

Ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa

Liv & hälsa ung i Örebro län

Margareta Lindén-Boström

Elin Löfwenhamn

Carina Persson



Region Örebro län

Ungdomars livsvillkor,
levnadsvanor och hälsa
Liv & hälsa ung i Örebro län
Region Örebro län

Författarna:

Margareta Lindén-Boström

Fil. Dr., Epidemiolog,
Regionkansliet,
Staben Hållbar utveckling,
Region Örebro län

Elin Löfwenhamn

Utredningssekreterare barn
och ungdom,
Regional utveckling,
Område välfärd och folkhälsa,
Region Örebro län

Carina Persson

Statistiker,
Regionkansliet,
Staben Hållbar utveckling,
Region Örebro län

Tack

Författarna till denna rapport vill rikta ett speciellt tack till alla de ungdomar som mellan åren 2005 till 2014 deltagit i undersökningen Liv & hälsa ung. Deras svar har givit oss viktig kunskap om ungdomars tillvaro.

Vi vill också tacka alla, både inom och utom vår egen organisation, som lämnat information om insatser som görs inom olika områden och kommit med värdefulla synpunkter på rapporten.



INNEHÅLL

Inledning	1
Liv & hälsa ung	3
Undersökningarna	3
Svarsfrekvens	4
Rapportens upplägg och statistiska metoder	5
Livsvillkor	7
Familj och boende	7
Att leva i "kärnfamilj" är vanligast	7
De flesta har goda föräldrarelationer och trivs där de bor	9
Kamratrelationer	12
Att ha kamrater i skolan har starkt samband med hälsan	12
Vanligare med nära vänner bland tjejer	13
Ungdomar som är ensamma ofta mår sämre	14
Trygghet och utsatthet	16
Upplevd trygghet i olika miljöer är fortfarande ojämnt	16
Utsatthet på nätet vanligare bland yngre	17
Sexuell kränkning tre gånger vanligare bland flickor	18
Skola	21
Tydlig minskning av skol i gymnasiet	21
Ökad skoltrivsel	22
Känslan av trygghet i skolan ökar	24
Mobbning vanligast i grundskolan	26
Var femte kille i sjuan utsatt för fysiskt våld	28
Delaktigheten bland elever ett fortsatt utvecklingsområde	30
Samband förväntningar och bemötande – bättre resultat och hälsa	32
Flickor i skolor nio år minst positiva till skolan	34
Levnadsvanor	35
Tobak, alkohol, narkotika och spel	35
Markant minskning av snusande	35
Minskat alkoholbruk	38
Stark koppling mellan föräldrars inställning och ungdomars alkoholbruk	40
Oförändrad narkotikaanvändning men liberalare attityder	41
Vanligare att killar spelar om pengar	43
Riskbeteenden hör ihop	43
Fritid	46
Bokläsandet har minskat	46
Många är med i en förening	49
Simkunnigheten varierar	51
Samband mellan vardagsmotion och hälsa	52

Matvanor och fetma	55
Utrymme finns att förbättra matvanorna	55
Inga stora förändringar av övervikt och fetma	55
Sömn	58
Orolig sömn vanligare bland tjejer	58
Preventivmedel	60
Många använder inte preventivmedel	60
Hälsa	61
Killar mår bättre än tjejer	61
Sämre hälsa hos elever med funktionsnedsättning	63
Många har någon form av allergi	65
Flertalet upplever en god tandhälsa	66
Symtom och besvär vanligare hos tjejer	68
God psykisk hälsa vanligare bland pojkar	70
Majoriteten ser ljust på framtiden	72
Skydds- och riskfaktorer	75
Att främja hälsa och förebygga ohälsa	75
Ju fler skyddsfaktorer desto bättre hälsa	76
De starkaste sambanden	78
Sammanfattning och förslag på insatser	83
Insatser på olika nivåer	83
Barn och ungas välfärd och hälsa är en investering för framtiden	84
Gruppen som helhet jämfört med utsatta grupper	86
Livsvillkor	86
Familjen är barnets viktigaste skyddsfaktor	86
Om hemmet är en otrygg miljö	88
Förebygga kränkningar och våld	89
Förskola och skola, en kompenserande skyddsfaktor	90
Levnadsvanor	93
Det går att påverka ungas användning av alkohol, narkotika och tobak	93
God sexuell hälsa bland unga kräver insatser	95
Fysik aktivitet positivt för hälsan	96
Matvanor kan förbättras av insatser i förskola och skola	99
Sömnproblem ökar risken för ohälsa	100
Hälsa	101
Samverkan viktig för såväl allmän som psykisk hälsa	101
Psykisk ohälsa och skillnader mellan könen	103
Förbättrad tandhälsa genom medvetna val	106
Vanligt med funktionsnedsättning	107
Skydds- och riskfaktorer för hälsa	108
Bilaga 1 – Mått och faktorer	109

Inledning

Ungdomsåren är en tid i livet då mycket händer, förändras och befasts. Uppväxtvillkoren har stor betydelse för hur livet senare kommer att gestalta sig. Att ge ungdomar möjlighet att på olika sätt komma till tals och spegla sin situation är viktigt. Ett sätt att göra detta är genom undersökningar om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. I Örebro län finns en lång tradition sedan 1990-talet av att undersöka ungdomars drogvanor. År 2005 utökades drogvaneundersökningen till att även omfatta andra levnadsvanor och frågor om livsvillkor och hälsa.

Det är viktigt att samhället skapar förutsättningar för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Det gäller således att stärka befintliga så kallade skyddsfaktorer och reducera eventuella riskfaktorer. Ur ett folkhälso-perspektiv är det ytterst angeläget att öka skyddsfaktorerna och minska riskfaktorerna för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Riskfaktorer innebär att individer löper en ökad risk för ohälsa, sjukdom, skada eller ogynnsamt hälsobeteende. De kan finnas på såväl individ-, grupp- som samhällsnivå. Skyddsfaktor är däremot en term som syftar på förhållanden som tycks skydda för uppkomst av ohälsa, sjukdom och hälsoskadliga beteenden. I den här rapporten berörs en rad olika skydds- och riskfaktorer för hälsa eller ohälsa.

Resultaten från Liv & hälsa ung kan användas till analyser på regional och lokal nivå som en del av underlag vid beslut samt ge vuxenvärlden en övergripande inblick i ungdomars liv och leverne. Spridning av resultatet är en viktig del av arbetet med undersökningen för att öka kunskapen om ungas tillvaro och hur de mår. Spridningen riktar sig till politiker, tjänstemän och till personal i verksamheter som arbetar med barn och unga. En annan viktig målgrupp är ungdomar, framför allt de

som deltagit i undersökningen men också ungdomar generellt. Under våren 2015 har en extra satsning gjorts för att återkoppla resultatet till ungdomar via bland annat skyltar i länets stads- och länsbussar, affischer som skickats till skolorna och en film på teckenspråk till unga som är döva och har teckenspråk som förstaspråk.

Syftet med den här rapporten är att redovisa resultat från undersökningen Liv & hälsa ung som genomfördes våren 2014. Alla elever i skolor 7, 9 och år 2 på gymnasiet gavs då möjlighet att göra sin röst hörd genom att besvara ett brett frågeformulär om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. En förhoppning är att rapporten ska vara en kunskapskälla och komma till användning för beslutsfattare och personer som på olika sätt och på skilda nivåer i samhället arbetar med de yngre länsinvånarnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.

Denna rapport kompletteras av en gemensam för Uppsala, Sörmlands, Västmanlands och Örebro län, det vill säga CDUT-regionen. De tre sistnämnda länen genomförde alla Liv & hälsa ung-undersökningar 2014 medan Uppsala län gjorde det året innan. Undersökningarna genomförs på samma sätt och många av de frågor som ställs är gemensamma. Detta ger unika möjligheter för att till exempel studera geografiska skillnader och likheter i levnadsvanor, livsvillkor och hälsa.

Liv & hälsa ung

Denna rapport grundar sig huvudsakligen på enkätundersökningen "Liv & hälsa ung" som genomfördes våren 2014 bland samtliga elever i skolår 7 och 9 samt år 2 på gymnasiet i Örebro län. Där det är möjligt redovisas även trender grundade på de tidigare undersökningar som har gjorts.

Undersökningarna

Samtliga elever i skolår 7 och 9 samt år 2 på gymnasiet i Örebro län har åren 2005, 2007, 2009, 2011 och 2014 erbjudits att delta i enkätundersökningen "Liv & hälsa ung". Undersökningarna innehåller frågor om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Till livsvillkoren räknas sociala bakgrundsfaktorer som föräldrars sysselsättning och vilka man bor tillsammans med, men även skolmiljö som trivsel, elevinflytande och skolk. 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, stressade eller haft kontroll.

Det frågeformulär som har använts är delvis 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 2014 ställdes 62 frågor till eleverna i sjuan och 86 till niorna och gymnasieeleverna¹.

Svarsfrekvens

Den totala svarsfrekvensen är genomgående mycket god, 80 procent. Flickor och yngre svarar generellt i något högre utsträckning än pojkar och äldre elever (tabell 1). Högst svarsfrekvens återfinns därför bland flickor i sjuan och lägst bland pojkar på gymnasiet. Totalt har 7 399 elever² svarat på enkäten, varav 4 457 tjejer och 4822 killar. Det bortfall som uppstår genom att vissa elever väljer att inte svara på en enskild fråga, är under fem procent för de flesta frågor.

Tabell 1. Antal och andel (%) svarande elever år 2014.

Skolår	Tjejer			Killar		
	Elev- antal	Antal svar	Svars- procent	Elev- antal	Antal svar	Svars- procent
7	1 451	1 219	84	1 607	1 292	80
9	1 466	1 219	83	1 486	1 201	81
2	1 540	1 180	77	1 729	1 288	74
Totalt	4 457	3 618	81	4 822	3 781	78

¹ Frågeformulären i sin helhet kan erhållas från Region Örebro län.
www.regionorebrolan.se/livohalsaung2014

² Alla elever har inte svarat på frågan om kön.

Rapportens upplägg och statistiska metoder

Det som framför allt beskrivs i rapporten är hur olika livsvillkor, levnadsvanor och hälsa ser ut bland tjejer och killar och i olika åldrar (skolår eller årskurs). I de fall då förhållanden har studerats över tid och en trend kan utläsas, illustreras detta med hjälp av linjediagram.

I rapporten beskrivs även hur olika faktorer samvarierar med allmän självskattad hälsa³, vilket illustreras med hjälp av cirkeldiagram. Då Liv & hälsa ung är en undersökning som inte följer individer över tid kan enbart statistiska samband visas och inte i vilken riktning som eventuella orsakssamband går.

Logistiska regressionsanalyser används för att beskriva olika faktorer statistiska samband med att ha ett gott allmänt hälsotillstånd. Många av de faktorer som samvarierar med hälsan kan sinsemellan ha starka samband. Det sambandsmått som man får visar inverkan av en faktor, med hänsyn tagen till alla andra faktorer i modellen och man kan på så sätt se vilka faktorer som samvarierar starkast med självskattad hälsa.

