnedsatta. För flickornas del är det de rörelsehindrade som har lägst andel med någon att anförtro sig åt. Detsamma är giltigt för rörelsehindrade pojkar men det gäller även i hög grad de med ADHD/ADD, där bara drygt en tredjedel har någon att dela sina känslor med.



Figur 35. Andel (%) som känner att de helt säkert har någon de kan dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt.

## Kamratrelationer

Majoriteten elever *har kamrater i skolan som vill vara med dem* (figur 36). Det är dock något vanligare att de utan funktionsnedsättning instämmer i påståendet. Pojkar med ADHD/ADD och rörelsehinder respektive flickor med ADHD/ADD och hörselnedsättning är de som har lägst andel som anger att de har skolkamrater som vill vara med dem.

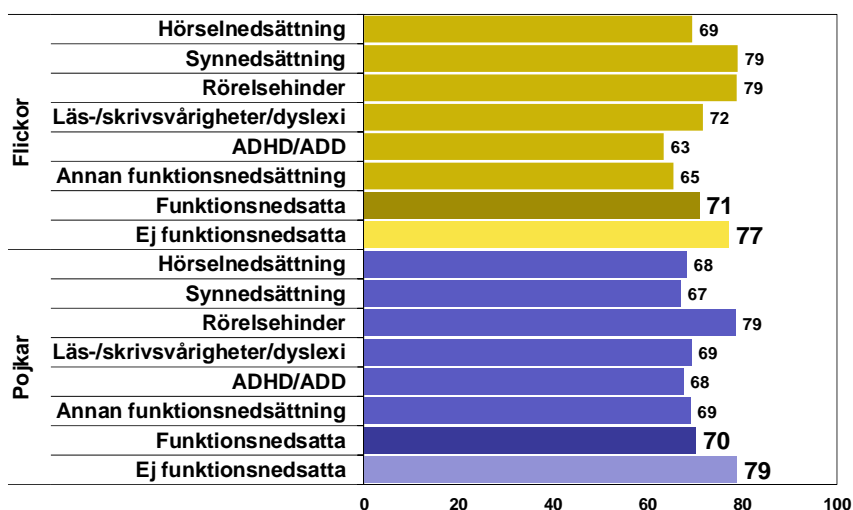


Figur 36. Andel (%) som tycker att det stämmer precis/ganska bra att de har kamrater i skolan som vill vara med dem.

En annan fråga om relationer till kamrater rör hur ofta man brukar vara ensam på sin fritid. De grupper som är *ensamma nästan varje dag* är pojkar med ADHD/ADD och rörelsehinder. Bland flickorna är det ingen större skillnad mellan olika grupper med funktionsnedsättning när det gäller att vara ensam ofta.

## Föreningsaktivitet

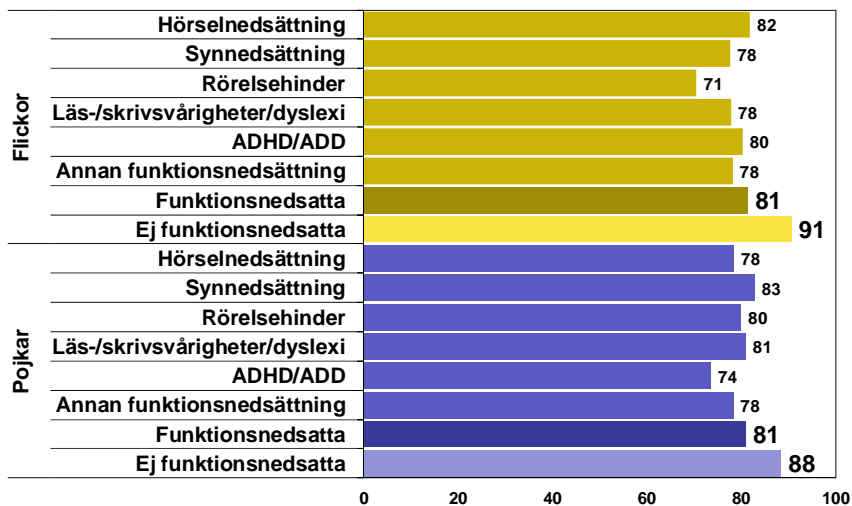
Flertalet av de tillfrågade eleverna som har svarat på Liv & hälsa ung-enkäten är i någon mening föreningsaktiva. Med det menas att de har varit *med i någon organiserad fysisk aktivitet/sport eller i någon annan förening, klubb, sällskap eller organisation* under de senaste tolv månaderna. Det finns en viss skillnad härvidlag mellan funktionsnedsatta och andra, det vill säga de förstnämnda är mindre föreningsaktiva (figur 37). Flickor och pojkar är aktiva i ungefär samma utsträckning. Rörelsehindrade och för flickornas del även synnedsatta är lika föreningsaktiva som de utan funktionsnedsättning. Flickor med ADHD/ADD är de med lägst andel föreningsaktiva.



Figur 37. Andel (%) som är med i någon organiserad fysisk aktivitet/sport eller varit med i någon annan förening, klubb, sällskap eller organisation under de senaste 12 månaderna.

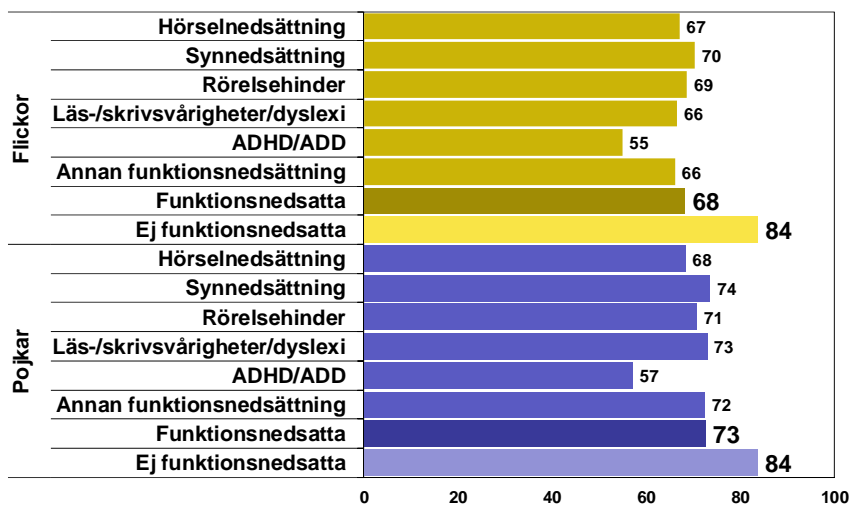
## Trivsel

De allra flesta av ungdomarna *trivs mycket eller ganska bra i det område där de bor*, men de utan funktionsnedsättning i något större utsträckning än de med (figur 38). Rörelsehindrade flickor och pojkar med ADHD/ADD är de som har lägst andel som anger att de trivs i sitt bostadsområde.



Figur 38. Andel (%) som trivs i sitt bostadsområde.

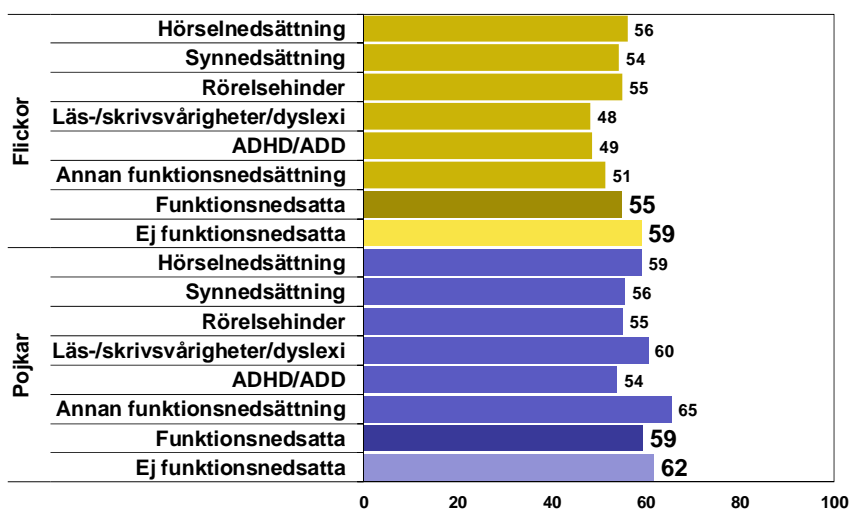
Drygt åtta av tio ungdomar utan funktionsnedsättning *trivs mycket eller ganska bra i skolan* (figur 39). Motsvarande andel bland de funktionsnedsatta är lägre med cirka sju av tio. Både bland flickor och pojkar utmärker dig de med ADHD/ADD där endast 55 respektive 57 procent trivs i skolan.



Figur 39. Andel (%) som trivs mycket/ganska bra i skolan.

## Trygghet

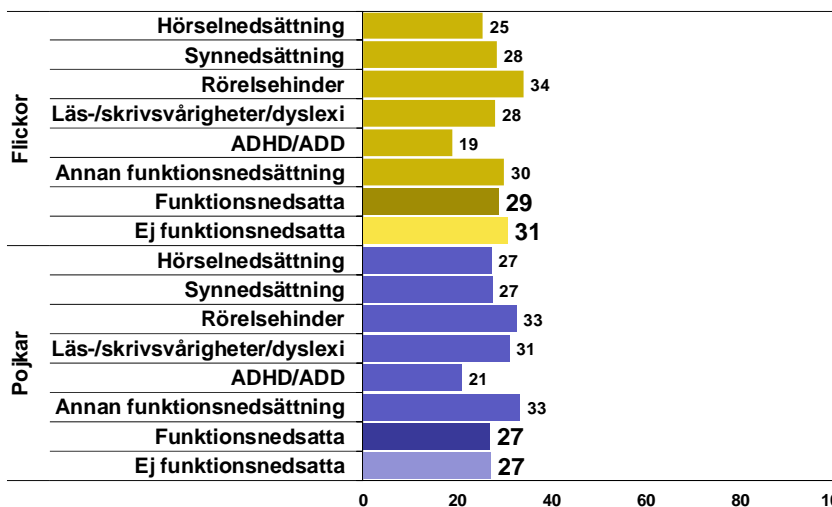
Eleverna har fått ta ställning till ett påstående som gäller trygghet i skolan, *"Ingen behöver känna sig rädd eller hotad på skolan"*. Det är en något lägre andel flickor som tycker att detta *stämmer precis eller ganska bra* jämfört med pojkar (figur 40). Samma förhållande gäller i jämförelse mellan funktionsnedsatta och andra. Flickor med läs- och skrivsvårigheter/dyslexi och ADHD/ADD är de som i minst utsträckning instämmer i att ingen behöver känna sig rädd eller hotad på skolan.



Figur 40. Andel (%) som instämmer i påståendet att ingen behöver känna sig rädd eller hotad på skolan.

## Möjlighet att påverka

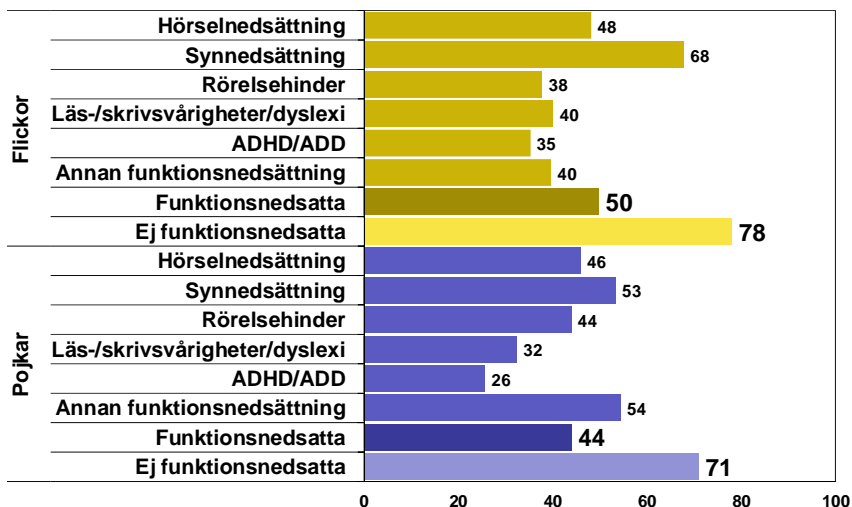
I skollagen och i läroplanerna betonas betydelsen av elevernas ansvar och inflytande i skolan. Det kan gälla både undervisningens form och innehåll och förhållandena i skolan och arbetsmiljön. Dock är det bara en minoritet av eleverna som instämmer i att de *ganska ofta eller nästan alltid har möjlighet att vara med och påverka hur man ska arbeta på skolan* (figur 41). Endast var femte med ADHD/ADD svarar att de får vara med och påverka i den omfattningen. Ungdomar med rörelsehinder anger i något högre grad att de har påverkansmöjligheter, vilket gäller en tredjedel av dem.



Figur 41. Andel (%) som tycker att de ganska ofta/nästan alltid har möjlighet att vara med och påverka hur man ska arbeta på skolan.

## Godkänt i alla skolämnena

Eleverna i skolår 9 och år 2 på gymnasiet besvarade en fråga om de hade icke godkänt i några ämnen. Här framkommer stora skillnader mellan de med respektive utan funktionsnedsättning (figur 42). Endast 44 procent av pojkarna och hälften av flickorna med funktionsnedsättning var *godkända i alla ämnen*, vilket kan jämföras med över 70 procent i gruppen utan funktionsnedsättning. Sett till typ av nedsättning är det ungdomar med ADHD/ADD som är värst utsatta. För pojkarnas del är det bara omkring var fjärde som är godkänd i alla ämnen, och drygt var tredje bland flickorna.



Figur 42. Andel (%) som har godkänt i alla skolämnena.



## Sammanfattning

De största skillnaderna mellan könen som framkommer i det här avsnittet, och som är till flickornas fördel, gäller tillgång till att ha någon att dela sina innersta känslor med respektive att ha godkänt i alla skolämnen. I övrigt är resultaten tämligen likartade mellan flickor och pojkar. För de med funktionsnedsättning är bilden en annan. De har för frågorna om tillit, tillgång till en nära vän, kamratrelationer, föreningsaktivitet, trivsel och godkända skolämnen en sämre situation i jämförelse med de utan funktionsnedsättning. Mest utsatta totalt sett är ungdomar med ADHD/ADD och rörelsehinder.

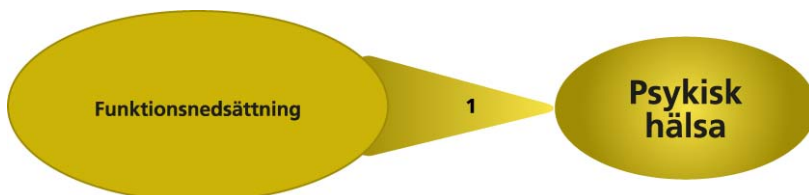
## De starkaste sambanden

I den här studien har det funnits möjlighet att analysera en mängd olika faktorer i förhållande till psykisk hälsa. I detta avsnitt redovisas de faktorer i vår analysmodell som visat sig ha ett statistiskt signifikant samband med psykisk hälsa.

Logistiska regressionsanalyser har använts för att beskriva de olika faktorernas samband med den psykiska hälsan. Det utfallsmått som valts ut som indikator för god psykisk hälsa är att *sällan eller aldrig ha känt sig ängslig/orolig eller nedstämd under de tre senaste månaderna*. En multivariat logistisk regressionsanalys bidrar till att göra jämförelserna mer renodlade. Inledningsvis testades det statistiska sambandet med psykisk hälsa för de olika faktorerna i den teoretiska modellen som beskrivs i figur 17, justerat enbart för skillnader i kön och ålder. I dessa analyser visade samtliga faktorer förutom föreningsaktivitet ett statistiskt säkerställt samband, se tabell B1 i Bilaga 2.

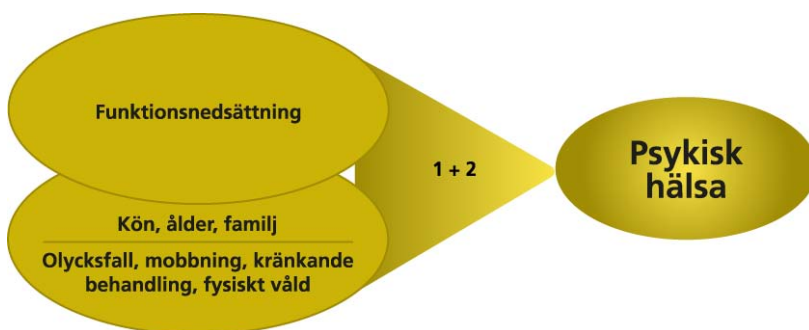
Många av de variabler som har samband med att ha god psykisk hälsa kan sinsemellan ha starka samband. Det sambandsmått som man får med hjälp av en multivariat logistisk regressionsanalys, visar inverkan av en faktor, med hänsyn tagen till alla andra faktorer i modellen. För att studera hur dessa samband påverkas i de olika komponenterna *(1) Funktionsnedsättning, (2) Individuella förhållanden, (3) Levnadsvanor samt (4) Social tillit och socialt kapital* genomförs analysen i de fyra olika steg som beskrivs i den teoretiska modellen. I samtliga steg redovisas de faktorer som visat sig ha ett statistiskt signifikant samband, positivt eller negativt, med att ha en god psykisk hälsa. För en mer utförlig redovisning av de statistiska sambanden i form av Oddskvoter och konfidensintervall, se tabell B2–B3 i bilaga 2.

I *steg ett* testas enbart sambandet mellan att ha minst en funktionsnedsättning och psykisk hälsa (figur 43). Resultatet av analysen visar att elever som har en funktionsnedsättning har 40 procents lägre odds att ha god psykisk hälsa än elever utan någon nedsättning.



Figur 43. Statistiskt signifikant samband mellan att ha en funktionsnedsättning och psykisk hälsa.

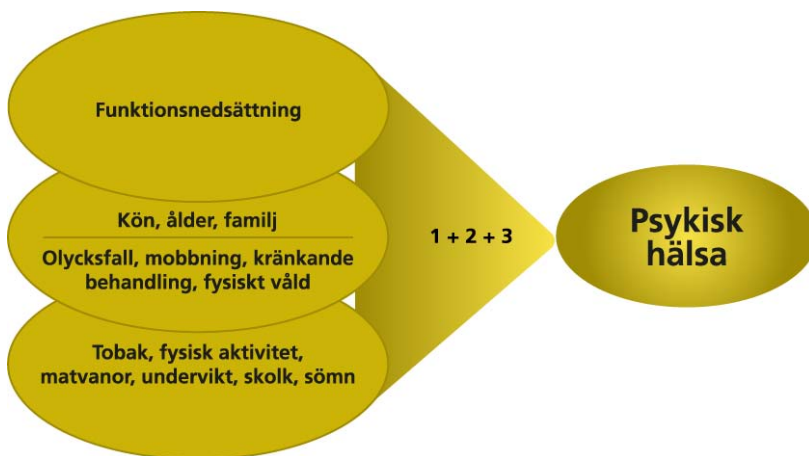
I *steg två* inkluderas de individuella förhållandena i analysen (figur 44). Resultaten visar att det är mindre vanligt med god psykisk hälsa bland funktionsnedsatta än bland dem utan nedsättning, bland elever i nian och gymnasiet jämfört med elever i sjuan och bland elever som bor växelvis hos två föräldrar jämfört med dem som bor med två föräldrar. Det är också ovanligare bland de som råkat ut för en skada/olycksfall, varit mobbade, kränkta av någon vuxen eller utsatta för fysiskt våld. God psykisk hälsa är dessutom omkring tre gånger så vanligt bland pojkar än bland flickor.



Figur 44. Statistiskt signifikanta samband mellan att ha en funktionsnedsättning, individuella förhållanden och psykisk hälsa.

I *steg tre* inkluderas även levnadsvanorna i modellen (figur 45). De samband som kunde studeras i steg två kvarstår, men många av levnadsvanorna visar sig även de ha ett starkt samband med psykisk hälsa. Den starkaste faktorn är god sömn. De elever som brukar skolka respektive har undervikt har lägre odds att ha god psykisk hälsa än de som aldrig skolkar respektive är normalviktiga. Det är dessutom vanligare med god psykisk hälsa bland de som är fysiskt aktiva respektive har regelbundna matvanor.

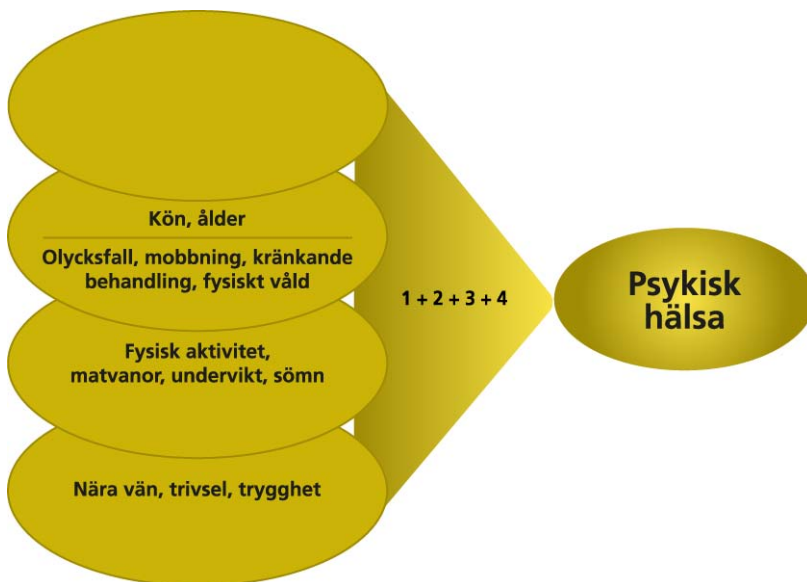
När tobaksvanor är med i den multivariata modellen blir det statistiska sambandet omvänt mot det samband som ses då enbart tobaksvanor och psykisk hälsa studeras. I detta steg är det således vanligare med god psykisk hälsa bland elever som använder tobak dagligen än bland dem som inte gör det. Det förklaras troligtvis med att sambandet mellan psykisk hälsa och övriga faktorer är starkare och "tar över" en del av det negativa samband som annars återfinns mellan tobaksvanor och psykisk hälsa.



Figur 45. Statistiskt signifikanta samband mellan att ha en funktionsnedsättning, individuella förhållanden, levnadsvanor och psykisk hälsa.

I det fjärde och *sista steget* inkluderas komponenten social tillit och socialt kapital i modellen (figur 46). I detta steg finns det inte längre något statistiskt säkerställt negativt samband mellan att ha en funktionsnedsättning och psykisk hälsa. Även sambandet mellan familjeförhållanden, tobaksvanor respektive skolk och psykisk hälsa försvinner ur modellen.

Faktorer som däremot har ett positivt samband med psykisk hälsa i den slutliga modellen är att ha en nära vän, att trivas i skolan respektive att känna sig trygg i skolan. Av de tidigare faktorerna kvarstår sömn som den absolut starkaste skyddsfaktorn. Kön och ålder har ett fortsatt starkt samband. Flickor upplever lägre grad av psykisk hälsa än pojkar, och ju äldre ungdomarna är desto lägre andel uppger att den är god. Andra viktiga skyddsfaktorer är att vara fysiskt aktiv och ha regelbundna matvanor. Att ha blivit mobbad, utsatt för fysiskt våld, kränkt av någon vuxen eller råkat ut för olycksfall står kvar som viktiga riskfaktorer, liksom att vara underviktig.



Figur 46. Statistiskt signifikanta samband mellan att ha en funktionsnedsättning, individuella förhållanden, levnadsvanor, social tillit/socialt kapital och psykisk hälsa.

De olika faktorerna som i det sista analyssteget kvarstår i modellen har rangordnats efter styrkan i det statistiska sambandet mellan faktorn och den psykiska hälsan (figur 47). De starkaste faktorerna står högst upp och ju svagare samband med psykisk hälsa desto längre ner i figuren kommer faktorn. Skyddsfaktorerna är återgivna med grön text, riskfaktorerna med röd och bakgrundsfaktorerna med blå text.

Den absolut starkaste skyddsfaktorn för psykisk hälsa utgörs av sömn. Det är nästan sex gånger vanligare att de som anger god sömn också har bra psykisk hälsa jämfört med de som ofta/alltid sover oroligt. Bakgrundsfaktorerna kön och ålder har också starkt samband med psykisk hälsa.

Att trivas i skolan är den näst starkaste av de signifikanta skyddsfaktorerna. Det är två och en halv gång så vanligt att de som trivs i skolan har bra psykisk hälsa i relation till dem som inte trivs mycket/ganska bra. En annan viktig skyddsfaktor är att ha en nära vän, det vill säga att ha någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt. Nästan lika viktigt är att skolan är en trygg plats att vara på där ingen behöver känna sig rädd eller hotad. Att vara fysiskt aktiv liksom att ha regelbundna matvanor är också skyddsfaktorer som har samband med upplevd psykisk hälsa.

Av de riskfaktorer som har analyserats är det att ha blivit mobbad under läsåret respektive att ha blivit slagen eller kränkt av någon vuxen i sin närhet utanför skolan som är de starkaste riskfaktorerna för att inte uppleva en god psykisk hälsa. Även att ha blivit utsatt för våld i skolan under terminen och råkat ut för olycksfall som medfört att man behövt uppsöka vård under det senaste året är riskfaktorer. Ungdomar med undervikt upplever också en lägre andel med god psykisk hälsa jämfört med de med normalvikt.



Figur 47. De olika signifikanta faktorerna rangordnade efter hur starkt det statistiska sambandet är med den psykiska hälsan.

*Könsuppdelade analyser* har genomförts för att studera om det skiljer sig åt mellan flickor och pojkar avseende vilka faktorer som har starkast samband med den psykiska hälsan. För både flickor och pojkar kvarstår att ha god sömn, att trivas i skolan, att ha en nära vän, att uppleva skolan som trygg samt att ha regelbundna matvanor som starka skyddsfaktorer för psykisk hälsa. Att vara fysiskt aktiv är dock enbart en signifikant skyddsfaktor bland pojkar. När det gäller riskfaktorerna för psykisk hälsa skiljer det sig något mer mellan könen. Starka riskfaktorer för pojkar är framför allt att ha varit mobbad, utsatt för fysiskt våld och/eller att vara underviktig. Att ha varit mobbad är även en stark riskfaktor bland flickor men också att ha varit utsatt för olycksfall och/eller blivit kränkt av en vuxen. För mer detaljerad redovisning av de könsspecifika analyserna se tabell B4–B7 i Bilaga 2.

*Analyser för olika typer av funktionsnedsättningar* har genomförts för att undersöka om de statistiska sambanden skiljer sig åt. De statistiskt signifikanta faktorerna i figur 46 förändras inte nämnvärt, se tabell B9–B13 i Bilaga 2.

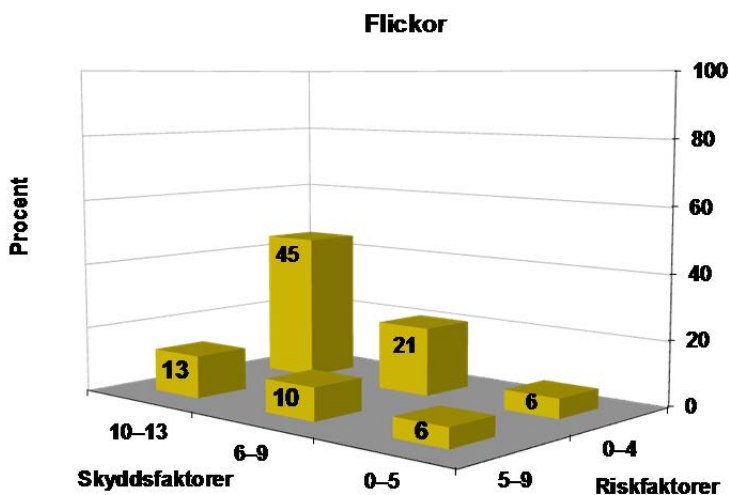
Slutligen visar en analys bland enbart elever i skolår 9 och år 2 på gymnasiet där faktorerna *narkotika* och *godkända betyg* inkluderats att de elever som använt narkotika har en sämre psykisk hälsa än de som inte gjort det, se tabell B14 i Bilaga 2.



## Ju fler skyddsfaktorer desto bättre psykisk hälsa!

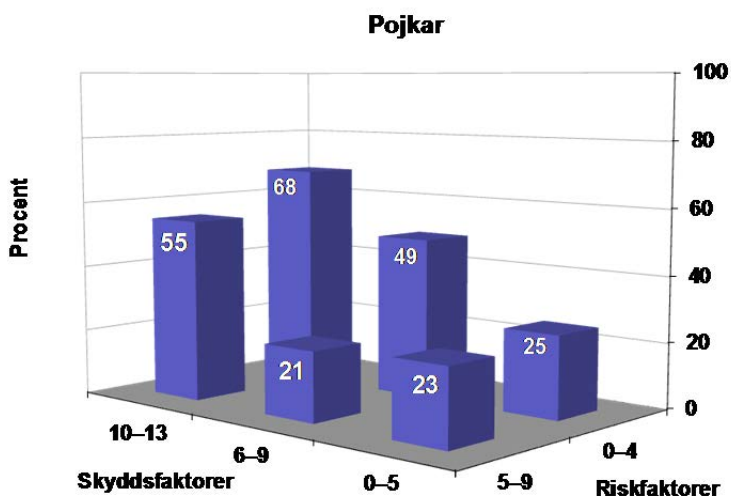
För att studera hur antalet skydds- och riskfaktorer hänger samman med ungdomars hälsa har eleverna delats in i olika grupper beroende på hur många skydds- och riskfaktorer de har. Andelen med god psykisk hälsa, det vill säga att *sällan eller aldrig ha känt sig ängslig/orolig eller nedstämd under de tre senaste månaderna*, har därefter beräknats. I modellen ingår de 13 skyddsfaktorer respektive 10 riskfaktorer som beskrivs i bilaga 2. Faktorerna "godkänt i alla skolämnen" samt "narkotika" ingår inte då frågor om detta inte finns med i enkäten för elever i skolår 7.

God psykisk hälsa är vanligast bland flickor med många skyddsfaktorer och få riskfaktorer (figur 48). Även i gruppen med många riskfaktorer är antalet skyddsfaktorer betydelsefullt. I gruppen med 5–9 riskfaktorer är det dubbelt så vanligt med god psykisk hälsa bland de som har många skyddsfaktorer i relation till de som har få. Antalet skyddsfaktorer verkar således ha en skyddande effekt för den psykiska hälsan.



Figur 48. Andel flickor med god psykisk hälsa uppdelat efter antal skydds- och riskfaktorer.

Samma mönster, att de med många skyddsfaktorer och få riskfaktorer har bäst psykisk hälsa, ses även bland pojkar (figur 49). Pojkar med många riskfaktorer men samtidigt många skyddsfaktorer har dessutom bättre psykisk hälsa än de som har färre riskfaktorer och 6–9 skyddsfaktorer, 55 respektive 49 procent har god psykisk hälsa i dessa grupper. Antalet skyddsfaktorer verkar således ha en skyddande effekt för den psykiska hälsan även bland pojkar.