Ytterligare ett sätt att studera sambanden är att se hur antalet skydds- och riskfaktorer hänger samman med ungdomars hälsa. Några av de studerade livsvillkoren och levnadsvanorna i rapporten har identifierats som skydds- respektive riskfaktorer och därefter har ungdomarna delats in i olika grupper beroende på hur många skydds- och riskfaktorer de har. Andelen med god hälsa har därefter beräknats för respektive grupp.

Rapporten avslutas med en sammanfattning som även innehåller exempel och förslag på insatser.

³ Frågan "Hur mår du rent allmänt?" som kan besvaras med "Mycket bra", "Bra", "Varken bra eller dåligt", "Dåligt" eller "Mycket dåligt".

Diagram och tabeller i rapporten redovisas vanligtvis uppdelat på kön och ålder (skolår eller årskurs).

I vissa fall då ett särskilt mönster eller samband ska visas och mönstren är likartade oavsett kön och ålder slås svaren från alla ungdomar ihop.

Citaten i rapporten kommer från de kommentarer som lämnats av elever som svarade på enkäten år 2014.

"Det är riktigt bra med dessa enkäter, för det kan finnas de som inte vågar berätta saker de känner för någon vuxen..."

"Tråkigt var det. Ni är verkligen nyfikna."

"Bra med enkäter så att samhället kan förbättras."



Livsvillkor

Ungdomars vardag präglas av olika livsvillkor. Det finns sådant som inte går att påverka såsom ålder och etnisk bakgrund. Vissa livsvillkor kan påverkas genom olika former av insatser på individ-, grupp- och samhällsnivå. I detta avsnitt redovisas ungdomarnas livsvillkor inom områdena familj, kamratrelationer, skola, trygghet och utsatthet.

Familj och boende

Att leva i "kärnfamilj" är vanligast

De flesta ungdomar bor med båda sina föräldrar, antingen växelvis hos en förälder i taget eller hos två föräldrar som bor tillsammans (tabell 2). En majoritet av eleverna lever i en så kallad "kärnfamilj", det vill säga med två föräldrar som bor tillsammans. Omkring 10 procent av eleverna i grundskolan och 14 procent av gymnasieeleverna bor med en ensamstående förälder. Det är sex procent av gymnasieeleverna som inte bor med någon förälder. I detta fall är det vanligast att tjejer bor med pojk-/flickvän, två procent, och killar bor ensamma, tre procent.

Tabell 2. Andel (%) elever uppdelat på olika typer av familjeförhållanden.

Bor med:	Tjejer			Killar		
	7	9	2	7	9	2
Två föräldrar:	85	84	75	88	85	77
<i>tillsammans</i>	68	66	60	70	67	63
<i>växelvis</i>	17	18	15	18	18	14
En förälder	13	15	19	11	13	18
<i>ensamstående</i>	10	9,8	14	9	11	14
<i>med ny partner</i>	3	5,6	5	2	2	4
Ingen förälder*	2	1	6	1	2	6

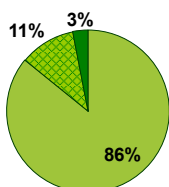
**bor ensam, med pojkvän/flickvän, syskon, någon annan vuxen, i elevhem/kollektivboende, i fosterhemsfamilj eller i veckohemsfamilj.*

Drygt en av tio elever, 11 procent, är födda utanför Sverige och 18 procent är födda i Sverige men har minst en utlandsfödd förälder. Nära nio av tio ungdomar, oavsett kön och skolår är således födda i Sverige.

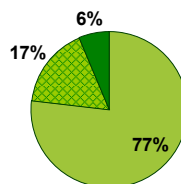
De flesta ungdomar har förvärvsarbetande föräldrar. Närmare tre av fyra elever har två föräldrar som har ett arbete och omkring två av tio har en förälder som arbetar. Det är således 94 procent som har minst en förälder som förvärvsarbetar.

Ungdomarnas hälsa hänger samman med om föräldrarna arbetar eller inte. Att ha god hälsa är vanligare bland de med två förvärvsarbetande föräldrar jämfört med elever med en eller ingen förälder som arbetar (diagram 1). Dålig hälsa är däremot dubbelt så vanligt bland de som har en eller ingen förälder som arbetar i relation till de som har två föräldrar som arbetar.

Två föräldrar arbetar



En eller ingen förälder arbetar



■ God hälsa
■ Varken god eller dålig
■ Dålig hälsa

Diagram 1. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar med två föräldrar respektive med en eller ingen förälder som arbetar (förälder som inte arbetar kan vara studerande, arbetslös, barnledig, hemmafru/hemmaman, långtidssjukskriven, sjukpensionär och/eller annat).

De flesta har goda föräldrarelationer och trivs där de bor

En övervägande majoritet av ungdomarna anser att de kan lita på någon av sina föräldrar när det verkligen gäller (diagram 2). Det är även mycket vanligt att ungdomarna tycker att föräldrarna låter dem vara delaktiga i beslut om saker som påverkar dem och ger beröm om de gjort något bra. De allra flesta tycker också om att vara med sina föräldrar.

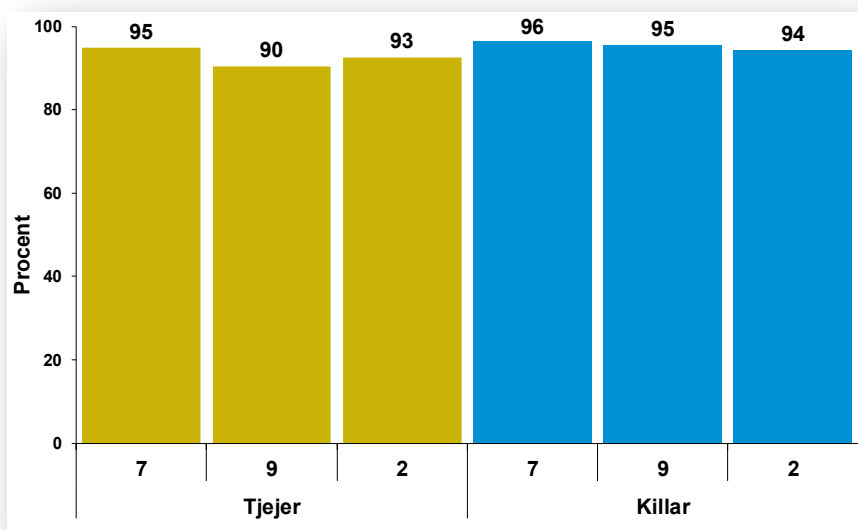


Diagram 2. Andel (%) som tycker att påståendet att de alltid kan lita på någon av sina föräldrar när det verkligen gäller stämmer helt och hållet/ganska bra.

Goda relationer med vuxna och då särskilt med föräldrar har stor betydelse för ungdomars allmänna hälsa. Att känna tillit till föräldrarna är en mycket stark skyddsfaktor i förhållande till god hälsa. Majoriteten av de som anser att de alltid kan lita på någon av föräldrarna när det verkligen gäller tycker att de har en bra allmän hälsa, 86 procent. Motsvarande andel är 29 procent bland de som inte känner tillit till föräldrarna (diagram 3).

Också när det gäller dålig hälsa är det stor skillnad mellan de som litar respektive inte litar på någon av sina föräldrar när det verkligen gäller. Tre procent bland de elever som håller med om påståendet att de kan lita på någon av sina föräldrar har dålig hälsa jämfört med 35 procent i gruppen som inte kan det. Även för den psykiska hälsan finns ett starkt positivt samband med goda föräldrarelationer. Det vill säga ju högre grad av tillit desto bättre psykisk hälsa.

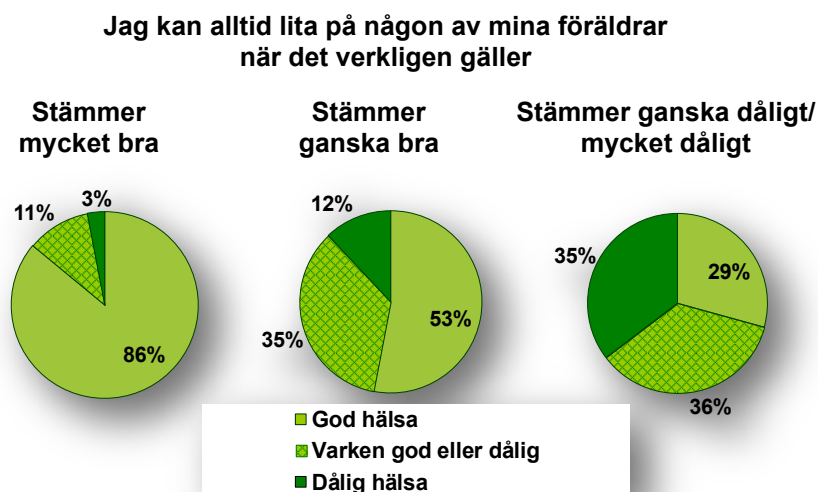


Diagram 3. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar som instämmer i olika hög grad i påståendet att de alltid lita på någon av sina föräldrar när det verkligen gäller.

Omkring nio av tio elever oavsett kön och skolår trivs i området där de bor. De som trivs bra är också de som mår bäst (diagram 4). Det är bland dem som inte trivs i området där de bor, som den största andelen, elva procent, med dålig hälsa återfinns. Detta kan jämföras med två procent bland dem som trivs.



Diagram 4. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar som instämmer i olika hög grad i påståendet att de trivs i området där de bor.

Kamratrelationer

Att ha kamrater i skolan har starkt samband med hälsan

De flesta ungdomarna uppger att de har kamrater i skolan som vill vara med dem. Det är dock omkring tio procent av eleverna som inte känner att de har det och bland dessa är det betydligt vanligare med dålig hälsa (diagram 5).

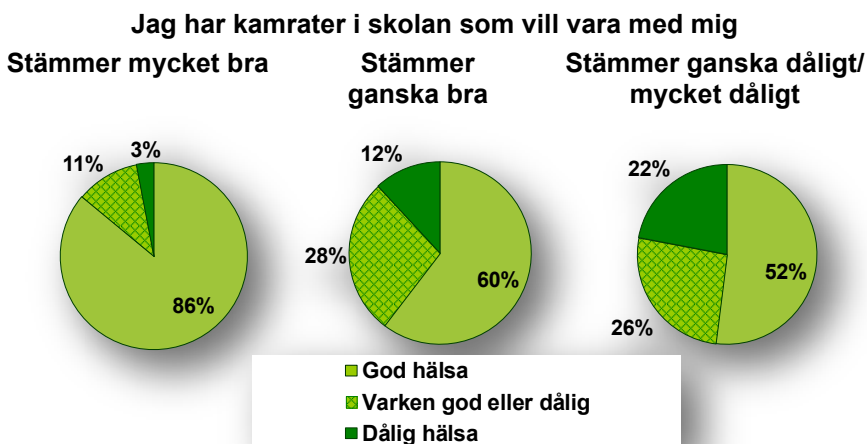


Diagram 5. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar som i olika hög grad instämmer i påståendet att de har kamrater i skolan.

Vanligare med nära vänner bland tjejer

Det är vanligare bland tjejer än bland killar i alla årskurser att ha någon att anförtro sig åt och dela sina innersta känslor med. Bland tjejer i gymnasiet uppger 71 procent att de har en nära vän jämfört med 61 procent bland killarna (diagram 6).

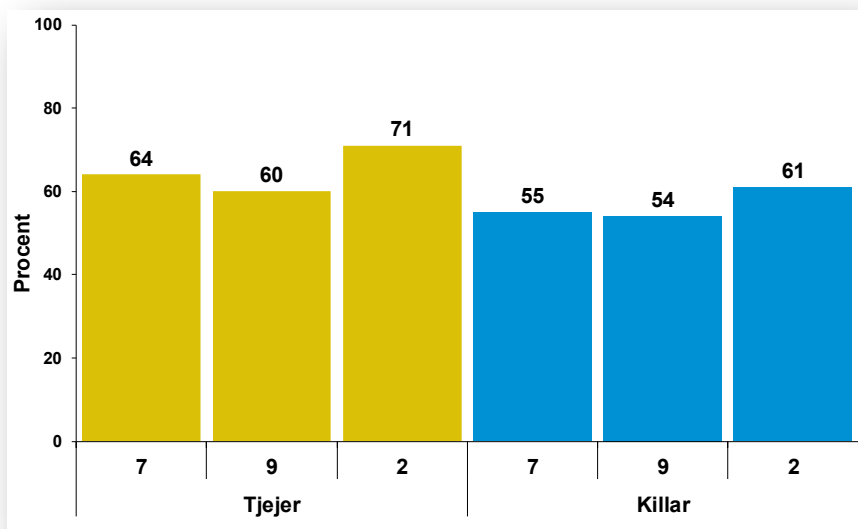


Diagram 6. Andel (%) som helt säkert har någon som de kan dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt.

"Jag gillar mitt liv, familj, vänner m.m. supermycket och är oftast väldigt glad."



Ungdomar som är ensamma ofta mår sämre

Det finns en grupp ungdomar som anger att de nästan varje dag är ensamma på sin fritid (diagram 7). För flickorna rör det sig om 18 procent och för pojkarna om 16 procent, det vill säga nästan 1 200 av den undersökta elevgruppen.

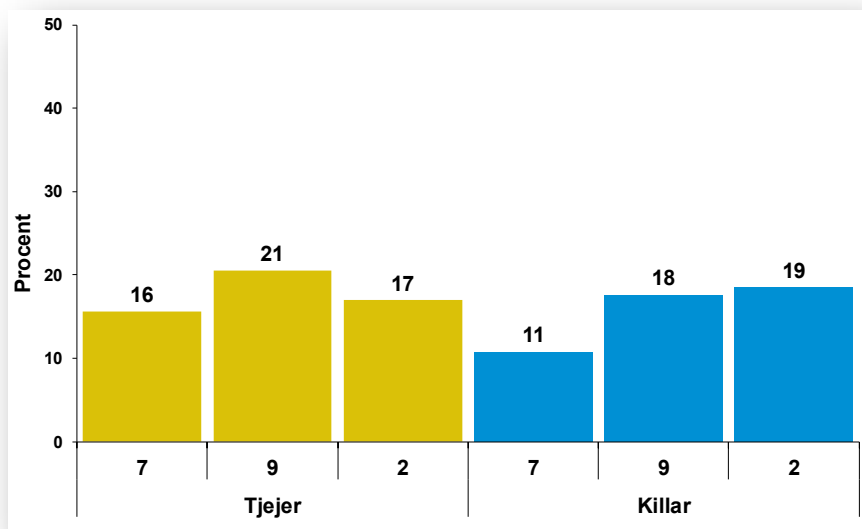


Diagram 7. Andel (%) som är ensamma nästan varje dag på sin fritid.

Resultaten visar att detta är ungdomar som i större utsträckning använder dator eller liknande på sin fritid för att lyssna på musik, se på film, serier eller spela spel. De har också en högre andel som inte når upp ens till den rekommenderade nivån av vardagsmotion på 30 minuter per dag som gäller för vuxna. Men framför allt är hälsoläget sämre. Sexton procent av flickorna som är ensamma nästan varje dag anger att de har en mycket bra allmän hälsa, vilket kan jämföras med 58 procent av de som aldrig är ensamma. Motsvarande andelar är 30 respektive 70 procent bland pojkarna. Att ange en dålig hälsa är i analogi med detta vanligare i gruppen som är ensamma.

I diagram 8 visas förhållandet mellan allmänt hälsotillstånd och hur ofta eleverna är ensamma på fritiden gemensamt för båda könen.

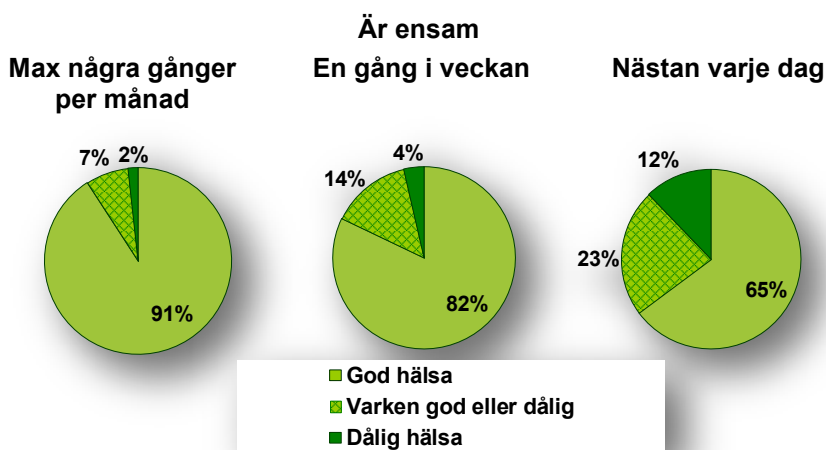


Diagram 8. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar som är ensamma olika ofta.

Trygghet och utsatthet

Upplevd trygghet i olika miljöer är fortfarande ojämställt

I undersökningen fick ungdomarna svara på hur trygga de känner sig i olika offentliga miljöer, hemma och i skolan. Svaren visar på en stor könsskillnad där pojkar känner sig tryggare i samtliga av de miljöer som det frågas om (tabell 3). Majoriteten ungdomar känner sig trygga i hemmet, i skolan och på fritidsaktiviteter men det finns också de som inte upplever trygghet i dessa miljöer. Endast fyra av tio flickor känner sig alltid trygga i sitt bostadsområde på kvällen. Cirka fem procent av flickorna och tio procent av pojkarna känner sig inte alltid trygga i sitt hem.

Tabell 3. Andel (%) som alltid känner sig trygga på följande ställen

	Skolår 7		Skolår 9		År 2 gymnasiet	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
Utomhus i sitt bostadsområde	68	84	66	85	68	86
Utomhus i sitt bostadsområde på kvällen	37	65	40	74	39	79
På väg till eller från skolan	70	87	71	87	72	89
I klassrummet	76	87	75	88	80	91
På rasterna i skolan	71	80	73	86	79	89
På fritidsgården eller liknande	62	78	66	80	71	82
Nöjesställe, konsert, festival	44	65	43	67	40	70
Ute på stan, på allmän plats	44	64	44	65	45	70
På buss, tåg eller liknande	41	69	43	69	47	75
I hemmet	91	95	89	95	91	94
Vid fritidsaktiviteter	72	81	72	84	74	86

Utsatthet på nätet vanligare bland yngre

På frågan om eleverna har utsatts för trakasserier eller kränkningar via mobilen eller på internet svarar 29 procent av tjejerna och 12–14 procent av killarna i skolår sju och nio att de upplevt det. Det är dock mindre förekommande bland eleverna på gymnasiet, 19 respektive 11 procent. Kränkningar är vanligare bland tjejer än killar, detta gäller i alla årskurser (diagram 9).

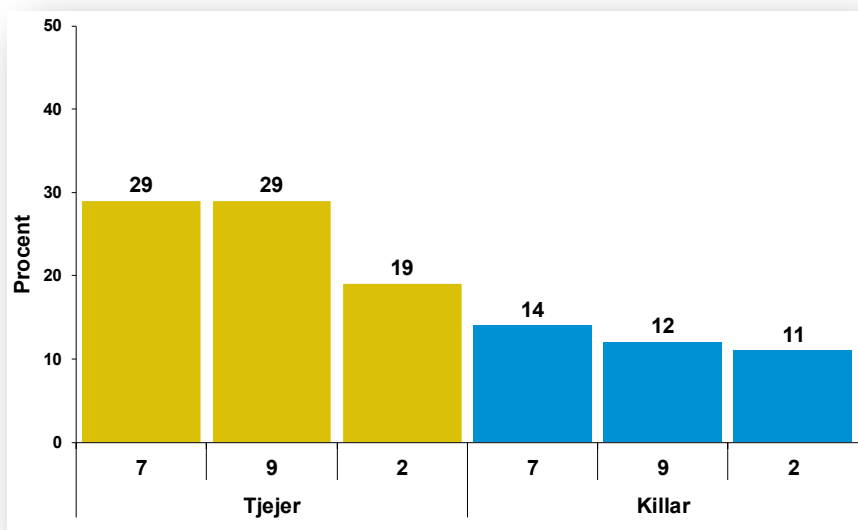


Diagram 9. Andel (%) som under de senaste 12 månaderna minst en gång blivit utsatt för trakasserier eller kränkningar via mobiltelefon och/eller Internet.



"Jag blir inte kränkt eller mobbad på internet.
Men jag har sett många andra som blir det."

Sexuell kränkning tre gånger vanligare bland flickor

Det är mer än tre gånger så vanligt bland tjejer än bland killar att ha varit med om att någon tafsat på dem eller att de blivit tvingade att ta på någon på ett sexuellt sätt mot sin vilja (diagram 10). Det är omkring två procent bland både tjejer och killar som uppger att de varit utsatta för det flera gånger.

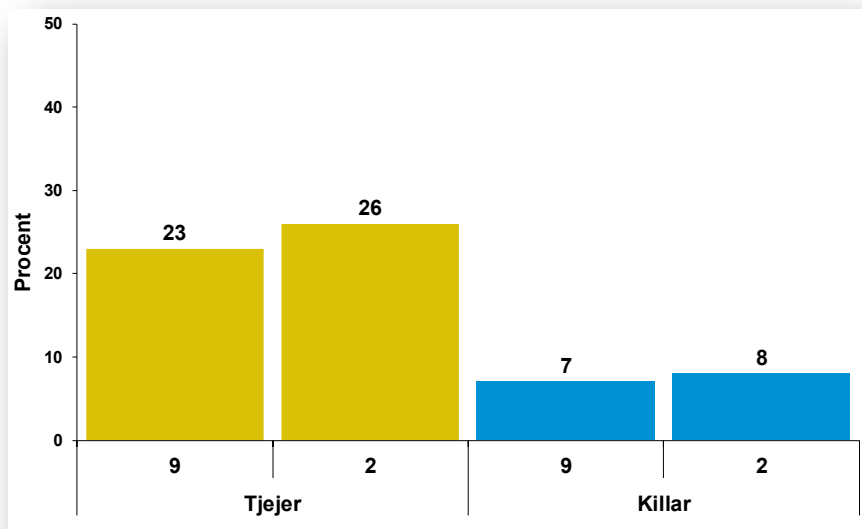


Diagram 10. Andel (%) som minst en gång varit med om att någon tafsat på dem eller blivit tvingade att ta på någon annan på ett sexuellt sätt utan att de velat det.