Figur 49. Andel pojkar med god psykisk hälsa uppdelat efter antal skydds- och riskfaktorer.

Mönstret är likartat oavsett om man har en funktionsnedsättning eller ej.

## 7. Diskussion och förslag

Det är viktigt att verka för en god psykisk hälsa bland våra ungdomar då psykisk ohälsa tenderar att bestå in i vuxenlivet ( se t.ex. Kim-Cohen m.fl. 2003; Copeland m.fl. 2009)). Det är då också nödvändigt att ta hänsyn till att de långsiktiga konsekvenserna kan skilja sig åt mellan könen och därför kan kräva delvis olika typer av insatser (Derdikman-Eiron m.fl. 2012). Detta gäller också för ungdomar med och utan funktionsnedsättning och för olika typer av funktionsnedsättningar.

Fokus i den här rapporten har varit att belysa skillnader i psykisk hälsa mellan flickor och pojkar med och utan funktionsnedsättning och i relation till framför allt skyddsfaktorer, men till viss del även riskfaktorer, när det gäller levnadsförhållanden och levnadsvanor.

Det är många ungdomar som har en eller flera funktionsnedsättningar. Det visar undersökningen "Liv & hälsa ung" som genomförts i Örebro län år 2011. Närmare var femte elev har uppgivit att de har någon eller en kombination av antingen läs- och skrivsvårigheter/dyslexi, hörsel-, eller synnedsättning, rörelsehinder, ADHD/ADD eller någon annan funktionsnedsättning. Detta är i storleksordning med vad som framkommit i tidigare Liv & hälsa-undersökningar (Brunnberg, Lindén-Boström, Persson 2009). Detta är ändå en underskattning av andelen ungdomar med funktionsnedsättning då det finns andra tillstånd och kroniska sjukdomar som till exempel diabetes och epilepsi som inte ingår i den här studien och som skulle höja andelen funktionsnedsatta. Det skulle kunna ha svarat att de har en "annan funktionsnedsättning" än de nämnda med detta gäller endast en mindre del av dem.

## Resultatens tillförlitlighet och begränsningar

I den här rapporten grundas resultaten på ungdomarnas självrapporterade uppgifter om hälsa, funktionsnedsättning, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Det är alltså ingen klinisk bedömning som ligger bakom vare sig psykisk hälsa eller funktionsnedsättning. Det kan vara känsligt att ange att man har en funktionsnedsättning och därför avstår från att berätta att man har en sådan. Det är också möjligt att man inte känner till att man har till exempel en hörsel- eller synnedsättning. Detta skulle i sådana fall tyda på en underskattning av andelen ungdomar med funktionsnedsättning i rapporten. Eftersom andelen som uppger olika typer av funktionsnedsättning har hållit sig på en mycket stabil nivå sen den första Liv & hälsa-undersökningen år 2005, utgår vi ifrån att ungdomarna rapporterar på ett tillförlitligt sätt. I flertalet enkätstudier bland ungdomar finns det alltid några "skämtare", det vill säga sådana som inte svarar seriöst på frågorna. Det gäller även för "Liv & hälsa ung". Materialet är därför rensat för det fåtal elever som uppenbart fyllt i frågeformuläret oseriöst. Totalt är det drygt 7 900 ungdomar som ingår i resultatredovisningen.

Studiens begränsning är att den är en tvärsnittundersökning som inte gör det möjligt att dra några slutsatser om kausalitet. Det vill säga vi kan inte uttala oss om huruvida de samband som framkommit mellan psykisk hälsa och olika förhållanden i ungdomars liv och leverne utgör orsak eller verkan i förhållande till varandra.

## Ungdomars rättigheter

Barn och ungdomar har rätt att göra sin röst hörd. FN:s barnkonvention och Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning anger att diskriminering ska förhindras och alla ska ges samma rättigheter. Det innebär att barn och

ungdomar ska ha lika rättigheter oavsett kön och funktionsnedsättning. I "Liv & hälsa ung" har alla elever i skolår 7 och 9 och år 2 på gymnasiet i Örebro län fått möjlighet att göra sin röst hörd genom att svara på frågor om sina levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. En förbättring som genomförts i 2011 års undersökning är att döva elever kunnat få enkäten på sitt första språk, det vill säga teckenspråk. Denna pilotversion av teckenspråksenkäten kan dock förbättras ytterligare. Trots att undersökningen är en totalundersökning har dock inte alla möjlighet att delta. Det gäller till exempel ungdomar som nyligen kommit till Sverige och andra som inte behärskar svenska språket. Det kan även gälla andra som av olika anledningar har svårt att fylla i en omfattande enkät. Av det skälet bör kommande undersökningar även innehålla en kortare och mer anpassad enkät för att också dessa elever ska få möjlighet att göra sin röst hörd. Gruppen ungdomar som svarat att de har "annan funktionsnedsättning" behöver fortsättningsvis konkretiseras och analyseras djupare, då resultaten pekar på att de i flera avseende har en svår situation. I den här studien har det inte varit möjligt att ta hänsyn till funktionsnedsättningarnas svårighetsgrad, vilket bör göras i framtida undersökningar eftersom det säkerligen har stor betydelse för ungdomarnas situation. Det saknas vidare kunskap om de ungdomar som inte fortsätter till gymnasieskolan. För att nå den gruppen behövs riktade studier.

## Lika men ändå inte

Den psykiska hälsan varierar, inte bara mellan ungdomar med och utan funktionsnedsättning, utan även beroende på kön och typ av nedsättning. Flickor har generellt en sämre psykisk hälsa än pojkar och de anger också en högre grad av psykosomatiska besvär. Ungdomar med funktionsnedsättning är en klart utsatt grupp när det gäller såväl psykisk som allmän hälsa, liksom när det rör sig

om psykosomatiska symtom och besvär. Värst drabbade är flickor med funktionsnedsättning. Och generellt gäller att ju fler funktionsnedsättningar en ungdom har desto sämre är hälsoutfallet.

Cirka var femte elev som går på högstadiet eller i gymnasiet har någon av de funktionsnedsättningar som vi har studerat i den här rapporten. Majoriteten är inte synliga för omgivningen och det är därför troligt att många ungdomar inte får det stöd som de har behov och rätt till. Många ungdomar med funktionsnedsättning anger att de har behov av hjälpmedel, men att de inte har tillgång till dem i skolan (Järliden 2014). Resultaten visar genomgående att funktionsnedsatta ungdomar har en mer utsatt situation än icke funktionsnedsatta och flickor med funktionsnedsättning är den mest utsatta gruppen generellt sett. Det gäller psykisk hälsa, likväl som levnadsförhållanden och levnadsvanor. Det framkommer också att pojkar med hörselnedsättning, rörelsehinder eller ADHD/ADD uppvisar minst lika höga andelar nedstämdhet och ängslan/oro som flickor utan funktionsnedsättning.

Även om funktionsnedsatta framstår som en utsatt grupp i förhållande till ungdomar utan funktionsnedsättning är det stor variation inom gruppen. Inte bara det att funktionsnedsatta flickor generellt har en mer belastad situation än pojkar, utan det finns stora skillnader mellan olika typer av funktionsnedsättningar. Därutöver är situationen extra svår för ungdomar med multipla funktionsnedsättningar. Det rör sig alltså om en mycket heterogen grupp, vilket ställer krav på både individ- och målgruppsanpassning för att möta de behov som finns.

## De starkaste skyddsfaktorerna

Beroende på vilka faktorer man låter ingå i analysen framkommer delvis olika resultat. För att få fram de starkaste skyddsfaktorerna för psykisk hälsa har analysen genomförts i flera steg. I de inledande logistiska regressionerna där hänsyn enbart tas till kön

och ålder är det att ha en god sömn, att känna tillit till föräldrarna, att ha kamrater i skolan, att trivas i respektive att känna sig trygg i skolan, som har starkast samband med psykisk hälsa. I det slutliga analyssteget i den modell som använts visas sambandet mellan de starkaste faktorerna och psykisk hälsa när hänsyn tas till alla andra faktorer i modellen. Den absolut starkaste skyddsfaktorn för psykisk hälsa utgörs även då av sömn. Det är nästan sex gånger vanligare att de som anger god sömn också har bra psykisk hälsa jämfört med dem som ofta/alltid sover oroligt. Oavsett om psykisk hälsa ger god sömn eller god sömn medför psykisk hälsa måste sömnens betydelse för hälsan uppmärksammas. Här borde insatser kunna utformas såväl inom elevhälsovårdens som hälso- och sjukvårdens försorg.

Bakgrundsfaktorerna kön och ålder har också starkt samband med psykisk hälsa. Flickor upplever lägre grad av psykisk hälsa än pojkar, och ju äldre ungdomarna är desto lägre andel uppger att den är god. Att trivas i skolan är en annan mycket stark skyddsfaktor. Det är mer än två gånger så vanligt att de som trivs i skolan har bra psykisk hälsa i relation till dem som inte trivs. En annan viktig skyddsfaktor är att ha en nära vän, det vill säga att ha någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt. Detta resultat ligger väl i linje med den forskning som visar att det för mobbade ungdomar är mycket viktigt att ha nära vänner för deras psykiska hälsa (Bjereld, Daneback, Gunnarsdóttir, Petzold 2014). Nästan lika viktigt är att skolan är en trygg plats att vara på där ingen behöver känna sig rädd eller hotad. Att vara fysiskt aktiv har samband med upplevd psykisk hälsa. Forskning visar att idrott gynnar mobbade pojkars psykiska hälsa (Bjereld, Daneback, Gunnarsdóttir, Petzold 2014). Lika viktig skyddsfaktor som fysisk aktivitet är att ha regelbundna matvanor.

Av resultaten framgår att ungdomar med funktionsnedsättning har en lägre andel med god psykisk hälsa jämfört med andra, men när hänsyn tas till faktorer som har att göra med social tillit och

socialt kapital försvinner sambandet mellan funktionsnedsättning och psykisk hälsa. Det innebär att den psykiska hälsan förklaras av andra faktorer än funktionsnedsättning och att den därmed kan påverkas genom olika former av insatser.

Flera av de starkaste faktorerna har anknytning till skolan, vilket visar på skolans stora betydelse för elevernas hälsa och välbefinnande. Det är därför viktigt att ge stöd till och fortsätta arbetet med hälsofrämjande skolutveckling (Björklund, Cesares Olsson Philipsson 2010). Även Barnombudsmannens (BO) nyutkomna förslag om en stärkt elevhälsa för barn och ungdomar med psykisk ohälsa pekar på skolans betydelsefulla roll. BO föreslår också att det ska finnas en väg in i vårdkedjan för unga som mår dåligt och att en barnlots inrättas i varje landsting/region med ansvar att se till att unga får tillgång till psykisk hälsovård (Barnombudsmannen 2014). Framför allt är utmaningen att verka för en inkluderande skola för alla så att förutsättningarna för psykisk hälsa ökar både bland flickor och pojkar med och utan funktionsnedsättning.

## Riskfaktorer

Att ha blivit mobbad under läsåret eller kränkt av någon vuxen utanför skolan är starka riskfaktorer i relation till psykisk hälsa. Det gäller både i den inledande analysen då hänsyn endast tas till kön och ålder, men även i det sista analyssteget då alla faktorer i analysen ingår samtidigt. Här framkommer vikten av ett generellt värdegrundsarbete. Också faktorer som har att göra med alkohol-, narkotika- och tobaksanvändning (ANT) har betydelse. Det pekar på att det ANT-förebyggande arbetet måste fortsätta. Att ha råkat ut för olycksfall som medfört att man behövt uppsöka vård under det senaste året är en riskfaktor i förhållande till psykisk hälsa. Här behövs fortsatta studier för att klargöra hur detta hänger samman. Fetma sätts ofta i samband med att må sämre psykiskt. Så är fallet även i denna studie i den inledande



analysen. När däremot hänsyn tas till alla ingående faktorer är det istället de som är underviktiga som har sämre psykisk hälsa.

## Ungdomarna och framtiden

Majoriteten av ungdomarna ser ljusst på framtiden, men de med funktionsnedsättning i lägre grad än andra. Synen på framtiden skiljer sig också beroende på kön och typ av funktionsnedsättning. Inom varje grupp av funktionsnedsättning som vi har studerat är det flickorna som ser minst ljusst på framtiden. Detta sammantaget med den bild som framkommit av de funktionsnedsatta ungdomarnas mer utsatta situation, såväl vad det gäller hälsa, levnadsförhållanden som levnadsvanor, är en stor utmaning. Inte bara för de som direkt arbetar med funktionsnedsatta utan det rör alla som ska verka för en jämlik hälsa för hela befolkningen.

## Styrdokument

Det är många politikområden och aktörer som berörs av folkhälsopolitikens övergripande mål "att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen". Frågor som rör psykisk hälsa och funktionsnedsättning spänner framför allt över områdena folkhälso-, handikapp- och ungdomspolitik. För vart och ett av dessa områden finns mål formulerade för att verka för lika möjligheter och en god hälsa. Dessa nationella dokument ger återverkningar på regional och lokal nivå i form av exempelvis riktlinjer för hälso- och sjukvården, folkhälsoplaner, olika former av hälsobokslut, men också i form av olika projekt för att främja till exempel psykisk ohälsa hos flickor eller ungdomar med funktionsnedsättning. Gemensamt för de övergripande styrdokumenten är att de betonar samverkan mellan olika aktörer, vilket till exempel gäller den reviderade handlingsplanen för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (Socialdepartementet 2014) och

regeringens strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011–2016 (Socialdepartementet 2011). Även i Örebro läns välfärdsbokslut för äldre och personer med funktionsnedsättning betonas samverkan mellan olika aktörer och ges rekommendationer till åtgärder (Järliden 2014). För att de ska få genomslagskraft krävs dock att olika aktörer enskilt och tillsammans går från ord till handling, det vill säga formulerar mål, konkretiserar åtgärder och följer upp dem. Resultaten från den här undersökningen visar att det är faktorer bland såväl levnadsförhållanden som levnadsvanor som har samband med ungdomars psykiska hälsa. Detta pekar på nödvändigheten av samordnade insatser från alla berörda intressenter. Med gemensamma ansträngningar ökar möjligheten att verka för en bättre psykisk hälsa hos både flickor och pojkar och bland ungdomar med och utan funktionsnedsättning.

# Referenser

- Augustine L., Löfstedt P., Corell M., Zhu M. (2011) *Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10*. Grundrapport. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Augustine L., Löfstedt P., Telander J., Zhu M. (2011) *Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Barnombudsmannen (2014) *Bryt tystnaden - barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa*. Stockholm.
- Bjereld Y., Daneback K., Gunnarsdóttir H., Petzold M. (2014) Mental health problems and social resource factors among bullied children in the Nordic countries: A population based cross-sectional study. *Child Psychiatry and Human Development*. Epub 2014 May 8.  
Doi: 10.1007/s10578-014-0468-0.
- Björklund P., Cesares Olsson M., Philipsson A. (2010) *Grundämnet. En bok med kunskap, idéer och inspiration för hälsa, lärande och utveckling i förskola och skola. Ur ett folkhälsoperspektiv*. Örebro: Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.
- Brown GW., Harris T. (1978) *The social origin of depression*. London: Tavistock Publications.
- Brunnberg E., Lindén-Boström M., Berglund M. (2007). Self-rated health, school adjustment and substance use in hard-of-hearing adolescents with multiple disabilities. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(3), 324-35. Epub 2007 Dec 13.
- Brunnberg E., Lindén-Boström M., Berglund M. (2008) Tinnitus and hearing loss in 16-year-old students. Mental symptoms, substance use, and exposure in school. *International Journal of Audiology*, 47, 688-694. Epub 2008 Nov 1.
- Brunnberg E., Lindén-Boström M., Berglund M. (2009). Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities. *Sexuality and Disability*, 27(3), 139-153.
- Brunnberg E., Lindén-Boström M., Berglund M. (2012). Sexual force at sexual debut. Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. *Child & Neglect*, 36,285-295.

- Brunnberg E., Lindén-Boström m., Persson C. (2009) *Att höra eller nästan inte höra. Liv & hälsa ung 2005 och 2007 i Örebro län*. Örebro: Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.
- Cohen S., Syme L. (1985) *Social support and health*. Orlando FL: Academic Press.
- Cole T.J., Lobstein T. (2012) Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *International journal of pediatric obesity*, Aug;7(4):284-94. Doi: 10.1111/j.2047-6310
- Copeland W., Shanahan L., Costello J., Angold A. (2009) Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7):764-772.
- Corell M., Telander J., Löfstedt P., Zhu M., Augustine L. (2011) *Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut, A 2011:08.
- Corell M., Augustine L., Löfstedt P. (2012) *Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut, A 2012:02.
- Danielsson M. (2003) *Svenska barns hälsovanor 2001/02*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Derdikman-Eiron R., Inredavik M., Bakken I.J. Bratberg G., Hjelmdal O., Colton M. (2012) Gender differences in psychosocial functioning of adolescents with symptoms of anxiety and depression: longitudinal findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1855-1863.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.
- El-Khoury B., Sundell K., Strandberg A. (2005) *Risikfaktorer för normbrytande beteenden. Skillnader mellan flickor och pojkar i tonåren*. FoU-rapport 2005:17. Stockholm.
- Goldson E., (1997). Commentary: Gender, disability, and abuse. *Child abuse and Neglect*, 31(8), 703-705.
- Hagquist C, Starrin B, Sundh M (2004) *Ung i Värmland 1988-2002*. Karlstad: Karlstad University Studies.
- Hollar D. (2005). Risk Behaviours for Varying Categories of Disability in NELS:88. *Journal of School Health*, 75(9), 350-358.

- James, A.. & Prout, A. (red) (1990). *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London: Falmer Press.
- Järliden E. (red.) (2014) *En god och jämlik hälsa i Örebro län? Välfärdsbokslut år 2012-2013 för äldre personer och personer med funktionsnedsättning*. Örebro: Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.
- Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T., Harrington H., Milne B., Poulton R. (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7):764-772.
- Kungliga Vetenskapsakademien (2010) *Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige*. State of the Science Conference. Uttalande 12-14 april.
- Lindén-Boström M., Persson C. (2007) *Tonåringars psykiska hälsa. Liv & hälsa ung i Örebro län 2005*. Örebro: Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.
- Lindén-Boström M., Persson C. (2008) *Tonåringars drogvanor, liv och hälsa i Örebro län 1996–2007*. Örebro: Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.
- Lindén-Boström M., Persson C., Eriksson C. (2010) Neighbourhood characteristics: social capital and self-rated health – A population-based survey in Sweden. *BMC Public Health*. 10:628.
- Lindén-Boström M., Persson C. (2012) *Hälsans skyddsfaktorer ur ett jämlikhetsperspektiv. Liv & hälsa i Örebro län 2000-2011*. Örebro: Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.
- Molarius A., Berglund K., Eriksson C. m.fl. (2009) Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and life-style factors – a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*, 9:3. Doi:10.1186/1471-2458-9-302.
- Nilsson L., Westlund O. (2007) *Våld mot personer med funktionshinder*. Brottsförebyggande rådet, Rapport 2007:26. Stockholm.
- Purdam K., Afkhami, R., Olsen W., Thornton P. (2008). Disability in the UK: measuring equality. *Disability & Society*, 1, 53-65.
- Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm.
- Regeringens proposition 2008/09:28. *Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Socialdepartementet (2011) *En strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011–2016*. Artikelnummer S2012.028.
- Socialdepartementet (2014) *Reviderad handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014–2016*. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2014-06 12 nr 1:10.
- Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012) *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens Termbank,  
<http://termbank.socialstyrelsen.se/QuickSearchBrowse>. Hämtat 27 november 2013.
- Statistiska centralbyrån (2005) *Undersökningar av levnadsförhållanden –ULF 2005*. Tillgänglig på URL: [www.scb.se](http://www.scb.se)
- Söderqvist F., Simonsson B. (2012) *Liv och hälsa ung - årskurs 7, 9 och år 2 på gymnasiet – Länsrapport 2012*. Landstinget Västmanland.
- Sundell K., Forster M. (2005) *En grund för att växa. Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn*. I SOU 2005:25, Gränslös utmaning, ss455–524 Stockholm: Socialdepartementet.
- UD info. (2006). *Mänskliga rättigheter. Konventionen om barnets rättigheter*. ISBN 91-7496-358-9. Stockholm. Artikelnummer UD05.059.
- Ungdomsstyrelsen (2012) *Fokus 12. Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning*. Skrift 2013:3. Stockholm.
- Wennerholm P, Danielsson M. (2005) *Skolbarns hälsa och välbefinnande 1985-2001: En reliabilitets- och validitetsrapport från Skolbarns hälsovanor*. Statens folkhälsoinstitut;. Hämtat 27 november 2013.

# Bilaga 1: Mått och faktorer

## Mått på psykisk hälsa

Mått på psykisk hälsa (indikatorn markeras med fet stil)	
<b>Nöjd med livet</b>	"Hur nöjd är du med ditt liv?" ✓ <b>Väldigt nöjd/nöjd med sitt liv</b> ✓ Varken nöjd eller missnöjd/missnöjd/väldigt missnöjd
<b>Känsla av kontroll</b>	"Hur ofta har du under de senaste tre månaderna känt dig ha kontroll?" ✓ <b>Ofta/alltid känt sig ha kontroll</b> ✓ Ibland/sällan/aldrig ha kontroll
<b>Framtidstro</b>	"Hur ser du på framtiden för din personliga del?" ✓ <b>Ser mycket ljust/ljust på framtiden</b> ✓ Varken ljust eller mörkt/ganska mörkt/mycket mörkt
<b>God allmän hälsa</b>	"Hur mår du rent allmänt?" ✓ Dåligt/mycket dåligt ✓ Varken bra eller dåligt ✓ <b>Bra/mycket bra</b>
<b>God psykisk hälsa</b>	Skattas med en kombination av två frågor: "Hur ofta har du under de senaste tre månaderna känt dig nedstämd?" samt "Hur ofta har du under de senaste tre månaderna känt dig ängslig/orolig?" ✓ <b>Sällan/aldrig känt sig vare sig nedstämd eller ängslig/orolig</b> ✓ Ibland/ofta/alltid nedstämd och/eller ängslig/orolig

## Psykosomatiska symtom och besvär

Psykosomatiska symtom och besvär (indikatorn markeras med fet stil)	
<b>Stress</b>	<p>"Hur ofta har du under de senaste tre månaderna känt dig stressad?"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sällan/aldrig</li> <li>✓ Ibland</li> <li>✓ <b>Ofta/alltid</b></li> </ul>
<b>Ängslan/oro</b>	<p>"Hur ofta har du under de senaste tre månaderna känt dig ängslig/orolig?"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sällan/aldrig</li> <li>✓ Ibland</li> <li>✓ <b>Ofta/alltid</b></li> </ul>
<b>Nedstämdhet</b>	<p>"Hur ofta har du under de senaste tre månaderna känt dig nedstämd?"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sällan/aldrig</li> <li>✓ Ibland</li> <li>✓ <b>Ofta/alltid</b></li> </ul>
<b>Huvudvärk</b>	<p>"Hur ofta har du under de senaste tre månaderna haft huvudvärk (ej migrän)?"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sällan/aldrig</li> <li>✓ Ibland</li> <li>✓ <b>Ofta/alltid</b></li> </ul>
<b>Ont i magen</b>	<p>"Hur ofta har du under de senaste tre månaderna ont i magen?"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sällan/aldrig</li> <li>✓ Ibland</li> <li>✓ <b>Ofta/alltid</b></li> </ul>
<b>Värk i axlar/ skuldror/ nacke</b>	<p>"Hur ofta har du under de senaste tre månaderna haft värk i axlar/skuldror/nacke?"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sällan/aldrig</li> <li>✓ Ibland</li> <li>✓ <b>Ofta/alltid</b></li> </ul>



## Skyddsfaktorer

Skyddsfaktorer (skyddsfaktorn markeras med fet stil)	
<b>Familj</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Bor med två föräldrar som bor tillsammans</b></li> <li>✓ <b>Bor med två föräldrar växelvis</b></li> <li>✓ Bor med en förälder</li> <li>✓ Bor inte med någon förälder</li> </ul>
<b>Föräldrars arbete</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Två föräldrar arbetar</b></li> <li>✓ En förälder arbetar</li> <li>✓ Ingen förälder arbetar</li> </ul>
<b>Fysisk aktivitet</b>	<p>Kombination av två frågor om vardagsmotion respektive träning: Hur mycket rör du dig i snitt per dag (till exempel går, cyklar eller idrottar)?; Hur ofta brukar du träna på din fritid mer än 30 minuter så att du blir andfådd/svettas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Vardagsmotion minst en timme per dag och/eller tränar minst 2 gånger i veckan</b></li> <li>✓ Vardagsmotion kortare tid/tränar mindre ofta</li> </ul>
<b>Matvanor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Har regelbundna måltidsvanor (äter dagligen frukost, lagad lunch och lagad mat på kvällen)</b></li> <li>✓ Har inte regelbundna måltidsvanor</li> </ul>
<b>Sömn</b>	<p>"Hur ofta har du under de senaste tre månaderna haft orolig sömn?"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Sällan/aldrig</b></li> <li>✓ Ibland</li> <li>✓ Ofta/alltid</li> </ul>
<b>Tillit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Tycker att uttrycket: "Jag kan alltid lita på mina föräldrar när det verkligen gäller" stämmer "helt och hållet/ganska bra"</b></li> <li>✓ Tycker att uttrycket stämmer "varken bra eller dåligt"</li> <li>✓ Tycker att uttrycket stämmer "ganska dåligt/inte alls"</li> </ul>

Skyddsfaktorer (forts.)	
Nära vän	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Har "Helt säkert" någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt</li> <li>✓ "Ja kanske"</li> <li>✓ "Antagligen inte/Nej"</li> </ul>
Kamratrelationer	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tycker att påståendet att de har kamrater i skolan som vill vara med dem stämmer precis/ganska bra</li> <li>✓ Stämmer till viss del</li> <li>✓ Stämmer ganska dåligt/inte alls</li> </ul>
Föreningsaktivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Har varit med i någon organiserad fysisk aktivitet/sport eller någon annan förening, klubb, sällskap eller organisation under de senaste 12 månaderna</li> <li>✓ Har inte varit det</li> </ul>
Trivsel (bostadsområdet)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tycker att uttrycket "Jag trivs i mitt bostadsområde" stämmer ganska/mycket bra</li> <li>✓ Stämmer ganska/mycket dåligt/vet ej</li> </ul>
Trivsel (skola)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Trivs mycket/ganska bra i skolan</li> <li>✓ Trivs "så där"/ganska dåligt/mycket dåligt</li> </ul>
Trygghet	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Påståendet "På min skola behöver ingen känna sig rädd eller hotad" stämmer precis/ganska bra.</li> <li>✓ Stämmer till viss del</li> <li>✓ Stämmer ganska dåligt/inte alls</li> </ul>
Möjlighet att påverka	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Får nästan alltid/ganska ofta vara med och påverka hur man ska arbeta på skolan</li> <li>✓ Får vara med och påverka ibland</li> <li>✓ Får vara med och påverka ganska sällan/nästan aldrig</li> </ul>
Godkänt i alla skolämnen	<p><i>Endast elever i skolår 9 och år 2 på gymnasiet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Har godkänt i alla ämnen i skolan</li> <li>✓ Har icke godkänt i minst ett ämne</li> </ul>

## Risikfaktorer

Riskfaktorer (riskfaktorn markeras med fet stil)	
Olycksfall	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Har under de senaste 12 månaderna blivit skadad eller råkat ut för någon olycka och fått åka till vårdcentral, tandläkare eller sjukhus minst en gång</li> <li>✓ Har inte råkat ut för skada eller olycka de senaste 12 månaderna</li> </ul>
Mobbning	<p>Elever som uppger att de under det senaste läsåret blivit behandlade eller bemötta så att de känt sig diskriminerade, trakasserade eller kränkta i skolan flera gånger av samma skolkamrat/skolkamrater/vuxna/personal alternativt flera gånger av olika personer definieras som mobbade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Mobbad under läsåret</b></li> <li>✓ Ej mobbad</li> </ul>
Kränkande behandling	<p>Elever som uppger att de någon gång blivit fysiskt eller psykiskt illa behandlade (till exempel slagna eller kränkta) av någon vuxen i sin närhet utanför skolan är riskgrupp.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Slagen eller kränkt av vuxen i sin närhet</b></li> <li>✓ Ej illa behandlade</li> </ul>
Fysiskt våld	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Har under terminen blivit utsatt för våld i skolan</b></li> <li>✓ Har inte blivit utsatt</li> </ul>
Alkohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Har varit full (skolår 7), Varit berusad minst 1 gång/månad (skolår 9), Varit berusad minst 2 ggr/månad (gymnasiet år 2)</b></li> <li>✓ Druckit, men ej varit full (7), Varit berusad max 1 gång/månad (9), Varit berusad mindre än 2 ggr/månad (2)</li> <li>✓ Aldrig druckit alkohol (7), Inte druckit under vårterminen (9&amp;2)</li> </ul>

Riskfaktorer (forts.)	
<b>Tobak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Röker och/eller snusar dagligen</li> <li>✓ Har aldrig/har prövat/har slutat/ röker eller snusar någon gång ibland</li> </ul>
<b>Vattenpipa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Har rökt vattenpipa minst två gånger de senaste 12 månaderna</b></li> <li>✓ Har aldrig rökt/har rökt en gång</li> </ul>
<b>Narkotika</b>	<p style="text-align: center;"><i>Endast elever i skolår 9 och år 2 på gymnasiet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Har använt narkotika minst en gång</b></li> <li>✓ Har aldrig använt narkotika</li> </ul>
<b>Vikt</b>	<p>Gränser för övervikt eller fetma sätts utifrån beräkning av BMI från självskattad längd och vikt, se Cole &amp; Lobstein (2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Normalvikt</li> <li>✓ <b>Undervikt</b></li> <li>✓ <b>Övervikt</b></li> <li>✓ <b>Fetma</b></li> </ul>
<b>Skolk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Skolkar minst en gång i månaden</b></li> <li>✓ Skolkar aldrig/någon gång under terminen</li> </ul>

## Bakgrundsfaktorer

	Bakgrundsfaktorer
<b>Kön</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Flickor</li><li>✓ Pojkar</li></ul>
<b>Ålder</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Skolår 7</li><li>✓ Skolår 9</li><li>✓ År 2 på gymnasiet</li></ul>
<b>Födelse-land</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Född i Sverige med förälder/föräldrar födda i Sverige</li><li>✓ Född i Sverige med minst en förälder född utanför Sverige</li><li>✓ Född utanför Sverige.</li></ul>



# Bilaga 2: Logistisk regression

Logistiska regressionsanalyser har använts för att beskriva olika faktorerers samband med att ha god psykisk hälsa. En multivariat logistisk regressionsanalys bidrar till att göra jämförelserna mer renodlade. Många av de variabler som samvarierar med psykisk hälsa kan sinsemellan ha starka samband. Det sambandsmått som man får visar inverkan av en faktor, med hänsyn tagen till alla andra faktorer i modellen.