Bland både tjejer och killar som någon gång har varit utsatta för sexuella trakasserier är det betydligt vanligare med dålig hälsa och mindre vanligt med god hälsa (diagram 11).

Utsatt för att någon tafsat på dem eller tvingat dem att ta på någon annan på ett sexuellt sätt utan att de velat det.



Diagram 11. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar i skolor 9 och gymnasiet år 2 som inte varit respektive har varit utsatt för att någon tafsat på dem eller tvingat dem att ta på någon annan på ett sexuellt sätt utan att de velat det.

"Dagens tjejer får mycket sexuella trakasserier på sig dagligen."



Det är även vanligare bland tjejer än bland killar att någon gång ha blivit fysiskt eller psykiskt illa behandlad av någon vuxen i sin närhet utanför skolan (diagram 12). Särskilt uttalat är dessa könsskillnader i nian och på gymnasiet.

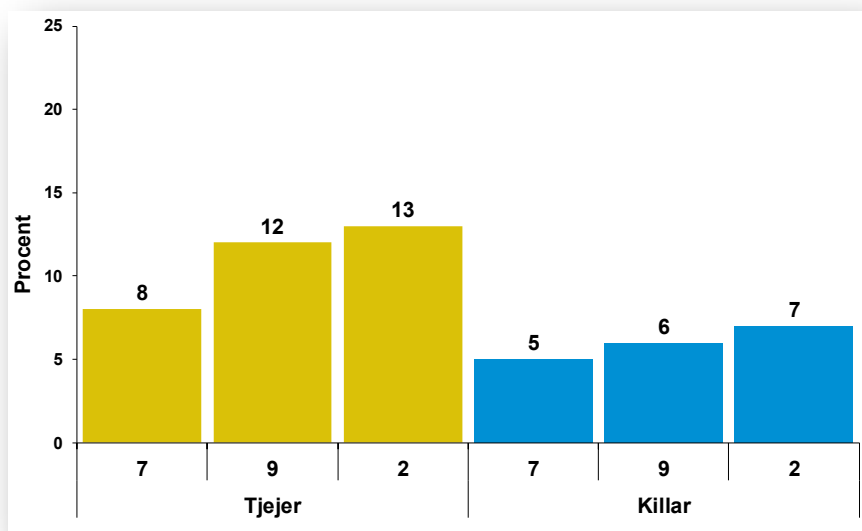


Diagram 12. Andel (%) som blivit fysiskt eller psykiskt illa behandlad av någon vuxen i sin närhet utanför skolan.

Skola

Tydlig minskning av skolka i gymnasiet

Det är vanligast att skolka i gymnasiet där totalt nio procent av eleverna skolkar minst två gånger per månad. Det är ingen större könsskillnad förutom i gymnasiet där pojkar skolkar något mer än flickor.

Trenden för skolka är positiv, det vill säga minskande, trots att det fortfarande förekommer (diagram 13). Vid en jämförelse hur stor andel i gymnasiet som skolkade år 2005 fram till år 2014 så har det minskat från 24 till 8 procent bland flickor och från 29 till 11 procent bland pojkar. I grundskolan bland elever i skolår nio går det även där att se en minskning sedan 2005 medan skolår sju ligger på ungefär samma nivå som tidigare år.

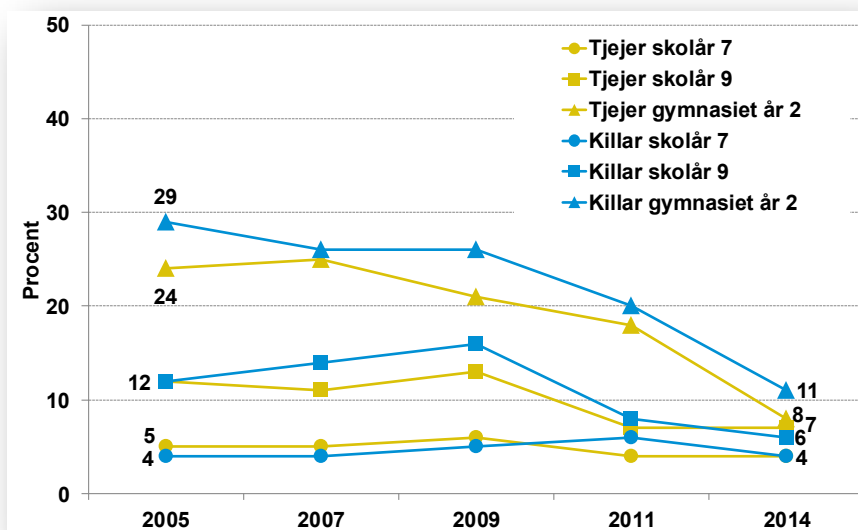


Diagram 13. Andel (%) som brukar skolka minst två gånger per månad 2005–2014

Ökad skoltrivsel

Åtta av tio elever trivs bra i skolan, många till och med mycket bra. Könsskillnader förekommer i alla årskurser där de som trivs allra bäst är pojkar i gymnasiets år två.

Från år 2005–2014 är trenden positiv i alla årskurser (diagram 14 och 15) med undantag att från år 2011–2014 minskar skoltrivseln för flickorna i skolår 7 och 9 medan pojkarnas utveckling är fortsatt positiv.

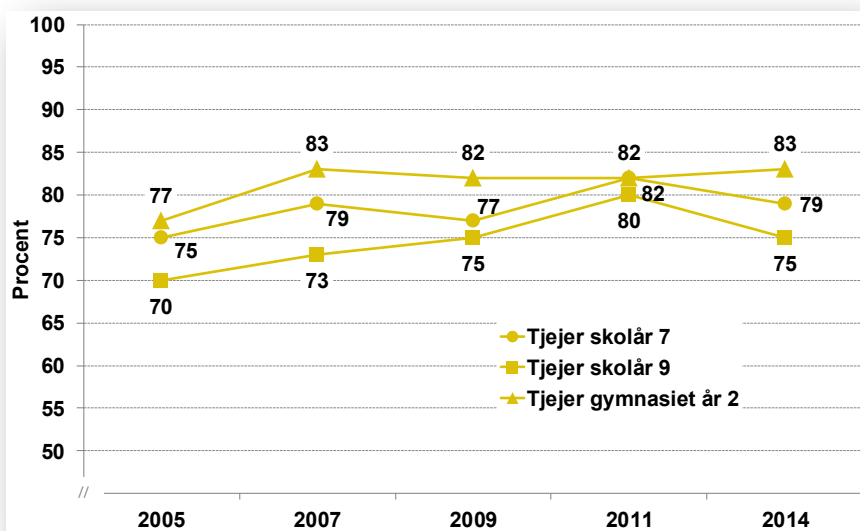


Diagram 14. Andel (%) tjejer som trivs bra eller mycket bra i skolan 2005–2014.

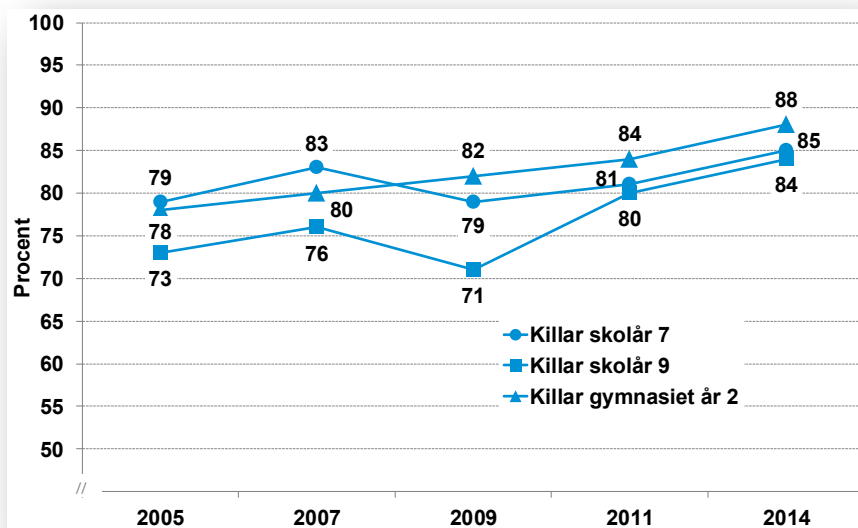


Diagram 15. Andel (%) killar som trivs bra eller mycket bra i skolan 2005–2014.

När det gäller trivsel i matsalen är det inte någon större könsskillnad. 60–70 procent av eleverna svarar att de trivs ganska eller mycket bra i skolans matsal/restaurang. Det är fler elever i skolår sju än bland äldre elever som uppger att de trivs ganska eller mycket bra.

"Bra skolmat."



"Jag gillar inte maten i skolan."

Känslan av trygghet i skolan ökar

Ett påstående för eleverna att ta ställning till i undersökningen är "På min skola behöver ingen känna sig rädd eller hotad". Resultaten visar att det är en högre andel elever i år två på gymnasiet, drygt 70 procent, som anger att det stämmer precis eller ganska bra, jämfört med skolår sju och nio där endast 60 respektive drygt 50 procent upplever det så. Trenden är dock positiv då en högre andel elever i 2014 års undersökning både bland tjejer och killar svarar att det stämmer precis eller ganska bra jämfört med 2005. (diagram 16 och 17).

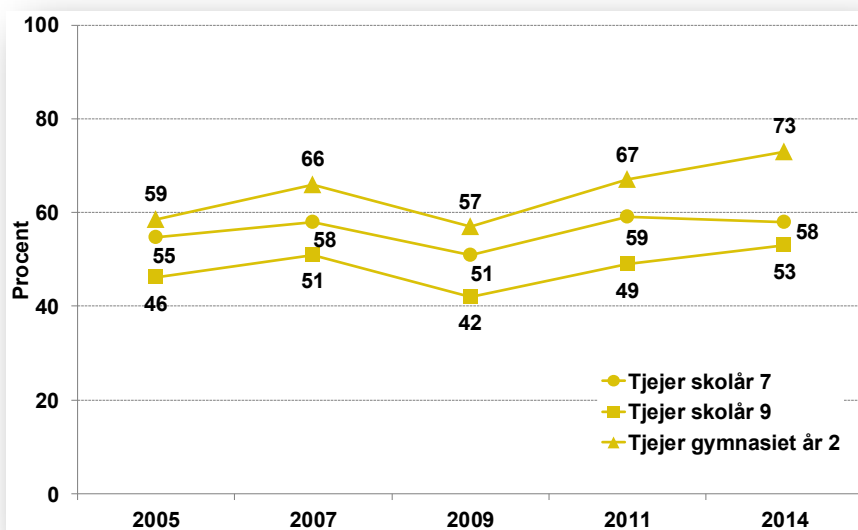


Diagram 16. Andel (%) tjejer som instämmer i påståendet att ingen behöver känna sig rädd eller hotad på skolan.

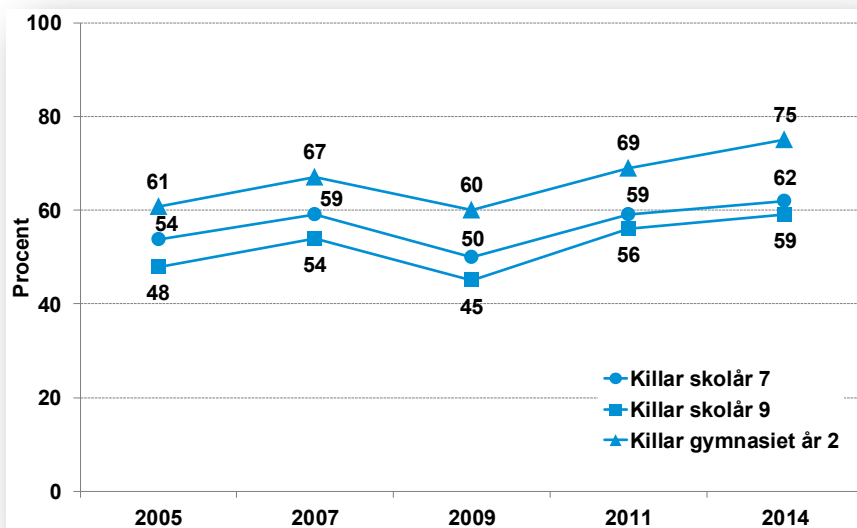


Diagram 17. Andel (%) killar som instämmer i påståendet att ingen behöver känna sig rädd eller hotad på skolan.

Majoriteten av eleverna känner sig trygga i både klassrummet och på rasterna i skolan men det är vanligare i gymnasiet än i grundskolan. Pojkar känner sig mer trygga än flickor. Jämfört med tidigare år visar resultaten från år 2014 att något fler elever än tidigare upplever trygghet i både klassrum och på raster, se även tabell 3 sidan 16.

"Jag vill bara att min klass ska bli bättre och att de ska visa respekt till varandra."



Mobbning vanligast i grundskolan

På frågan "Har du under det senaste läsåret blivit utsatt för någon form av kränkande behandling i skolan av en eller flera skolkamrater?" svarar omkring tio procent av flickorna i skolår sju och nio att de utsatts för detta vid upprepade tillfällen. Motsvarande andel bland pojkarna är sex, sju procent. Andelen som uppger detta bland gymnasie- ungdomarna är fem respektive tre procent. Även att bli utsatt för upprepade kränkningar under det senaste läsåret av någon vuxen på skolan förekommer, omkring tre procent av eleverna svarar detta. För att beskriva hur stor andel som varit utsatta av någon skolkamrat och/eller vuxen på skolan flera gånger senaste läsåret (mobbningsindex) har de två frågorna ovan slagits samman till ett index (diagram 18). Resultatet visar att mobbning är vanligare i grundskolan och bland tjejer.

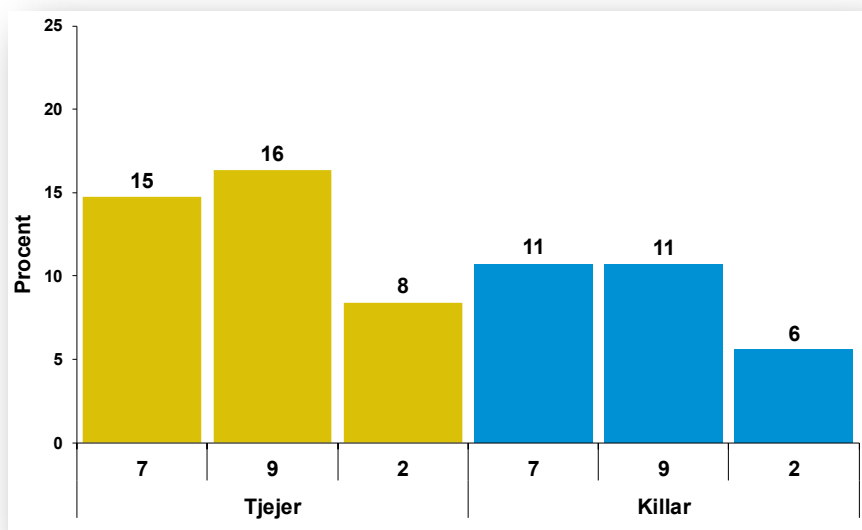


Diagram 18. Andel (%) som under det senaste läsåret blivit utsatt för någon form av kränkande behandling i skolan flera gånger av en eller flera skolkamrater och/eller vuxna på skolan (mobbningsindex).

"Gör något åt skolmobbing!!!"



Var femte kille i sjuan utsatt för fysiskt våld

Enkäten innehåller frågor om man under det senaste läsåret blivit utsatt för fysiskt våld, hot, stöld, sexuella trakasserier och/eller förtal. Ungefär 25 procent av alla elever har någon gång under läsåret blivit utsatt för något av detta och det är vanligare i grundskolan än i gymnasiet.

Oavsett skolår är det vanligast bland flickor att ha blivit utsatt för förtal (diagram 19). I skolår sju är det 18 procent bland flickorna som råkat ut för det. Sexuella trakasserier förekommer något oftare bland tjejer än bland killar.

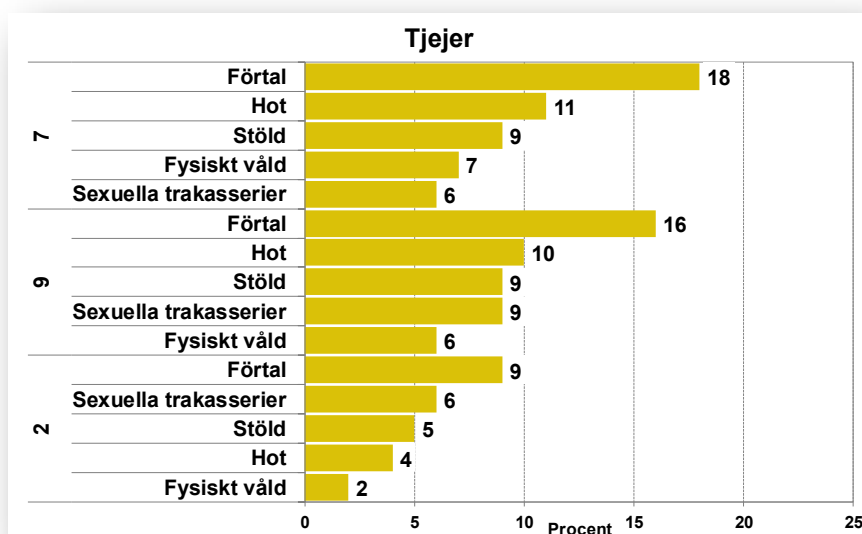


Diagram 19. Andel tjejer (%) som under det senaste läsåret varit utsatt för våld, hot, stöld, sexuella trakasserier och/eller förtal i skolan.

Fysiskt våld är vanligast bland pojkar i skolår sju där 20 procent uppger att de utsatts minst en gång jämfört med fyra procent för pojkar på gymnasiet (diagram 20). Även hot förekommer mest bland pojkar i skolår sju.

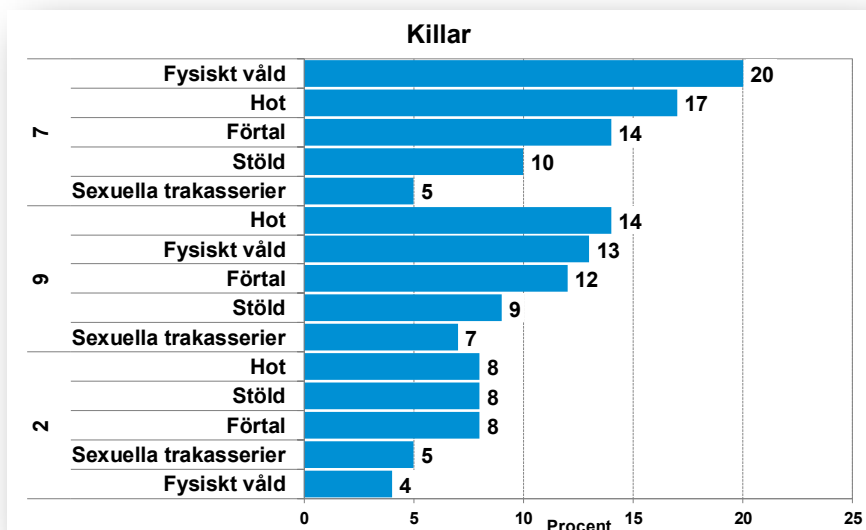


Diagram 20. Andel killar (%) som under det senaste läsåret varit utsatt för våld, hot, stöld, sexuella trakasserier och/eller förtal i skolan.

Det finns ett samband mellan allmän hälsa och att utsättas eller utsätta andra för våld. Det är betydligt vanligare att ha sämre hälsa om man utsatts för våld, både bland killar och tjejer. Men också bland de som uppgett att de utsatt andra för våld syns samma mönster.

Delaktigheten bland elever ett fortsatt utvecklingsområde

Denna undersökning visar att det fortfarande finns utrymme i skolan att förbättra den upplevelse eleverna har av sin delaktighet och möjlighet att påverka. I enkäten finns fyra frågor ställda speciellt kring elevernas delaktighet. Dessa handlar om regler på skolan, möjlighet att påverka arbetsmiljön eller sättet att arbeta samt om eleverna uppmuntras att medverka i elevråd eller liknande.

"Jag tycker att vi ska vara med och bestämma om regler och liknande på våra skolor."



Det är långt ifrån alla elever som tycker att de kan påverka sättet att arbeta på i skolan. Nära hälften av tjejerna och drygt hälften av killarna i sjuan instämmer i påståendet att de kan påverka hur man ska arbeta på skolan (diagram 21). Andelen sjunker dock bland såväl tjejer som killar i skolår 9. I gymnasiets år två är resultatet bättre, där drygt 50 procent instämmer i att de kan påverka arbetssättet. Delaktighet i utformning av trivsel- och ordningsregler eller uppmuntran att delta i elevråd eller liknande ligger på samma nivå som frågan om att påverka arbetssättet. När det gäller att kunna påverka arbetsmiljön är resultatet något bättre.

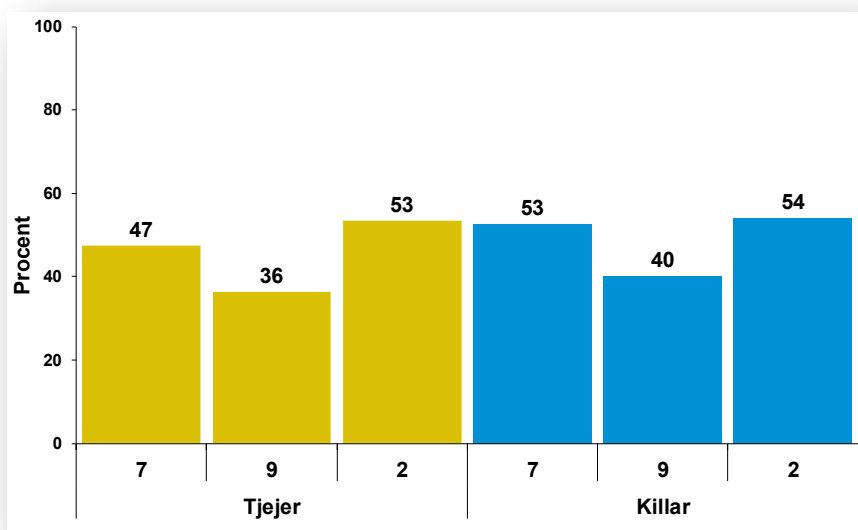


Diagram 21. Andel (%) som instämmer i påståendet att de har möjlighet att vara med och påverka hur man ska arbeta på skolan.