I tabellerna i den här bilagan redovisas resultatet från multivariata logistiska regressionsanalyser för elever som svarat på undersökningen "Liv & hälsa ung" 2011. Det utfallsmått som valts ut som indikator för god psykisk hälsa är att *sällan eller aldrig ha känt sig ängslig/orolig eller nedstämd under de 3 senaste månaderna*. De skydds- och riskfaktorer som beskrivs i bilaga 1 ingår i analysmodellen. Urvalskriterierna för att faktorn ska tas med i de multivariata logistiska regressionerna har varit styrkan i sambandet med den psykiska hälsan (se tabell B1). Hänsyn har även tagits till hur faktorn samvarierar med övriga faktorer. Analyserna har därefter genomförts i fyra olika steg enligt den teoretiska modell som beskrivs i figur 17 i kapitel 6.

## Tabellförteckning:

Tabell B1. Varje faktor för sig justerat för kön och ålder.

Tabell B2. Analyssteg 1–3, flickor och pojkar.

Tabell B3. Slutlig modell (analyssteg 1–4), flickor och pojkar.

Tabell B4. Analyssteg 1–3, flickor.

Tabell B3. Slutlig modell (analyssteg 1–4), flickor.

Tabell B6. Analyssteg 1–3, pojkar.

Tabell B7. Slutlig modell (analyssteg 1–4), pojkar.

Tabell B8. Slutlig modell (analyssteg 1–4), hörselnedsättning.

Tabell B9. Slutlig modell (analyssteg 1–4), synnedsättning.

Tabell B10. Slutlig modell (analyssteg 1–4), rörelsehinder.

Tabell B11. Slutlig modell (analyssteg 1–4), läs-/skrivsvårigheter/dyslexi.

Tabell B12. Slutlig modell (analyssteg 1–4), ADHD/ADD.

Tabell B13. Slutlig modell (analyssteg 1–4), "annan funktionsnedsättning".

Tabell B14. Slutlig modell (analyssteg 1–4), skolår 9 och år 2 på gymnasiet.

## Tabell B1. Varje faktor för sig justerat för kön och ålder.

Antal svar (N), Oddsquoter justerade för kön och ålder (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa för de olika faktorerna som ingår i analysmodellen.

	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
<i>Ingen funktionsnedsättning (ref)</i>	6343			<i>Ej rökt vattenpipa (ref)</i>	5494			<i>Ej någon att anförtro sig åt (ref)</i>	755		
Funktionsnedsättning	1254	<b>0,6</b>	0,52 0,68	Rökt 1 gång	755	<b>0,8</b>	0,71 0,99	Ev. någon att anförtro sig åt	2434	<b>1,7</b>	1,41 2,02
<i>Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)</i>	1927			Rökt minst 2 gånger	1275	<b>0,7</b>	0,62 0,81	Helt säkert någon att anförtro sig åt	4400	<b>2,8</b>	2,34 3,31
Svenskfödd	5646	<b>1,1</b>	1,01 1,26	Endast skolår 9 och gymnasiet år 2:				<i>Ej kamrater i skolan (ref)</i>	224		
<i>Bor med två föräldrar (ref)</i>	4825			<i>Ej använt narkotika (ref)</i>	4659			Kamrater i skolan till viss del	500	1,3	0,86 1,88
Bor växelvis hos två föräldrar	1589	<b>0,7</b>	0,66 0,84	Använt narkotika	426	<b>0,5</b>	0,36 0,58	Har kamrater i skolan	6755	<b>3,6</b>	2,59 5,03
Bor med en förälder	950	<b>0,7</b>	0,56 0,76	<i>Ej fysiskt aktiv (ref)</i>	1945			<i>Ej föreningsaktiv (ref)</i>	1756		
Bor inte med någon förälder	271	<b>0,6</b>	0,43 0,75	Fysiskt aktiv	5634	<b>1,4</b>	1,21 1,52	Föreningsaktiv	5794	1,1	0,95 1,19
<i>Ingen förälder arbetar (ref)</i>	419			<i>Ej regelbundna/oregelbundna (ref)</i>	4368			<i>Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)</i>	853		
En förälder arbetar	1609	1,2	0,97 1,55	Regelbundna matvanor	3005	<b>1,6</b>	1,40 1,71	Trivs bra sitt bostadsområde	6473	<b>1,8</b>	1,51 2,06
Två föräldrar arbetar	5618	<b>1,5</b>	1,21 1,86	Oregelbundna matvanor	150	<b>0,5</b>	0,37 0,80	<i>Ej god skoltrivsel (ref)</i>	1382		
<i>Ej skada/olycka (ref)</i>	5383			<i>Normalvikt (ref)</i>	5178			God skoltrivsel	6076	<b>4,3</b>	3,69 4,95
Skadad/olycksfall	1993	<b>0,7</b>	0,62 0,77	Undervikt	589	0,9	0,71 1,02	<i>Ej trygg skolan (ref)</i>	1147		
<i>Ej mobbad (ref)</i>	7062			Övervikt	1035	0,9	0,82 1,08	Till viss del trygg skola	1871	<b>1,8</b>	1,54 2,14
Mobbad	439	<b>0,2</b>	0,16 0,27	Fetma	254	<b>0,6</b>	0,49 0,85	Trygg skola	4472	<b>3,0</b>	2,55 3,43
<i>Ej kränkt av vuxen (ref)</i>	6764			<i>Skolkar aldrig (ref)</i>	4239			<i>Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)</i>	2714		
Kränkt av vuxen	655	<b>0,3</b>	0,25 0,37	Skolkar sällan	2364	<b>0,6</b>	0,53 0,67	Ibland påverkansmöjlighet	2616	<b>1,2</b>	1,11 1,40
<i>Ej fysiskt våld (ref)</i>	6740			Skolkar ofta	788	<b>0,4</b>	0,35 0,50	Hög påverkansmöjlighet i skolan	2130	<b>1,6</b>	1,41 1,80
Fysiskt våld	641	<b>0,4</b>	0,31 0,44	<i>Ofta/alltid orolig sömn (ref)</i>	748			Endast skolår 9 och gymnasiet år 2:			
<i>Ej alkoholkonsument (ref)</i>	3504			Ibland orolig sömn	1070	<b>1,9</b>	1,40 2,58	<i>Icke godkänt i fler än 2 skolämnen (ref)</i>	406		
Ej varit full/ej berusad ofta	2998	<b>0,7</b>	0,61 0,75	Sällan/aldrig orolig sömn	5746	<b>10,0</b>	7,68 12,97	Icke godkänt i 1-2 skolämnen	1109	1,2	0,93 1,53
Varit full/oftra berusad	1006	<b>0,5</b>	0,46 0,63	<i>Låg tillit till föräldrar (ref)</i>	288			Godkänt i alla skolämnen	3510	<b>1,6</b>	1,28 2,03
<i>Använder ej tobak dagligen (ref)</i>	6743			Osäker tillit	533	<b>1,5</b>	1,06 2,21				
Anv. tobak dagligen	797	<b>0,7</b>	0,61 0,84	God tillit till föräldrar	6728	<b>4,1</b>	2,99 5,58				



## Tabell B2. Analyssteg 1–3, flickor och pojkar.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	N	Steg 1		Steg 1-2		Steg 1-3	
		OR	95% KI	OR	95% KI	OR	95% KI
Ingen funktionsnedsättning (ref)	4792						
Funktionsnedsättning	872	<b>0,6</b>	0,53 0,71	<b>0,7</b>	0,58 0,81	<b>0,8</b>	0,69 0,99
Tjej (ref)	2882						
Kille	2782			<b>3,3</b>	2,94 3,73	<b>2,7</b>	2,42 3,11
Skolår 7 (ref)	1675						
Skolår 9	1943			<b>0,4</b>	0,38 0,51	<b>0,5</b>	0,42 0,57
Gymnasiet år 2	2046			<b>0,3</b>	0,26 0,35	<b>0,4</b>	0,35 0,50
Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)	1383						
Svenskfödd	4281			1,1	0,91 1,21	1,0	0,87 1,17
Bor med två föräldrar (ref)	3611						
Bor växelvis hos två föräldrar	1192			<b>0,8</b>	0,69 0,92	<b>0,9</b>	0,74 0,999
Bor med en förälder	674			<b>0,8</b>	0,62 0,92	0,9	0,69 1,05
Bor inte med någon förälder	187			0,8	0,55 1,12	0,9	0,61 1,30
Ingen förälder arbetar (ref)	258						
En förälder arbetar	1132			1,2	0,85 1,58	1,1	0,79 1,52
Två föräldrar arbetar	4274			1,2	0,93 1,68	1,1	0,81 1,52
Ej skada/olycka (ref)	4139						
Skadad/olycksfall	1525			<b>0,8</b>	0,70 0,91	<b>0,8</b>	0,72 0,95
Ej mobbad (ref)	5349						
Mobbad	315			<b>0,3</b>	0,20 0,38	<b>0,3</b>	0,23 0,46
Ej kränkt av vuxen (ref)	5167						
Kränkt av vuxen	497			<b>0,4</b>	0,32 0,52	<b>0,5</b>	0,40 0,69
Ej fysiskt våld (ref)	5199						
Fysiskt våld	465			<b>0,5</b>	0,42 0,67	<b>0,6</b>	0,45 0,73
Ej alkoholkonsument (ref)	2603						
Ej varit full/ej berusad ofta	2399					0,9	0,76 1,02
Varit full/oftra berusad	662					0,9	0,71 1,16
Använder ej tobak dagligen (ref)	5072						
Anv. tobak dagligen	592					<b>1,3</b>	1,00 1,63
Ej rökt vattenpipa (ref)	4136						
Rökt 1 gång	579					1,1	0,92 1,41
Rökt minst 2 gånger	949					1,0	0,82 1,22
Ej fysiskt aktiv (ref)	1415						
Fysiskt aktiv	4249					<b>1,3</b>	1,12 1,50
Ej regelbundna/oregelbundna (ref)	3258						
Regelbundna matvanor	2309					<b>1,2</b>	1,10 1,41
Oregelbundna matvanor	97					0,8	0,46 1,40
Normalvikt (ref)	4170						
Undervikt	464					<b>0,7</b>	0,59 0,93
Övervikt	821					1,0	0,86 1,21
Fetma	209					0,9	0,61 1,20
Skolkar aldrig (ref)	3296						
Skolkar sällan	1771					<b>0,8</b>	0,71 0,95
Skolkar ofta	597					<b>0,7</b>	0,52 0,84
Ofta/alltid orolig sömn (ref)	562						
Ibland orolig sömn	807					1,3	0,93 1,94
Sällan/aldrig orolig sömn	4295					<b>7,1</b>	5,23 9,71
Nagelkerke R <sup>2</sup>			0,010		0,207		0,312

### Tabell B3. Slutlig modell (analyssteg 1–4), flickor och pojkar.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	Steg 1-4				Steg 1-4				Steg 1-4		
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
Ingen funktionsnedsättning (ref)	4792			Ej fysiskt våld (ref)	5199			Ofta/alltid orolig sömn (ref)	562		
Funktionsnedsättning	872	0,9	0,74 1,07	Fysiskt våld	465	<b>0,7</b>	0,52 0,86	Ibland orolig sömn	807	1,2	0,83 1,74
Tjej (ref)	2882			Ej alkoholkonsument (ref)	2603			Sällan/aldrig orolig sömn	4295	<b>5,8</b>	4,24 7,98
Kille	2782	<b>3,1</b>	2,75 3,61	Ej varit full/ej berusad ofta	2399	0,9	0,75 1,01	Låg tillit till föräldrar (ref)	210		
Skolår 7 (ref)	1675			Varit full/oftra berusad	662	0,9	0,74 1,21	Osäker tillit	389	0,9	0,58 1,54
Skolår 9	1943	<b>0,5</b>	0,41 0,56	Använder ej tobak dagligen (ref)	5072			God tillit till föräldrar	5065	1,4	0,90 2,11
Gymnasiet år 2	2046	<b>0,4</b>	0,29 0,42	Anv. tobak dagligen	592	1,2	0,98 1,60	Ej någon att anförtro sig åt (ref)	521		
Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)	1383			Ej rökt vattenpipa (ref)	4136			Ev. någon att anförtro sig åt	1767	1,2	0,94 1,55
Svenskfödd	4281	1,1	0,92 1,25	Rökt 1 gång	579	1,1	0,89 1,38	Helt säkert någon att anförtro sig åt	3376	<b>1,6</b>	1,25 2,04
Bor med två föräldrar (ref)	3611			Rökt minst 2 gånger	949	1,0	0,79 1,18	Ej kamrater i skolan (ref)	154		
Bor växelvis hos två föräldrar	1192	0,9	0,73 1,01	Ej fysiskt aktiv (ref)	1415			Kamrater i skolan till viss del	351	0,8	0,45 1,35
Bor med en förälder	674	0,9	0,70 1,07	Fysiskt aktiv	4249	<b>1,2</b>	1,03 1,39	Har kamrater i skolan	5159	1,3	0,81 2,12
Bor inte med någon förälder	187	0,9	0,58 1,26	Ej regelbundna/oregelbundna (ref)	3258			Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)	603		
Ingen förälder arbetar (ref)	258			Regelbundna matvanor	2309	<b>1,2</b>	1,03 1,34	Trivs bra sitt bostadsområde	5061	1,0	0,84 1,30
En förälder arbetar	1132	1,1	0,75 1,48	Oregelbundna matvanor	97	0,9	0,53 1,67	Ej god skoltrivsel (ref)	977		
Två föräldrar arbetar	4274	1,0	0,75 1,44	Normalvikt (ref)	4170			God skoltrivsel	4687	<b>2,5</b>	1,99 3,03
Ej skada/olycka (ref)	4139			Undervikt	464	<b>0,8</b>	0,61 0,96	Ej trygg skolan (ref)	837		
Skadad/olycksfall	1525	<b>0,8</b>	0,71 0,94	Övervikt	821	1,0	0,87 1,24	Till viss del trygg skola	1416	1,2	0,95 1,48
Ej mobbad (ref)	5349			Fetma	209	0,9	0,61 1,20	Trygg skola	3411	<b>1,4</b>	1,16 1,75
Mobbad	315	<b>0,5</b>	0,34 0,69	Skolkar aldrig (ref)	3296			Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)	2018		
Ej kränkt av vuxen (ref)	5167			Skolkar sällan	1771	0,9	0,78 1,06	Ibland påverkansmöjlighet	2052	1,0	0,83 1,11
Kränkt av vuxen	497	<b>0,6</b>	0,45 0,78	Skolkar ofta	597	0,9	0,70 1,16	Hög påverkansmöjlighet i skolan	1594	1,0	0,87 1,21