Samband förväntningar och bemötande – bättre resultat och hälsa

Ungefär 85 procent av eleverna i undersökningen upplever att lärarna förväntar sig att de ska nå alla målen. Det finns ett samband mellan lärares förväntningar och elevernas betyg (diagram 22). Elever med F eller streck i ett eller fler ämnen upplever i större utsträckning att lärarna inte förväntar sig att de ska klara att få godkända betyg.

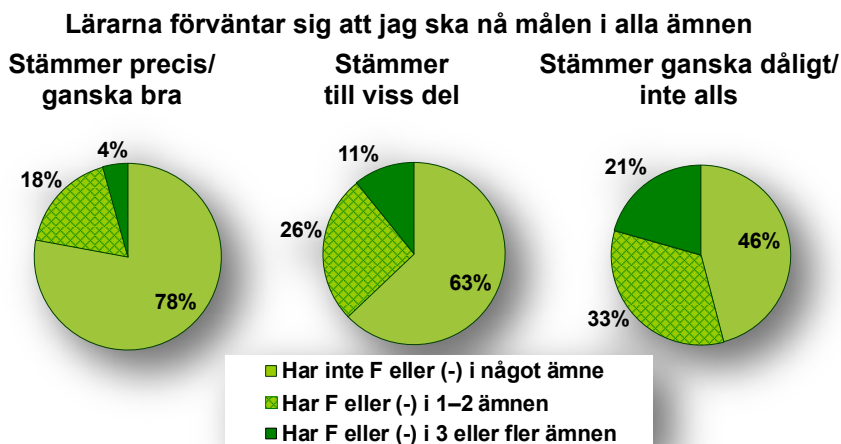


Diagram 22. Fördelning av skolresultat för ungdomar som instämmer i olika hög grad i påståendet att deras lärare förväntar sig att de ska nå målen i alla ämnen.

I undersökningen går det även att studera samband mellan hur ofta man känt sig stressad och förekomst av F i något ämne. Ett sådant samband går dock inte att utläsa då det är ungefär lika vanligt att ofta känna sig stressad bland de elever som har godkänt i alla ämnen som bland dem som har F i något eller fler ämnen då hänsyn tas till kön och skolår.

De flesta elever instämmer i att "lärarna uppmärksammar mig när jag gör någonting bra". Det är vanligast i skolår sju med 74 procent, och minst vanligt i skolår nio där 64 procent uppger detta. Pojkar upplever i större utsträckning än flickor att de uppmärksammas när de gör bra ifrån sig. Ett samband kan ses när det gäller lärares bemötande och elevens hälsa. De som känner sig väl bemötta av lärarna har också en bättre allmän hälsa (diagram 23).

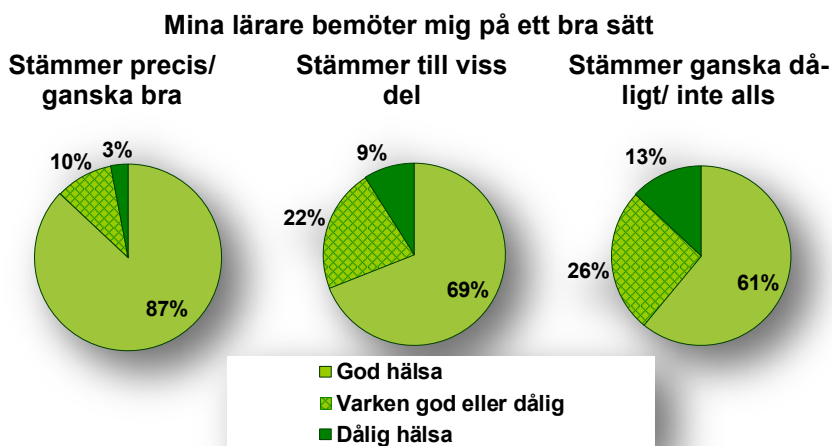


Diagram 23. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för elever som instämmer i olika hög grad i påståendet att deras lärare bemöter dem på ett bra sätt.

"Vill att lärarna bryr sig lite mer om eleverna. Och bryr sig om någon är ledsen. De ska ge beröm när eleven gör något bra."



Flickor i skolår nio är minst positiva till skolan

När det gäller alla frågor om skolan, delaktighet och relationer till lärare kan man se ett mönster att det är färre elever i skolår nio än i de andra årskurserna, som svarar på ett positivt sätt. Samma mönster ser vi även mellan pojkar och flickor, där flickor svarar mer negativt på frågorna. Det betyder att bland flickor i skolår nio finns de som är minst positiva till undervisningen och i relationer till lärare. Bland dem finns också en högre andel som inte trivs i skolan.

*"Jag får ont i magen när det ska bli ett prov
eller läxa ibland."*



*"Min hälsa har blivit dålig pga all stress i skolan.
Det är höga krav på dagens ungdomar."*

Levnadsvanor

Levnadsvanorna hänger ihop med varandra i olika grad och även med hur den egna hälsan upplevs. I det här avsnittet beskrivs inledningsvis frågor kopplade till tobak, alkohol, narkotika och spel. Andra aspekter av ungdomarnas levnadsvanor som berörs är till exempel fritidsvanor, som inkluderar både datoranvändande och motion. Matvanor, fetma och övervikt beskrivs, liksom tankar om den egna kroppen och sömnproblematik. Även frågor om sex och preventivmedel tas upp.

Tobak, alkohol, narkotika och spel

Markant minskning av snusande

Mellan år 2005 och 2014 har daglig snusning bland killarna minskat från 14 till 3 procent i skolår nio och från 23 till 14 procent i tvåan på gymnasiet (diagram 24). I övriga grupper rör det sig om enstaka procent som använder snus varje dag.

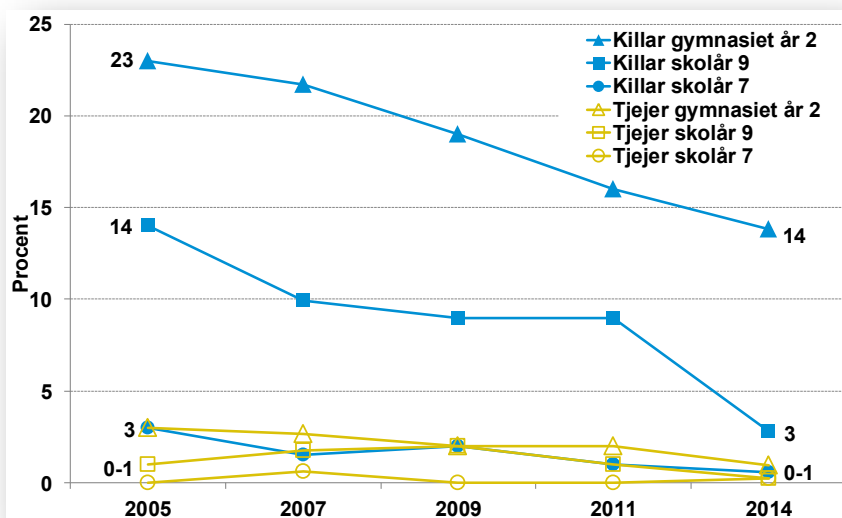


Diagram 24. Andel (%) som snusar dagligen 2005–2014.

Andelen ungdomar som aldrig har rökt har ökat både bland flickor och pojkar och i alla studerade årskurser mellan åren 2011 och 2014. Sett under en längre period, från 2005 och framåt, är det dock lägre eller oförändrade nivåer i andelen som aldrig har rökt. Men under samma period syns en minskning av andelen dagligrökare bland både flickor i skolår nio och år två på gymnasiet och bland pojkar i skolår nio (diagram 25). För pojkarna på gymnasiet är läget i stort sett oförändrat för denna längre tidsperiod, även om det skett en minskning mellan 2011 och 2014. Andelen dagligrökare är något högre bland flickor. I nian röker sex procent av flickorna dagligen jämfört med tre procent av pojkarna. Motsvarande siffror för tvåan på gymnasiet är nio och sju procent. I skolår sju anger ungefär en procent både bland flickor och pojkar att de röker varje dag.

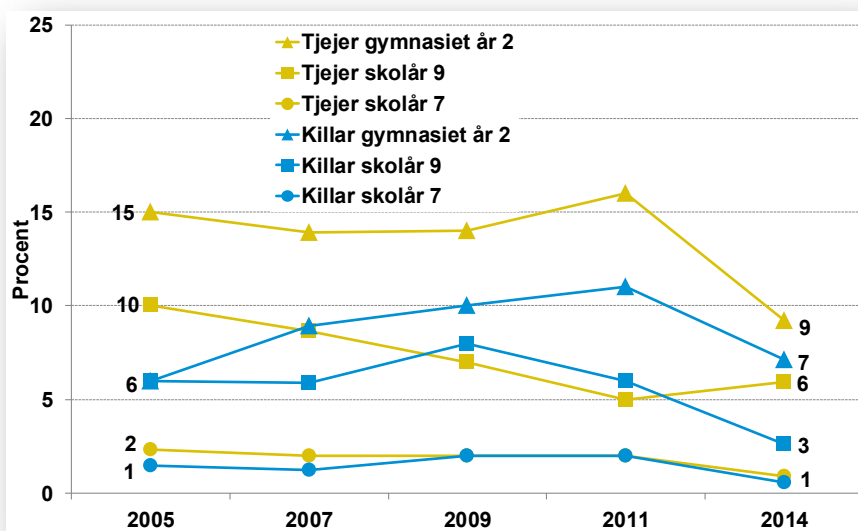


Diagram 25. Andel (%) som röker dagligen 2005–2014.

Att röka någon gång ibland är ungefär lika vanligt som dagligrökning, oavsett skolår och kön (diagram 26). Undantaget utgörs av killarna på gymnasiet där 15 procent svarar att de röker ibland, vilket sammanlagt innebär att de står för den största gruppen rökare (22 procent).

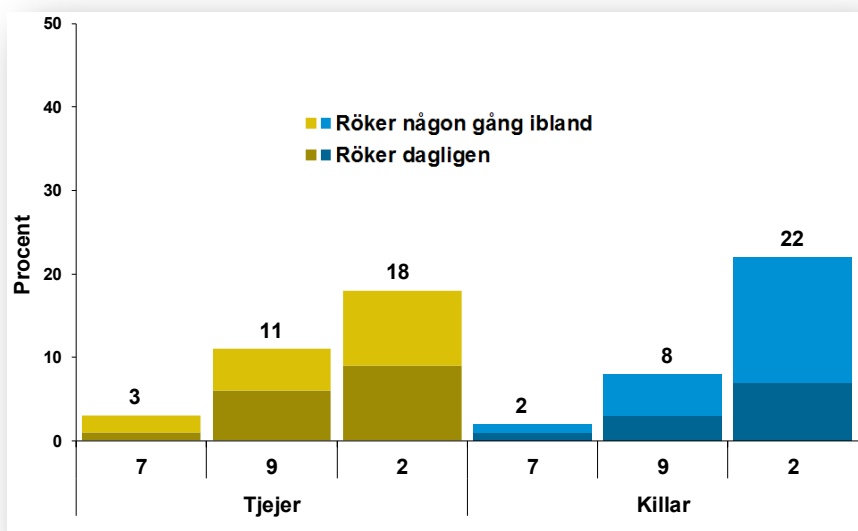


Diagram 26. Andel (%) som röker dagligen respektive ibland.

"Jag avskyr rökning och snus
så jag undviker sånt."



Minskat alkoholbruk

Alkoholvanorna bland länets elever i årskurs nio har följts sedan 1990-talet. För hela perioden fram till årets undersökning har det skett en successiv ökning av andelen elever som angett att de inte druckit alkohol under vårterminen (diagram 27). Från att ha varit i klar minoritet är det nu de som inte dricker som är i majoritet. Även om en ändring i frågans formulering infördes i 2014 års formulär, vilket gör att siffrorna inte är helt jämförbara, är ändå tendensen tydlig. Andelen som inte druckit alkohol i skolår nio har ökat.

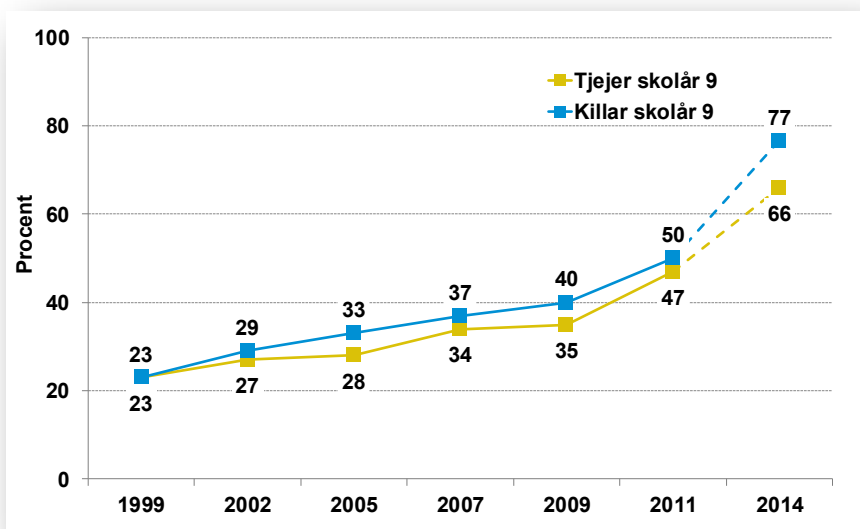


Diagram 27. Andel (%) som inte druckit alkohol under vårterminen 1999–2011 respektive de senaste 3 månaderna 2014.

"Där det gäller alkohol bland mina vänner skulle jag tycka det var okej om det inte hände så ofta och de inte blev fulla."



Andelen alkoholkonsumenter, det vill säga de som druckit minst någon gång under de senaste 12 månaderna, ökar med stigande ålder från cirka 15 procent i skolår sju till 34 procent bland killarna och 44 procent bland tjejerna i nian. I gymnasiet har dessa andelar ökat ytterligare till 70 respektive 68 procent.

Ett sätt att beskriva ungdomars alkoholvanor är utifrån ett riskperspektiv och använda de tre första så kallade AUDIT-C-frågorna⁴. Drygt var femte elev i tvåan på gymnasiet kan då klassas som riskkonsument av alkohol och sex procent av nians elever. I nian är det något vanligare bland tjejer, åtta procent jämfört med fem procent bland killar (diagram 28). Andelen riskkonsumenter har minskat markant sedan år 2005 både i nian och på gymnasiet.

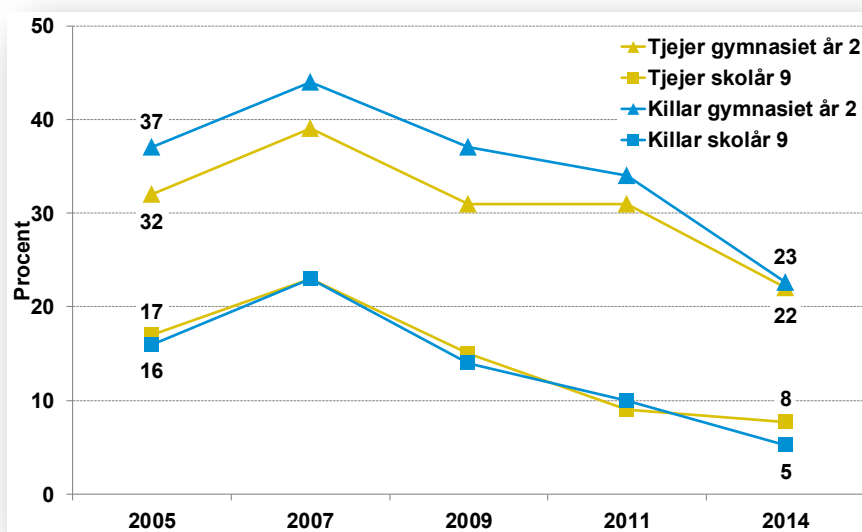


Diagram 28. Andel (%) riskkonsumenter av alkohol 2005–2014.

⁴ Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT-C). Riskkonsumtion beräknas utifrån tre frågor som ger ett index: hur ofta och hur mycket vid ett vanligt tillfälle samt hur ofta en store mängd dricks vid ett och samma tillfälle. Indexet kan anta värde 0–12. Kvinnor som har 5–12 poäng och män som har 6–12 poäng klassas som riskkonsumenter. Dessa frågor är inte ställda i årskurs sju.

Stark koppling mellan föräldrars inställning och ungdomars alkoholbruk

Det finns en stark koppling mellan föräldrarnas inställning till ungdomarnas alkoholbruk och hur ungdomarna dricker. På frågan "Får du dricka alkohol för dina föräldrar?" visar det sig att de som har tillåtande föräldrar i det här avseendet är riskkonsumenter i klart högre grad än de som har restriktiva föräldrar (diagram 29). Det gäller även för de som är osäkra på föräldrarnas inställning.

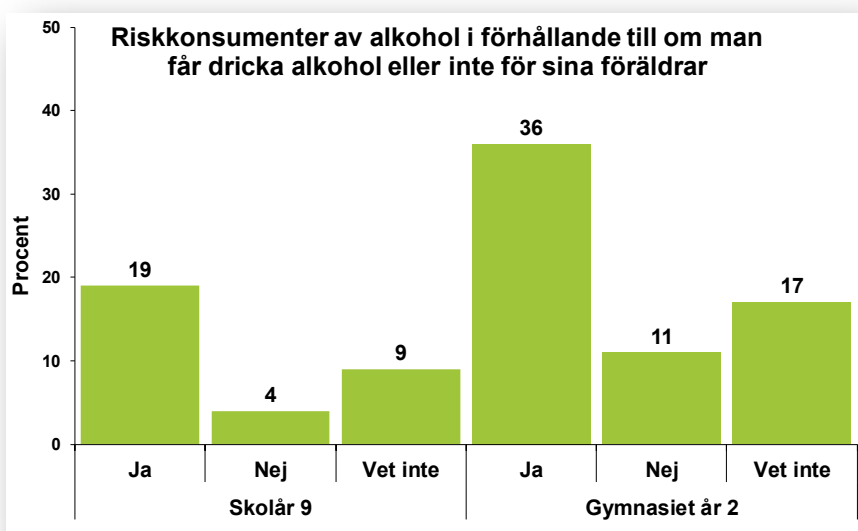


Diagram 29. Andel (%) riskkonsumenter av alkohol i förhållande till om ungdomen får dricka alkohol eller inte för sina föräldrar.

Ungdomar under 18 år får inte, eller ska inte ha möjlighet att handla alkohol vare sig i livsmedelsaffärer, Systembolag eller på utskänkningsställen. Hur får de då tag på alkohol? Det absolut vanligaste sättet är genom pojk- eller flickvän, kompis eller deras syskon. Därefter följer från någon annan vuxen som köper ut eller från någon som fört in från utlandet. Att beställa alkohol på nätet är relativt ovanligt och anges av fem procent.

Drygt två av tio gymnasieelever och nästan en av tio elever i nian anger att de har blivit skadade eller råkat illa ut på grund av att de har druckit alkohol. Det kan röra sig om olyckor, bråk med föräldrar eller vänner, ha haft oönskat eller oskyddat sex eller att ha blivit bestulen. Andelen som på det här sättet har råkat illa ut har i stort sett halverats mellan åren 2005 och 2014.

Oförändrad narkotikaanvändning men liberalare attityder

Majoriteten av ungdomarna varken använder eller är positiva till narkotika. Att någon gång ha använt narkotika är starkt åldersrelaterat (diagram 30). Det är betydligt vanligare bland gymnasieungdomar jämfört med elever i skolår nio, och vanligast bland pojkarna på gymnasiet. Mellan åren 2005 och 2009 ökade andelen som använt narkotika både bland flickor och pojkar i skolår nio och bland pojkar i gymnasiet. Mellan 2009 och 2014 minskade andelen för flickor i nian och för pojkarna i gymnasiet. För killarna i nian har andelen däremot minskat under samma period. Hasch/marijuana är det vanligast använda medlet följt av Spice.

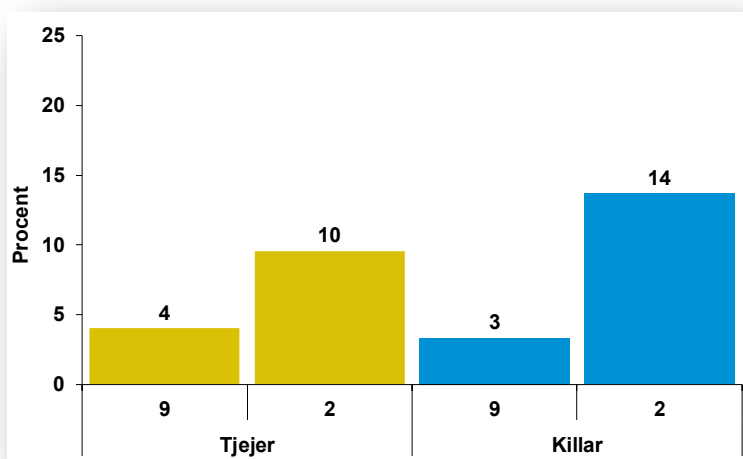


Diagram 30. Andel (%) som någon gång använt narkotika.

Även om det inte går att se någon ökning av narkotikaanvändningen i Liv & hälsa-undersökningen har det skett en successiv liberalisering i attityderna till narkotika speciellt bland pojkar. År 2005 instämde 14 procent av killarna på gymnasiet att det är okey att använda hasch/marijuana, en andel som ökat till 23 procent år 2014 (diagram 31). Även för påståendet "det är bra att användandet av narkotika är olagligt" märks en förändring i liberal riktning. Den liberaliserings-tendensen gäller såväl flickor och pojkar som skolår nio och år två på gymnasiet.