Nagelkerke  $R^2$ : 0,349

### Tabell B4. Analyssteg 1–3, flickor.

Antal svar (N), Oddskvoter (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddskvoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	N	Steg 1		Steg 1-2ii		Steg 1-3	
		OR	95% KI	OR	95% KI	OR	95% KI
<i>Ingen funktionsnedsättning (ref)</i>	2482						
Funktionsnedsättning	400	<b>0,5</b>	0,40 0,66	<b>0,7</b>	0,51 0,88	0,9	0,64 1,15
<i>Skolår 7 (ref)</i>	878						
Skolår 9	996			<b>0,4</b>	0,36 0,53	<b>0,5</b>	0,41 0,63
Gymnasiet år 2	1008			<b>0,3</b>	0,22 0,34	<b>0,4</b>	0,34 0,57
<i>Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)</i>	715						
Svenskfödd	2167			1,0	0,85 1,29	1,1	0,86 1,33
<i>Bor med två föräldrar (ref)</i>	1832						
Bor växelvis hos två föräldrar	603			<b>0,6</b>	0,50 0,78	<b>0,7</b>	0,55 0,88
Bor med en förälder	352			0,9	0,64 1,13	1,0	0,71 1,32
Bor inte med någon förälder	95			0,9	0,52 1,58	1,0	0,55 1,77
<i>Ingen förälder arbetar (ref)</i>	133						
En förälder arbetar	616			1,0	0,64 1,56	1,0	0,59 1,54
Två föräldrar arbetar	2133			1,0	0,66 1,57	0,9	0,56 1,43
<i>Ej skada/olycka (ref)</i>	2134						
Skadad/olycksfall	748			<b>0,7</b>	0,55 0,82	<b>0,8</b>	0,61 0,95
<i>Ej mobbad (ref)</i>	2701						
Mobbad	181			<b>0,3</b>	0,20 0,53	<b>0,4</b>	0,24 0,70
<i>Ej kränkt (ref)</i>	2566						
Kränkt av vuxen	316			<b>0,2</b>	0,16 0,36	<b>0,3</b>	0,21 0,51
<i>Ej fysiskt våld (ref)</i>	2760						
Fysiskt våld	122			<b>0,5</b>	0,25 0,80	0,6	0,31 1,03
<i>Ej alkoholkonsument (ref)</i>	1322						
Ej varit full/ej berusad ofta	1254					<b>0,8</b>	0,62 0,96
Varit full/oftra berusad	306					<b>0,6</b>	0,44 0,95
<i>Använder ej tobak dagligen (ref)</i>	2657						
Anv. tobak dagligen	225					<b>1,6</b>	1,02 2,46
<i>Ej rökt vattenpipa (ref)</i>	2162						
Rökt 1 gång	301					1,3	0,97 1,85
Rökt minst 2 gånger	419					<b>1,5</b>	1,08 2,05
<i>Ej fysiskt aktiv (ref)</i>	816						
Fysiskt aktiv	2066					1,2	0,97 1,47
<i>Ej regelbundna/oregelbundna (ref)</i>	1750						
Regelbundna matvanor	1072					<b>1,3</b>	1,07 1,55
Oregelbundna matvanor	60					1,1	0,50 2,21
<i>Normalvikt (ref)</i>	2176						
Undervikt	318					0,8	0,58 1,02
Övervikt	309					0,9	0,66 1,19
Fetma	79					0,8	0,43 1,54
<i>Skolkar aldrig (ref)</i>	1672						
Skolkar sällan	924					<b>0,7</b>	0,56 0,88
Skolkar ofta	286					<b>0,5</b>	0,32 0,75
<i>Ofta/alltid orolig sömn (ref)</i>	380						
Ibland orolig sömn	539					1,3	0,73 2,14
Sällan/aldrig orolig sömn	1963					<b>7,4</b>	4,69 11,63
<i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i>			<i>0,014</i>		<i>0,160</i>		<i>0,289</i>

Den psykiska hälsans skyddsfaktorer bland ungdomar med och utan funktionsnedsättning  
Liv & hälsa ung i Örebro län

### Tabell B3. Slutlig modell (analyssteg 1–4), flickor.

Antal svar (N), Oddskvoter (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddskvoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	Steg 1-4			N	Steg 1-4			N	Steg 1-4		
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
Ingen funktionsnedsättning (ref)	2482			Ej fysiskt våld (ref)	2760			Ofta/alltid orolig sömn (ref)	380		
Funktionsnedsättning	400	1,0	0,70 1,29	Fysiskt våld	122	0,8	0,43 1,51	Ibland orolig sömn	539	1,1	0,63 1,88
Skolår 7 (ref)	878			Ej alkoholkonsument (ref)	1322			Sällan/aldrig orolig sömn	1963	5,9	3,72 9,42
Skolår 9	996	0,5	0,40 0,63	Ej varit full/ej berusad ofta	1254	0,8	0,62 0,97	Låg tillit till föräldrar (ref)	124		
Gymnasiet år 2	1008	0,4	0,29 0,50	Varit full/ofäta berusad	306	0,6	0,43 0,96	Osäker tillit	221	0,6	0,28 1,46
Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)	715			Använder ej tobak dagligen (ref)	2657			God tillit till föräldrar	2537	1,2	0,58 2,36
Svenskfödd	2167	1,1	0,88 1,39	Anv. tobak dagligen	225	1,6	1,04 2,54	Ej någon att anförto sig åt (ref)	159		
Bor med två föräldrar (ref)	1832			Ej rökt vattenpipa (ref)	2162			Ev. någon att anförto sig åt	731	1,4	0,76 2,52
Bor växelvis hos två föräldrar	603	0,7	0,53 0,86	Rökt 1 gång	301	1,2	0,88 1,70	Helt säkert någon att anförto sig åt	1992	2,2	1,20 3,87
Bor med en förälder	352	1,0	0,72 1,37	Rökt minst 2 gånger	419	1,3	0,94 1,82	Ej kamrater i skolan (ref)	75		
Bor inte med någon förälder	95	1,0	0,55 1,83	Ej fysiskt aktiv (ref)	816			Kamrater i skolan till viss del	177	0,5	0,20 1,45
Ingen förälder arbetar (ref)	133			Fysiskt aktiv	2066	1,1	0,92 1,40	Har kamrater i skolan	2630	1,0	0,41 2,28
En förälder arbetar	616	1,0	0,60 1,59	Ej regelbundna/oregelbundna (ref)	1750			Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)	293		
Två föräldrar arbetar	2133	0,9	0,56 1,45	Regelbundna matvanor	1072	1,2	0,99 1,45	Trivs bra sitt bostadsområde	2589	1,1	0,77 1,58
Ej skada/olycka (ref)	2134			Oregelbundna matvanor	60	1,4	0,63 2,91	Ej god skoltrivsel (ref)	512		
Skadad/olycksfall	748	0,8	0,61 0,95	Normalvikt (ref)	2176			God skoltrivsel	2370	3,0	2,06 4,48
Ej mobbad (ref)	2701			Undervikt	318	0,8	0,60 1,08	Ej trygg skolan (ref)	407		
Mobbad	181	0,6	0,34 1,03	Övervikt	309	0,9	0,68 1,25	Till viss del trygg skola	781	1,1	0,76 1,55
Ej kränkt (ref)	2566			Fetma	79	0,7	0,39 1,41	Trygg skola	1694	1,4	1,03 2,01
Kränt av vuxen	316	0,4	0,24 0,60	Skolkar aldrig (ref)	1672			Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)	921		
				Skolkar sällan	924	0,8	0,63 1,01	Ibland påverkansmöjlighet	1090	1,0	0,78 1,23
				Skolkar ofta	286	0,7	0,44 1,09	Hög påverkansmöjlighet i skolan	871	1,0	0,82 1,33

Nagelkerke  $R^2$ : 0,337

### Tabell B6. Analyssteg 1–3, pojkar.

Antal svar (N), Oddskvoter (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddskvoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	N	Steg 1		Steg 1-2ii		Steg 1-3	
		OR	95% KI	OR	95% KI	OR	95% KI
<i>Ingen funktionsnedsättning (ref)</i>	2310						
Funktionsnedsättning	472	<b>0,6</b>	0,48 0,71	<b>0,7</b>	0,56 0,85	0,8 0,65	1,02
<i>Skolår 7 (ref)</i>	797						
Skolår 9	947			<b>0,5</b>	0,37 0,56	<b>0,5</b>	0,40 0,62
Gymnasiet år 2	1038			<b>0,3</b>	0,26 0,40	<b>0,4</b>	0,32 0,52
<i>Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)</i>	668						
Svenskfödd	2114			1,1	0,87 1,28	1,0 0,79	1,19
<i>Bor med två föräldrar (ref)</i>	1779						
Bor växelvis hos två föräldrar	589			1,0	0,81 1,20	1,0 0,85	1,29
Bor med en förälder	322			<b>0,7</b>	0,54 0,90	0,8 0,59	1,02
Bor inte med någon förälder	92			0,7	0,47 1,19	0,9 0,53	1,45
<i>Ingen förälder arbetar (ref)</i>	125						
En förälder arbetar	516			1,3	0,86 2,02	1,2 0,78	1,93
Två föräldrar arbetar	2141			1,5	0,999 2,25	1,3 0,86	2,04
<i>Ej skada/olycka (ref)</i>	2005						
Skadad/olycksfall	777			0,9	0,77 1,10	0,9 0,75	1,10
<i>Ej mobbad (ref)</i>	2648						
Mobbad	134			<b>0,2</b>	0,16 0,38	<b>0,3</b>	0,18 0,45
<i>Ej kränkt (ref)</i>	2601						
Kränkt av vuxen	181			<b>0,6</b>	0,45 0,90	0,8 0,55	1,15
<i>Ej fysiskt våld (ref)</i>	2439						
Fysiskt våld	343			<b>0,5</b>	0,40 0,68	<b>0,5</b>	0,41 0,70
<i>Ej alkoholkonsument (ref)</i>	1281						
Ej varit full/ej berusad ofta	1145					1,0 0,82	1,23
Varit full/oftra berusad	356					1,2 0,84	1,60
<i>Använder ej tobak dagligen (ref)</i>	2415						
Anv. tobak dagligen	367					1,1 0,84	1,52
<i>Ej rökt vattenpipa (ref)</i>	1974						
Rökt 1 gång	278					1,0 0,72	1,30
Rökt minst 2 gånger	530					<b>0,7</b>	0,58 0,97
<i>Ej fysiskt aktiv (ref)</i>	599						
Fysiskt aktiv	2183					<b>1,4</b>	1,11 1,67
<i>Ej regelbundna/oregelbundna (ref)</i>	1508						
Regelbundna matvanor	1237					<b>1,2</b>	1,01 1,42
Oregelbundna matvanor	37					0,5 0,22	1,22
<i>Normalvikt (ref)</i>	1994						
Undervikt	146					<b>0,7</b>	0,45 0,95
Övervikt	512					1,1 0,88	1,35
Fetma	130					0,9 0,58	1,28
<i>Skolkar aldrig (ref)</i>	1624						
Skolkar sällan	847					0,9 0,76	1,14
Skolkar ofta	311					0,8 0,59	1,08
<i>Ofta/alltid orolig sömn (ref)</i>	182						
Ibland orolig sömn	268					1,4 0,85	2,36
Sällan/aldrig orolig sömn	2332					<b>6,9</b>	4,47 10,56
<i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i>			<i>0,013</i>		<i>0,123</i>		<i>0,229</i>

Den psykiska hälsans skyddsfaktorer bland ungdomar med och utan funktionsnedsättning  
Liv & hälsa ung i Örebro län

### Tabell B7. Slutlig modell (analyssteg 1–4), pojkar.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	Steg 1-4				Steg 1-4				Steg 1-4		
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
Ingen funktionsnedsättning (ref)	2310			Ej fysiskt våld (ref)	2439			Ofta/alltid orolig sömn (ref)	182		
Funktionsnedsättning	472	0,9	0,68 1,08	Fysiskt våld	343	0,6	0,45 0,78	Ibland orolig sömn	268	1,2	0,74 2,10
Skolår 7 (ref)	797			Ej alkoholkonsument (ref)	1281			Sällan/aldrig orolig sömn	2332	5,5	3,57 8,60
Skolår 9	947	0,5	0,37 0,59	Ej varit full/ej berusad ofta	1145	1,0	0,79 1,21	Låg tillit till föräldrar (ref)	86		
Gymnasiet år 2	1038	0,3	0,27 0,44	Varit full/ofta berusad	356	1,2	0,88 1,71	Osäker tillit	168	1,2	0,62 2,22
Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)	668			Använder ej tobak dagligen (ref)	2415			God tillit till föräldrar	2528	1,4	0,82 2,42
Svenskfödd	2114	1,0	0,85 1,29	Anv. tobak dagligen	367	1,1	0,80 1,46	Ej någon att anförtro sig åt (ref)	362		
Bor med två föräldrar (ref)	1779			Ej rökt vattenpipa (ref)	1974			Ev. någon att anförtro sig åt	1036	1,2	0,91 1,61
Bor växelvis hos två föräldrar	589	1,1	0,85 1,30	Rökt 1 gång	278	1,0	0,73 1,34	Helt säkert någon att anförtro sig åt	1384	1,4	1,07 1,87
Bor med en förälder	322	0,8	0,59 1,04	Rökt minst 2 gånger	530	0,8	0,59 0,99	Ej kamrater i skolan (ref)	79		
Bor inte med någon förälder	92	0,8	0,49 1,35	Ej fysiskt aktiv (ref)	599			Kamrater i skolan till viss del	174	0,9	0,46 1,76
Ingen förälder arbetar (ref)	125			Fysiskt aktiv	2183	1,2	1,00 1,53	Har kamrater i skolan	2529	1,4	0,78 2,53
En förälder arbetar	516	1,1	0,71 1,81	Ej regelbundna/oregelbundna (ref)	1508			Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)	310		
Två föräldrar arbetar	2141	1,2	0,77 1,86	Regelbundna matvanor	1237	1,1	0,95 1,36	Trivs bra sitt bostadsområde	2472	1,0	0,77 1,34
Ej skada/olycka (ref)	2005			Oregelbundna matvanor	37	0,5	0,22 1,28	Ej god skoltrivsel (ref)	465		
Skadad/olycksfall	777	0,9	0,74 1,09	Normalvikt (ref)	1994			God skoltrivsel	2317	2,3	1,80 3,03
Ej mobbad (ref)	2648			Undervikt	146	0,7	0,45 0,97	Ej trygg skolan (ref)	430		
Mobbad	134	0,4	0,26 0,67	Övervikt	512	1,1	0,88 1,37	Till viss del trygg skola	635	1,3	0,95 1,69
Ej kränkt (ref)	2601			Fetma	130	0,9	0,58 1,30	Trygg skola	1717	1,4	1,05 1,79
Kränkt av vuxen	181	0,9	0,59 1,28	Skolkar aldrig (ref)	1624			Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)	1097		
				Skolkar sällan	847	1,0	0,81 1,22	Ibland påverkansmöjlighet	962	0,9	0,77 1,15
				Skolkar ofta	311	1,0	0,76 1,45	Hög påverkansmöjlighet i skolan	723	1,0	0,82 1,28

Nagelkerke  $R^2$ : 0,265

### Tabell B8. Slutlig modell (analyssteg 1–4), hörselnedsättning.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procentens konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	N	Steg 1-4			N	Steg 1-4			N	Steg 1-4	
		OR	95% KI			OR	95% KI			OR	95% KI
<i>Ingen funktionsnedsättning (ref)</i>	4802			<i>Ej fysiskt våld (ref)</i>	5199			<i>Ofta/alltid orolig sömn (ref)</i>	558		
Hörselnedsättning	256	1,0	0,70 1,35	Fysiskt våld	465	<b>0,7</b>	0,52 0,85	Ibland orolig sömn	804	1,2	0,83 1,74
Övriga nedsättn. (ej hörselneds.)	606	0,9	0,71 1,09	<i>Ej alkoholkonsument (ref)</i>	2609			Sällan/aldrig orolig sömn	4302	<b>5,7</b>	4,19 7,89
<i>Tjej (ref)</i>	2880			Ej varit full/ej berusad ofta	2308	0,9	0,75 1,01	<i>Låg tillit till föräldrar (ref)</i>	207		
Kille	2784	<b>3,2</b>	2,77 3,64	Varit full/ofta berusad	747	0,9	0,73 1,20	Osäker tillit	387	0,9	0,58 1,54
<i>Skolår 7 (ref)</i>	1684			<i>Använder ej tobak dagligen (ref)</i>	5075			God tillit till föräldrar	5070	1,4	0,89 2,09
Skolår 9	1939	<b>0,5</b>	0,40 0,55	Anv. tobak dagligen	589	1,2	0,97 1,59	<i>Ej någon att anförtrö sig åt (ref)</i>	521		
Gymnasiet år 2	2041	<b>0,4</b>	0,29 0,42	<i>Ej rökt vattenpipa (ref)</i>	4141			Ev. någon att anförtrö sig åt	1764	1,2	0,94 1,55
<i>Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)</i>	1384			Rökt 1 gång	576	1,1	0,90 1,39	Helt säkert någon att anförtrö sig åt	3379	<b>1,6</b>	1,24 2,03
Svenskfödd	4280	1,1	0,92 1,25	Rökt minst 2 gånger	947	1,0	0,79 1,19	<i>Ej kamrater i skolan (ref)</i>	156		
<i>Bor med två föräldrar (ref)</i>	3616			<i>Ej fysiskt aktiv (ref)</i>	1409			Kamrater i skolan till viss del	349	0,8	0,46 1,35
Bor växelvis hos två föräldrar	1190	0,9	0,74 1,01	Fysiskt aktiv	4255	<b>1,2</b>	1,02 1,38	Har kamrater i skolan	5159	1,3	0,82 2,12
Bor med en förälder	672	0,9	0,71 1,08	<i>Ej regelbundna/oregelbundna (ref)</i>	3258			<i>Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)</i>	603		
Bor inte med någon förälder	186	0,9	0,58 1,26	Regelbundna matvanor	2310	<b>1,2</b>	1,03 1,33	Trivs bra sitt bostadsområde	5061	1,1	0,85 1,31
<i>Ingen förälder arbetar (ref)</i>	257			Oregelbundna matvanor	96	0,9	0,52 1,66	<i>Ej god skoltrivsel (ref)</i>	973		
En förälder arbetar	1132	1,1	0,76 1,50	<i>Normalvikt (ref)</i>	4174			God skoltrivsel	4691	<b>2,5</b>	2,01 3,06
Två föräldrar arbetar	4275	1,1	0,76 1,46	Undervikt	465	<b>0,8</b>	0,60 0,96	<i>Ej trygg skolan (ref)</i>	835		
<i>Ej skada/olycka (ref)</i>	4142			Övervikt	817	1,0	0,87 1,24	Till viss del trygg skola	1413	1,2	0,95 1,48
Skadad/olycksfall	1522	<b>0,8</b>	0,71 0,95	Fetma	208	0,9	0,61 1,20	Trygg skola	3416	<b>1,4</b>	1,16 1,75
<i>Ej mobbad (ref)</i>	5351			<i>Skolkar aldrig (ref)</i>	3304			<i>Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)</i>	2019		
Mobbad	313	<b>0,5</b>	0,34 0,69	Skolkar sällan	1767	0,9	0,77 1,05	Ibland påverkansmöjlighet	2047	1,0	0,82 1,11
<i>Ej kränkt av vuxen (ref)</i>	5170			Skolkar ofta	593	0,9	0,70 1,16	Hög påverkansmöjlighet i skolan	1598	1,0	0,87 1,21
Kränt av vuxen	494	<b>0,6</b>	0,45 0,78								

Nagelkerke  $R^2$ : 0,349

### Tabell B9. Slutlig modell (analyssteg 1–4), synnedsättning.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procentens konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	Steg 1-4				Steg 1-4				Steg 1-4		
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
<i>Ingen funktionsnedsättning (ref)</i>	4795			<i>Ej fysiskt våld (ref)</i>	5196			<i>Ofta/alltid orolig sömn (ref)</i>	554		
Synnedsättning	168	0,6	0,40 0,89	Fysiskt våld	461	0,7	0,52 0,85	Ibland orolig sömn	804	1,2	0,83 1,75
Övriga nedsättn. (ej synneds.)	694	1,0	0,81 1,21	<i>Ej alkoholkonsument (ref)</i>	2601			Sällan/aldrig orolig sömn	4299	5,8	4,24 8,02
<i>Tjej (ref)</i>	2874			Ej varit full/ej berusad ofta	2309	0,9	0,76 1,02	<i>Låg tillit till föräldrar (ref)</i>	209		
Kille	2783	3,2	2,77 3,63	Varit full/ofta berusad	747	1,0	0,74 1,22	Osäker tillit	385	0,9	0,58 1,55
<i>Skolår 7 (ref)</i>	1680			<i>Använder ej tobak dagligen (ref)</i>	5067			God tillit till föräldrar	5063	1,4	0,90 2,10
Skolår 9	1938	0,5	0,41 0,56	Anv. tobak dagligen	590	1,2	0,97 1,58	<i>Ej någon att anförtrö sig åt (ref)</i>	520		
Gymnasiet år 2	2039	0,4	0,29 0,42	<i>Ej rökt vattenpipa (ref)</i>	4135			Ev. någon att anförtrö sig åt	1761	1,2	0,95 1,57
<i>Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)</i>	1385			Rökt 1 gång	576	1,1	0,88 1,37	Helt säkert någon att anförtrö sig åt	3376	1,6	1,27 2,07
Svenskfödd	4272	1,1	0,91 1,24	Rökt minst 2 gånger	946	1,0	0,79 1,19	<i>Ej kamrater i skolan (ref)</i>	154		
<i>Bor med två föräldrar (ref)</i>	3609			<i>Ej fysiskt aktiv (ref)</i>	1408			Kamrater i skolan till viss del	349	0,8	0,47 1,42
Bor växelvis hos två föräldrar	1191	0,9	0,74 1,01	Fysiskt aktiv	4249	1,2	1,03 1,38	Har kamrater i skolan	5154	1,4	0,85 2,22
Bor med en förälder	673	0,9	0,70 1,07	<i>Ej regelbundna/oregelbundna (ref)</i>	3257			<i>Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)</i>	603		
Bor inte med någon förälder	184	0,8	0,55 1,21	Regelbundna matvanor	2304	1,2	1,03 1,33	Trivs bra sitt bostadsområde	5054	1,0	0,84 1,30
<i>Ingen förälder arbetar (ref)</i>	257			Oregelbundna matvanor	96	0,9	0,52 1,66	<i>Ej god skoltrivsel (ref)</i>	969		
En förälder arbetar	1129	1,1	0,77 1,52	<i>Normalvikt (ref)</i>	4166			God skoltrivsel	4688	2,5	1,99 3,04
Två föräldrar arbetar	4271	1,1	0,77 1,48	Undervikt	463	0,8	0,61 0,97	<i>Ej trygg skolan (ref)</i>	834		
<i>Ej skada/olycka (ref)</i>	4138			Övervikt	820	1,0	0,87 1,24	Till viss del trygg skola	1413	1,2	0,95 1,48
Skadad/olycksfall	1519	0,8	0,71 0,94	Fetma	208	0,8	0,60 1,18	Trygg skola	3410	1,4	1,15 1,74
<i>Ej mobbad (ref)</i>	5347			<i>Skolkar aldrig (ref)</i>	3299			<i>Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)</i>	2014		
Mobbad	310	0,5	0,33 0,68	Skolkar sällan	1764	0,9	0,77 1,04	Ibland påverkansmöjlighet	2047	1,0	0,83 1,12
<i>Ej kränkt av vuxen (ref)</i>	5163			Skolkar ofta	594	0,9	0,70 1,16	Hög påverkansmöjlighet i skolan	1596	1,0	0,87 1,20
Kränt av vuxen	494	0,6	0,45 0,78								

Nagelkerke  $R^2$ : 0,350



## Tabell B10. Slutlig modell (analyssteg 1–4), rörelsehinder.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procentens konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	Steg 1-4				Steg 1-4				Steg 1-4		
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
Ingen funktionsnedsättning (ref)	4799			Ej fysiskt våld (ref)	5190			Ofta/alltid orolig sömn (ref)	552		
Rörelsehinder	58	1,5	0,77 2,98	Fysiskt våld	463	<b>0,7</b>	0,52 0,86	Ibland orolig sömn	800	1,2	0,83 1,75
Övriga nedsättn. (ej rörelsehinder)	796	0,9	0,71 1,04	Ej alkoholkonsument (ref)	2602			Sällan/aldrig orolig sömn	4301	<b>5,8</b>	4,21 7,96
Tjej (ref)	2872			Ej varit full/ej berusad ofta	2310	0,9	0,75 1,01	Låg tillit till föräldrar (ref)	207		
Kille	2781	<b>3,2</b>	2,79 3,66	Varit full/ofta berusad	741	0,9	0,74 1,22	Osäker tillit	385	1,0	0,59 1,57
Skolår 7 (ref)	1677			Använder ej tobak dagligen (ref)	5065			God tillit till föräldrar	5061	1,4	0,91 2,13
Skolår 9	1937	<b>0,5</b>	0,41 0,56	Anv. tobak dagligen	588	1,2	0,97 1,59	Ej någon att anförtro sig åt (ref)	521		
Gymnasiet år 2	2039	<b>0,4</b>	0,29 0,42	Ej rökt vattenpipa (ref)	4138			Ev. någon att anförtro sig åt	1761	1,2	0,94 1,55
Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)	1380			Rökt 1 gång	576	1,1	0,90 1,39	Helt säkert någon att anförtro sig åt	3371	<b>1,6</b>	1,25 2,04
Svenskfödd	4273	1,1	0,91 1,24	Rökt minst 2 gånger	939	1,0	0,80 1,20	Ej kamrater i skolan (ref)	155		
Bor med två föräldrar (ref)	3611			Ej fysiskt aktiv (ref)	1406			Kamrater i skolan till viss del	347	0,8	0,46 1,38
Bor växelvis hos två föräldrar	1186	0,9	0,73 1,00	Fysiskt aktiv	4247	<b>1,2</b>	1,03 1,38	Har kamrater i skolan	5151	1,3	0,83 2,15
Bor med en förälder	671	0,9	0,70 1,07	Ej regelbundna/oregelbundna (ref)	3251			Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)	599		
Bor inte med någon förälder	185	0,9	0,58 1,27	Regelbundna matvanor	2306	<b>1,2</b>	1,02 1,32	Trivs bra sitt bostadsområde	5054	1,0	0,83 1,28
Ingen förälder arbetar (ref)	257			Oregelbundna matvanor	96	0,9	0,51 1,63	Ej god skoltrivsel (ref)	968		
En förälder arbetar	1129	1,1	0,76 1,50	Normalvikt (ref)	4165			God skoltrivsel	4685	<b>2,5</b>	1,99 3,03
Två föräldrar arbetar	4267	1,1	0,77 1,47	Undervikt	465	<b>0,8</b>	0,60 0,96	Ej trygg skolan (ref)	833		
Ej skada/olycka (ref)	4137			Övervikt	815	1,0	0,86 1,23	Till viss del trygg skola	1414	1,2	0,95 1,47
Skadad/olycksfall	1516	<b>0,8</b>	0,71 0,95	Fetma	208	0,8	0,59 1,17	Trygg skola	3406	<b>1,4</b>	1,15 1,74
Ej mobbad (ref)	5342			Skolkar aldrig (ref)	3299			Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)	2012		
Mobbad	311	<b>0,5</b>	0,33 0,68	Skolkar sällan	1761	0,9	0,77 1,05	Ibland påverkansmöjlighet	2045	1,0	0,83 1,11
Ej kränkt av vuxen (ref)	5158			Skolkar ofta	593	0,9	0,70 1,16	Hög påverkansmöjlighet i skolan	1596	1,0	0,87 1,21
Kränt av vuxen	495	<b>0,6</b>	0,44 0,77								

Nagelkerke  $R^2$ : 0,349

### Tabell B11. Slutlig modell (analyssteg 1–4), läs-/skrivsvårigheter/dyslexi.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	Steg 1-4				Steg 1-4				Steg 1-4		
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
Ingen funktionsnedsättning (ref)	4790			Ej fysiskt våld (ref)	5187			Ofta/alltid orolig sömn (ref)	555		
Läs-/skrivsvårigheter/dyslexi	323	1,0	0,77 1,36	Fysiskt våld	463	0,7	0,52 0,86	Ibland orolig sömn	800	1,2	0,81 1,70
Övriga nedsätt. (ej läs-/skrivsv.)	537	0,8	0,67 1,05	Ej alkoholkonsument (ref)	2599			Sällan/aldrig orolig sömn	4295	5,7	4,19 7,89
Tjej (ref)	2871			Ej varit full/ej berusad ofta	2305	0,9	0,75 1,02	Låg tillit till föräldrar (ref)	206		
Kille	2779	3,2	2,78 3,64	Varit full/ofta berusad	746	0,9	0,73 1,20	Osäker tillit	387	0,9	0,56 1,49
Skolår 7 (ref)	1682			Använder ej tobak dagligen (ref)	5061			God tillit till föräldrar	5057	1,3	0,87 2,03
Skolår 9	1935	0,5	0,41 0,56	Anv. tobak dagligen	589	1,2	0,97 1,58	Ej någon att anförtrö sig åt (ref)	520		
Gymnasiet år 2	2033	0,4	0,29 0,42	Ej rökt vattenpipa (ref)	4128			Ev. någon att anförtrö sig åt	1763	1,2	0,94 1,55
Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)	1381			Rökt 1 gång	577	1,1	0,89 1,39	Helt säkert någon att anförtrö sig åt	3367	1,6	1,25 2,04
Svenskfödd	4269	1,1	0,91 1,23	Rökt minst 2 gånger	945	1,0	0,79 1,19	Ej kamrater i skolan (ref)	156		
Bor med två föräldrar (ref)	3601			Ej fysiskt aktiv (ref)	1408			Kamrater i skolan till viss del	347	0,8	0,46 1,36
Bor växelvis hos två föräldrar	1193	0,9	0,74 1,01	Fysiskt aktiv	4242	1,2	1,02 1,37	Har kamrater i skolan	5147	1,3	0,82 2,13
Bor med en förälder	671	0,9	0,70 1,06	Ej regelbundna/oregelbundna (ref)	3252			Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)	603		
Bor inte med någon förälder	185	0,9	0,58 1,27	Regelbundna matvanor	2302	1,2	1,03 1,33	Trivs bra sitt bostadsområde	5047	1,1	0,85 1,31
Ingen förälder arbetar (ref)	257			Oregelbundna matvanor	96	0,9	0,53 1,66	Ej god skoltrivsel (ref)	968		
En förälder arbetar	1128	1,1	0,76 1,49	Normalvikt (ref)	4163			God skoltrivsel	4682	2,5	1,99 3,03
Två föräldrar arbetar	4265	1,1	0,76 1,46	Undervikt	464	0,8	0,60 0,95	Ej trygg skolan (ref)	833		
Ej skada/olycka (ref)	4130			Övervikt	816	1,0	0,87 1,24	Till viss del trygg skola	1410	1,2	0,95 1,48
Skadad/olycksfall	1520	0,8	0,71 0,94	Fetma	207	0,8	0,59 1,16	Trygg skola	3407	1,4	1,15 1,73
Ej mobbad (ref)	5338			Skolkar aldrig (ref)	3294			Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)	2011		
Mobbad	312	0,5	0,33 0,67	Skolkar sällan	1763	0,9	0,77 1,05	Ibland påverkansmöjlighet	2044	1,0	0,83 1,12
Ej kränkt av vuxen (ref)	5156			Skolkar ofta	593	0,9	0,69 1,15	Hög påverkansmöjlighet i skolan	1595	1,0	0,88 1,22
Kränkt av vuxen	494	0,6	0,45 0,78								

Nagelkerke  $R^2$ : 0,350

## Tabell B12. Slutlig modell (analyssteg 1–4), ADHD/ADD.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procentens konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	Steg 1-4				Steg 1-4				Steg 1-4		
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
Ingen funktionsnedsättning (ref)	4794			Ej fysiskt våld (ref)	5194			Ofta/alltid orolig sömn (ref)	557		
ADHD/ADD	158	0,9	0,55 1,31	Fysiskt våld	462	<b>0,7</b>	0,51 0,84	Ibland orolig sömn	804	1,2	0,82 1,72
Övriga nedsättn. (ej ADHD/ADD)	704	0,9	0,73 1,09	Ej alkoholkonsument (ref)	2605			Sällan/aldrig orolig sömn	4295	<b>5,8</b>	4,21 7,93
Tjej (ref)	2877			Ej varit full/ej berusad ofta	2309	0,9	0,75 1,01	Låg tillit till föräldrar (ref)	206		
Kille	2779	<b>3,2</b>	2,76 3,63	Varit full/ofta berusad	742	<b>1,0</b>	0,74 1,22	Osäker tillit	387	0,9	0,57 1,52
Skolår 7 (ref)	1680			Använder ej tobak dagligen (ref)	5066			God tillit till föräldrar	5063	1,3	0,88 2,06
Skolår 9	1934	<b>0,5</b>	0,41 0,56	Anv. tobak dagligen	590	<b>1,2</b>	0,97 1,60	Ej någon att anförtro sig åt (ref)	521		
Gymnasiet år 2	2042	<b>0,4</b>	0,29 0,42	Ej rökt vattenpipa (ref)	4137			Ev. någon att anförtro sig åt	1763	1,2	0,95 1,56
Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)	1382			Rökt 1 gång	574	1,1	0,88 1,36	Helt säkert någon att anförtro sig åt	3372	<b>1,6</b>	1,25 2,05
Svenskfödd	4274	1,1	0,92 1,24	Rökt minst 2 gånger	945	<b>1,0</b>	0,79 1,19	Ej kamrater i skolan (ref)	156		
Bor med två föräldrar (ref)	3606			Ej fysiskt aktiv (ref)	1411			Kamrater i skolan till viss del	349	0,8	0,45 1,34
Bor växelvis hos två föräldrar	1191	0,9	0,73 1,00	Fysiskt aktiv	4245	<b>1,2</b>	1,02 1,38	Har kamrater i skolan	5151	1,3	0,82 2,11
Bor med en förälder	672	0,9	0,70 1,07	Ej regelbundna/oregelbundna (ref)	3256			Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)	602		
Bor inte med någon förälder	187	0,9	0,58 1,26	Regelbundna matvanor	2306	<b>1,2</b>	1,03 1,33	Trivs bra sitt bostadsområde	5054	1,0	0,83 1,29
Ingen förälder arbetar (ref)	257			Oregelbundna matvanor	94	0,9	0,52 1,68	Ej god skoltrivsel (ref)	969		
En förälder arbetar	1129	1,1	0,77 1,51	Normalvikt (ref)	4166			God skoltrivsel	4687	<b>2,5</b>	2,00 3,05
Två föräldrar arbetar	4270	<b>1,1</b>	0,77 1,47	Undervikt	464	<b>0,8</b>	0,60 0,96	Ej trygg skolan (ref)	836		
Ej skada/olycka (ref)	4134			Övervikt	818	1,0	0,88 1,25	Till viss del trygg skola	1409	1,2	0,95 1,48
Skadad/olycksfall	1522	<b>0,8</b>	0,70 0,94	Fetma	208	0,9	0,62 1,22	Trygg skola	3411	<b>1,4</b>	1,17 1,76
Ej mobbad (ref)	5344			Skolkar aldrig (ref)	3301			Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)	2014		
Mobbad	312	<b>0,5</b>	0,33 0,68	Skolkar sällan	1761	0,9	0,77 1,05	Ibland påverkansmöjlighet	2046	1,0	0,82 1,11
Ej kränkt av vuxen (ref)	5162			Skolkar ofta	594	0,9	0,70 1,17	Hög påverkansmöjlighet i skolan	1596	1,0	0,87 1,20
Kränt av vuxen	494	<b>0,6</b>	0,46 0,80								

Nagelkerke  $R^2$ : 0,350

### Tabell B13. Slutlig modell (analyssteg 1–4), ”annan funktionsnedsättning”.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	Steg 1-4				Steg 1-4				Steg 1-4		
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
Ingen funktionsnedsättning (ref)	4790			Ej fysiskt våld (ref)	5184			Ofta/alltid orolig sömn (ref)	554		
"Annan funktionsnedsättning"	147	0,6	0,39 0,96	Fysiskt våld	462	0,7	0,52 0,86	Ibland orolig sömn	804	1,2	0,84 1,78
Övriga nedsättn. (ej "annan neds.")	709	0,9	0,77 1,15	Ej alkoholkonsument (ref)	2600			Sällan/aldrig orolig sömn	4288	5,8	4,24 8,03
Tjej (ref)	2877			Ej varit full/ej berusad ofta	2303	0,9	0,74 1,01	Låg tillit till föräldrar (ref)	205		
Kille	2769	3,2	2,77 3,63	Varit full/ofta berusad	743	0,9	0,73 1,20	Osäker tillit	386	1,0	0,59 1,58
Skolår 7 (ref)	1673			Använder ej tobak dagligen (ref)	5058			God tillit till föräldrar	5055	1,4	0,92 2,17
Skolår 9	1933	0,5	0,40 0,55	Anv. tobak dagligen	588	1,3	0,99 1,61	Ej någon att anförtro sig åt (ref)	520		
Gymnasiet år 2	2040	0,4	0,30 0,42	Ej rökt vattenpipa (ref)	4124			Ev. någon att anförtro sig åt	1757	1,2	0,93 1,54
Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)	1378			Rökt 1 gång	579	1,1	0,90 1,39	Helt säkert någon att anförtro sig åt	3369	1,6	1,24 2,03
Svenskfödd	4268	1,1	0,92 1,26	Rökt minst 2 gånger	943	1,0	0,79 1,19	Ej kamrater i skolan (ref)	155		
Bor med två föräldrar (ref)	3603			Ej fysiskt aktiv (ref)	1407			Kamrater i skolan till viss del	347	0,8	0,44 1,31
Bor växelvis hos två föräldrar	1188	0,9	0,73 1,01	Fysiskt aktiv	4239	1,2	1,02 1,38	Har kamrater i skolan	5144	1,3	0,81 2,10
Bor med en förälder	671	0,9	0,70 1,06	Ej regelbundna/oregelbundna (ref)	3251			Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)	602		
Bor inte med någon förälder	184	0,8	0,57 1,25	Regelbundna matvanor	2299	1,2	1,02 1,32	Trivs bra sitt bostadsområde	5044	1,1	0,84 1,31
Ingen förälder arbetar (ref)	258			Oregelbundna matvanor	96	0,9	0,53 1,67	Ej god skoltrivsel (ref)	967		
En förälder arbetar	1127	1,0	0,75 1,47	Normalvikt (ref)	4159			God skoltrivsel	4679	2,5	2,01 3,07
Två föräldrar arbetar	4261	1,0	0,75 1,44	Undervikt	463	0,8	0,60 0,95	Ej trygg skolan (ref)	832		
Ej skada/olycka (ref)	4127			Övervikt	815	1,0	0,88 1,25	Till viss del trygg skola	1410	1,2	0,93 1,45
Skadad/olycksfall	1519	0,8	0,71 0,94	Fetma	209	0,8	0,60 1,19	Trygg skola	3404	1,4	1,13 1,71
Ej mobbad (ref)	5334			Skolkar aldrig (ref)	3292			Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)	2013		
Mobbad	312	0,5	0,33 0,68	Skolkar sällan	1761	0,9	0,77 1,05	Ibland påverkansmöjlighet	2037	1,0	0,83 1,12
Ej kränkt av vuxen (ref)	5151			Skolkar ofta	593	0,9	0,69 1,15	Hög påverkansmöjlighet i skolan	1596	1,0	0,88 1,22
Kränt av vuxen	495	0,6	0,45 0,79								

Nagelkerke  $R^2$ : 0,349

### Tabell B14. Slutlig modell (analyssteg 1–4), skolår 9 och år 2 på gymnasiet.

Antal svar (N), Oddsquoter (OR) samt 95 procents konfidensintervall för Oddsquoterna (95% KI) för att ha god psykisk hälsa.

	Steg 1-4				Steg 1-4				Steg 1-4		
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI
Ingen funktionsnedsättning (ref)	3316			Använder ej tobak dagligen (ref)	3406			Låg tillit till föräldrar (ref)	154		
Funktionsnedsättning	644	0,9	0,73 1,14	Anv. tobak dagligen	554	1,2	0,95 1,62	Osäker tillit	276	0,9	0,51 1,69
Tjej (ref)	1991			Ej rökt vattenpipa (ref)	2613			God tillit till föräldrar	3530	1,4	0,82 2,30
Kille	1969	3,0	2,58 3,57	Rökt 1 gång	488	1,0	0,76 1,24	Ej någon att anförtrö sig åt (ref)	349		
Skolår 9 (ref)	1927			Rökt minst 2 gånger	859	1,0	0,77 1,21	Ev. någon att anförtrö sig åt	1162	1,3	0,98 1,85
Gymnasiet år 2	2033	0,8	0,65 0,91	Ej använt narkotika (ref)	3644			Helt säkert någon att anförtrö sig åt	2449	1,8	1,33 2,46
Ej svenskf./utomlandsf. föräldr. (ref)	899			Använt narkotika	316	0,6	0,43 0,86	Ej kamrater i skolan (ref)	106		
Svenskfödd	3061	1,1	0,91 1,32	Ej fysiskt aktiv (ref)	1066			Kamrater i skolan till viss del	243	1,0	0,48 2,00
Bor med två föräldrar (ref)	2449			Fysiskt aktiv	2894	1,2	1,03 1,47	Har kamrater i skolan	3611	1,6	0,84 2,95
Bor växelvis hos två föräldrar	809	0,9	0,75 1,10	Ej regelbundna/oregelbundna (ref)	2380			Trivs ej i sitt bostadsområde (ref)	432		
Bor med en förälder	532	0,8	0,65 1,06	Regelbundna matvanor	1523	1,2	1,05 1,44	Trivs bra sitt bostadsområde	3528	1,0	0,79 1,33
Bor inte med någon förälder	170	0,9	0,56 1,30	Oregelbundna matvanor	57	0,7	0,29 1,51	Ej god skoltrivsel (ref)	683		
Ingen förälder arbetar (ref)	172			Normalvikt (ref)	2893			God skoltrivsel	3277	2,6	2,01 3,42
En förälder arbetar	796	0,9	0,57 1,33	Undervikt	290	0,6	0,47 0,86	Ej trygg skolan (ref)	556		
Två föräldrar arbetar	2992	0,9	0,60 1,36	Övervikt	604	1,0	0,84 1,28	Till viss del trygg skola	991	1,2	0,90 1,56
Ej skada/olycka (ref)	2929			Fetma	173	0,8	0,57 1,21	Trygg skola	2413	1,4	1,05 1,75
Skadad/olycksfall	1031	0,9	0,77 1,09	Skolkar aldrig (ref)	1981			Låg påverkansmöjlighet i skolan (ref)	1371		
Ej mobbad (ref)	3772			Skolkar sällan	1467	0,9	0,75 1,07	Ibland påverkansmöjlighet	1486	0,9	0,78 1,12
Mobbad	188	0,5	0,28 0,79	Skolkar ofta	512	0,9	0,65 1,17	Hög påverkansmöjlighet i skolan	1103	0,9	0,77 1,14
Ej kränkt av vuxen (ref)	3598			Ofta/alltid orolig sömn (ref)	468			Ikke godkänt i fler än 2 skolämnen (ref)	281		
Kränkt av vuxen	362	0,7	0,47 0,92	Ibland orolig sömn	643	1,4	0,90 2,17	Ikke godkänt i 1-2 skolämnen	824	0,8	0,58 1,19
Ej fysiskt våld (ref)	3696			Sällan/aldrig orolig sömn	2849	6,4	4,42 9,37	Godkänt i alla skolämnen	2855	0,8	0,56 1,12
Fysiskt våld	264	0,6	0,45 0,87								
Ej alkoholkonsument (ref)	1536										
Ej varit full/ej berusad ofta	1797	0,9	0,73 1,06								
Varit full/oftra berusad	627	1,1	0,82 1,46								

Nagelkerke  $R^2$ : 0,321

Författarna:

**Lindén-Boström, Margareta**

Fil. Dr., Epidemiolog,  
Samhällsmedicinska enheten,  
Örebro läns landsting

**Persson, Carina**

Statistiker, Samhällsmedicinska  
enheten, Örebro läns landsting

## Rapportserien – Liv & hälsa ung

I Örebro län finns en lång tradition av att följa drogvaneutvecklingen bland länets ungdomar genom enkätundersökningar i skolår 9. Detta har gjorts vart tredje år sedan mitten av 1990-talet.

Från och med 2005 års undersökning, Liv & hälsa ung, ingår länets elever i skolår 7 och 9 samt år 2 på gymnasiet. Frågeformuläret omfattar drogvvanor samt andra aspekter av ungdomars levnadsvanor, livsvillkor och hälsa.

Den här rapporten är den femte i en serie rapporter.

1. Lindén-Boström M., Persson C. (2007) Tonåringars psykiska hälsa. Liv & hälsa ung i Örebro län 2005.
2. Lindén-Boström M., Persson C. (2008) Tonåringars drogvvanor, liv och hälsa i Örebro län 1996–2007.
3. Brunberg E, Lindén-Boström M., Persson C. (2009) Att höra eller nästan inte höra – Liv & hälsa ung 2005 och 2007 i Örebro län.
4. Lindén-Boström M., Persson C. (2012) Hälsans skyddsfaktorer ur ett jämlikhetsperspektiv. Liv & hälsa i Örebro län 2000–2011.
5. Lindén-Boström M., Persson C. (2014) Den psykiska hälsans skyddsfaktorer bland ungdomar med och utan funktionsnedsättning. Liv & hälsa ung i Örebro län.

Dessutom har följande artiklar med material från Liv & hälsa ung publicerats:

Brunberg E., Lindén-Boström M. & Berglund M. (2007). Self-rated health, school adjustment and substance use in hard-of-hearing adolescents with multiple disabilities. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(3), 324–35. Epub 2007 Dec 13.

Brunberg E., Lindén-Boström M. & Berglund M. (2008) Tinnitus and hearing loss in 16-year-old students. Mental symptoms, substance use, and exposure in school. *International Journal of Audiology*, 47, 688–694. Epub 2008 Nov 1.

Brunberg E., Lindén-Boström M. & Berglund M. (2009). Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities. *Sexuality and Disability*, 27 (3), 139–153.

Brunberg E., Lindén-Boström M. & Berglund M. (2012) Sexual force at sexual debut. Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 36, 285–295.



ÖREBRO LÄNS  
LANDSTING

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

Postadress: Örebro läns landsting, Samhällsmedicinska enheten, Box 1613, 701 16 Örebro.

Besöksadress: Eklundavägen 11, Örebro. E-post: [samhallsmedicin@orebroll.se](mailto:samhallsmedicin@orebroll.se)

Telefax 019-602 70 49