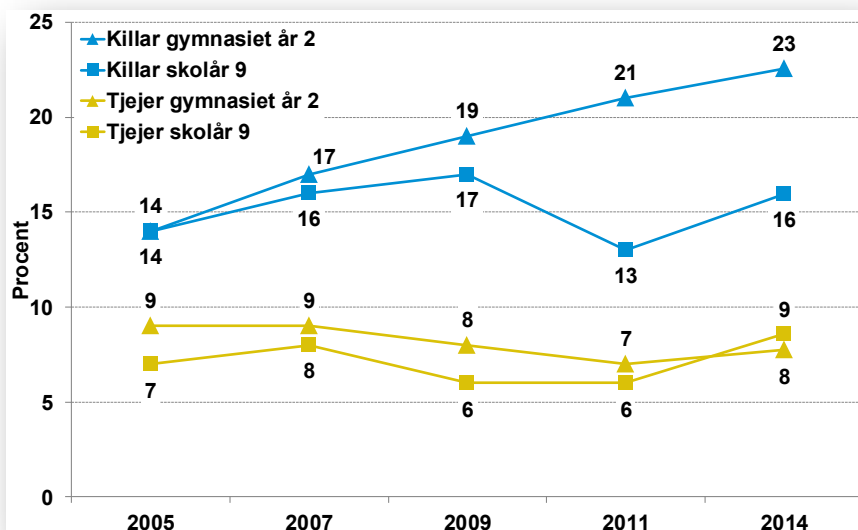


Diagram 31. Andel (%) som tycker det är okey att använda hasch/marijuana 2005–2014.

"Att röka på är inte min grej, men jag känner många vänner som röker på och det stör mig ganska mycket ...
Hoppas jag kan göra något åt saken."



Vanligare att killar spelar om pengar

Killar spelar mer om pengar än tjejer. I tvåan på gymnasiet är det 18 procent av pojkarna och 10 procent av pojkarna i nian som gjort det flera gånger per månad under de senaste tolv månaderna. Motsvarande andel är två procent för flickorna i respektive skolår. Det är också vanligare att killarna har spelrelaterade problem. I hela den undersökta ungdomsgruppen är det mellan fyra procent (skolår 9) och sju procent (år 2 på gymnasiet) som anger att de känt att de måste spela för mer och mer pengar och mellan tre och fem procent som svarar att de har ljugit för närstående om hur mycket pengar de har spelat för.

Riskbeteenden hör ihop

Det finns starka samband mellan rökvanor, berusningsdrickande, att ha använt narkotika respektive ha spelat om pengar. Nedanstående resultat grundar sig på uppgifter från eleverna i nian och tvåan på gymnasiet. Elever som röker varje dag berusar sig i klart högre grad än de som aldrig har rökt, 44 jämfört med 1 procent (diagram 32). Det är ytterst få av dagligrökarna som inte dricker alkohol.

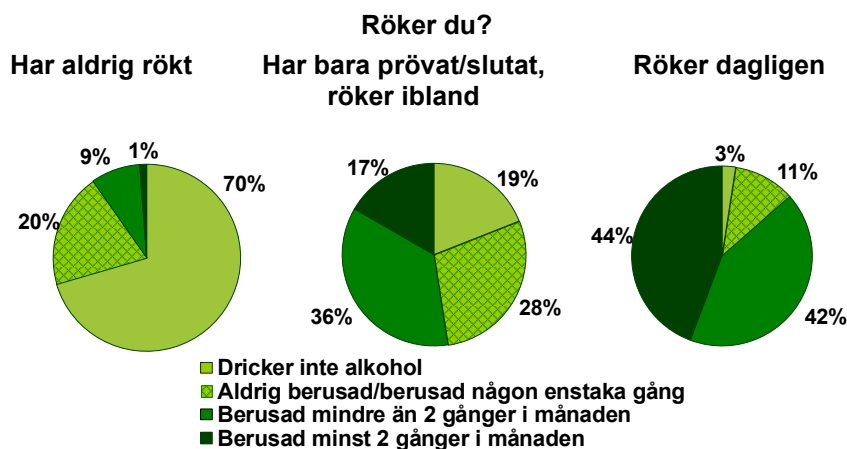
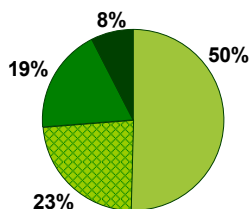


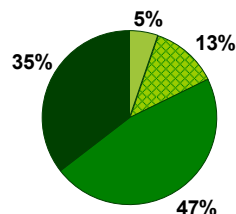
Diagram 32. Fördelning av alkoholvanor för ungdomar i skolår 9 och år 2 på gymnasiet med olika rökvanor.

Berusningsdrinkande är också mycket vanligare bland de som någon gång har använt narkotika (diagram 33). I den gruppen är det endast fem procent som avstår från alkohol, jämfört med hälften bland de som aldrig har använt narkotika.

Har aldrig använt narkotika



Har använt narkotika



- Dricker inte alkohol
- Aldrig berusad/ berusad någon enstaka gång
- Berusad mindre än 2 gånger i månaden
- Berusad minst 2 gånger i månaden

Diagram 33. Fördelning av alkoholvanor för ungdomar i skolor 9 och år 2 på gymnasiet som inte har respektive har använt narkotika.

"Jag tycker man borde förbjuda cigaretter och alkohol eftersom dom är en fara för samhället."



Att spela om pengar har även det ett samband med att dricka mycket alkohol. Den grupp som spelar oftast har störst andel som berusar sig minst två gånger per månad, 23 procent jämfört med 7 procent bland de som inte spelar om pengar (diagram 34).

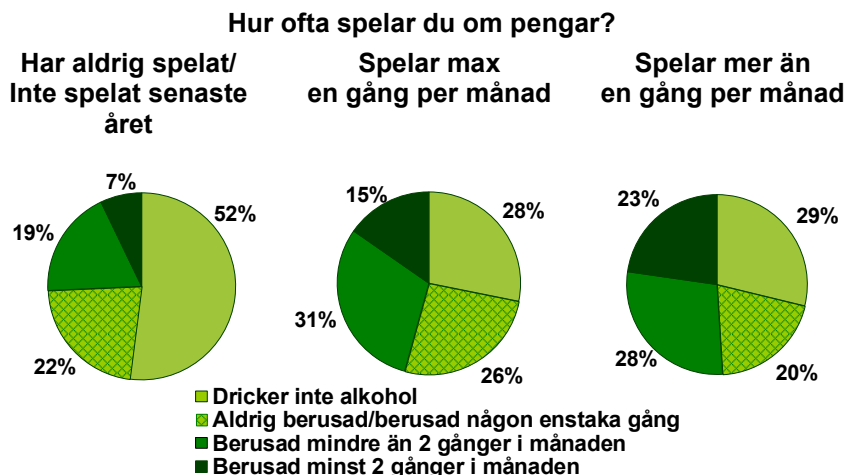


Diagram 34. Fördelning av alkoholvanor för ungdomar i skolår 9 och år 2 på gymnasiet med olika spelvanor.



"Mitt liv. Jag gör vad jag vill,
ingen kan ändra de..."

Fritid

Bokläsandet har minskat

Eleverna har svarat på frågor som handlar om hur ofta de brukar göra vissa fritidsaktiviteter. Flickor läser böcker för nöjes skull (skolböcker räknas inte) i större utsträckning än pojkar men andelen sjunker ju äldre eleverna blir (tabell 4). Bland killarna på gymnasiet är det hälften som aldrig läser böcker för nöjes skull. Bokläsandet har minskat markant både i förhållande till ålder och kön sedan år 2005. Exempelvis läste då över hälften av flickorna i skolår sju böcker för nöjes skull minst en gång per vecka, vilket nu minskat till en dryg tredjedel. Att besöka bibliotek utanför skoltid är liksom bokläsande vanligare bland flickor. Andelen som aldrig går till bibliotek har ökat både bland flickor och pojkar och i de olika årskurserna jämfört med 2005.

Att ägna sig åt en hobby som att spela instrument, sjunga måla, skriva eller liknande är vanligare bland tjejer än killar. Däremot går pojkar i större utsträckning till fritidsgården och främst gäller det pojkar i skolår sju. Av dem går 18 procent dit minst en gång per vecka. För flickorna i samma ålder är andelen 13 procent. Flertalet elever i tvåan på gymnasiet går aldrig till fritidsgården. Detta gäller speciellt flickorna med nära nio av tio, vilket kan jämföras med drygt åtta av tio av pojkarna.

Tabell 4. Andel (%) som "aldrig" respektive "minst en gång per vecka" läser böcker, går på bibliotek, ägnar sig åt en hobby och/eller går på fritidsgård uppdelat på skolår och kön.

	Flickor			Pojkar		
	7	9	2	7	9	2
Läser böcker för nöjes skull (ej skollböcker)						
Aldrig	19	24	26	31	45	50
Minst en gång per vecka	35	26	20	25	16	9
Går till bibliotek						
Aldrig	52	60	59	66	77	79
Minst en gång per vecka	6	4	4	4	1	2
Spelar instrument, sjunger, skapar musik						
Aldrig	29	32	46	59	67	74
Minst en gång per vecka	33	30	15	14	12	7
Målar, syr, stickar, skriver						
Aldrig	33	39	52	55	56	59
Minst en gång per vecka	41	37	27	22	22	22
Går på fritidsgård						
Aldrig	56	67	89	51	61	82
Minst en gång per vecka	13	10	2	18	14	4

Numera är datoranvändningen nära nog hundra procentig bland ungdomar. Majoriteten ungdomar kommunicerar med andra via till exempel Facebook eller liknande nästan varje dag, och det är vanligare bland flickor än pojkar (tabell 5). Detsamma gäller för att lyssna på musik, kolla på film eller serier. Däremot spelar killarna spel i mycket större utsträckning. Mellan 25 och 35 procent av tjejerna bloggar eller läser bloggar nästan varje dag, men bara några procent av killarna. Att leta information, läsa tidningar eller liknande på nätet är något som ökar ju äldre eleverna blir, och mönstret är lika mellan könen.

Tabell 5. Andel (%) som "aldrig" respektive "nästan varje dag" använder mobil, dator, läsplatta, TV eller liknande för att kommunicera, spela spel eller liknande uppdelat på skolår och kön.

	Flickor			Pojkar		
	7	9	2	7	9	2
Kommunicera via t.ex. Facebook eller liknande						
Aldrig	3	2	1	5	4	1
Nästan varje dag	81	86	89	68	77	87
Lyssna på musik, kolla film, serier						
Aldrig	1	0	0	1	0	0
Nästan varje dag	81	89	87	63	79	86
Spela spel						
Aldrig	11	17	20	1	3	5
Nästan varje dag	34	29	22	70	66	55
Blogga eller läsa bloggar						
Aldrig	31	24	20	78	75	61
Nästan varje dag	25	34	35	4	4	6
Leta information, läsa tidningar eller liknande						
Aldrig	13	9	3	20	12	7
Nästan varje dag	15	23	34	15	23	35

Många är med i en förening

Andelen föreningsaktiva är högst bland de yngsta eleverna och lägst bland de äldsta (diagram 35). Som föreningsaktiva räknas de elever som svarat att de har varit med i någon organiserad fysisk aktivitet/sport eller annan förening, klubb, sällskap eller organisation under de senaste tolv månaderna. Oavsett skolår så är det något vanligare bland pojkar att vara föreningsaktiva.

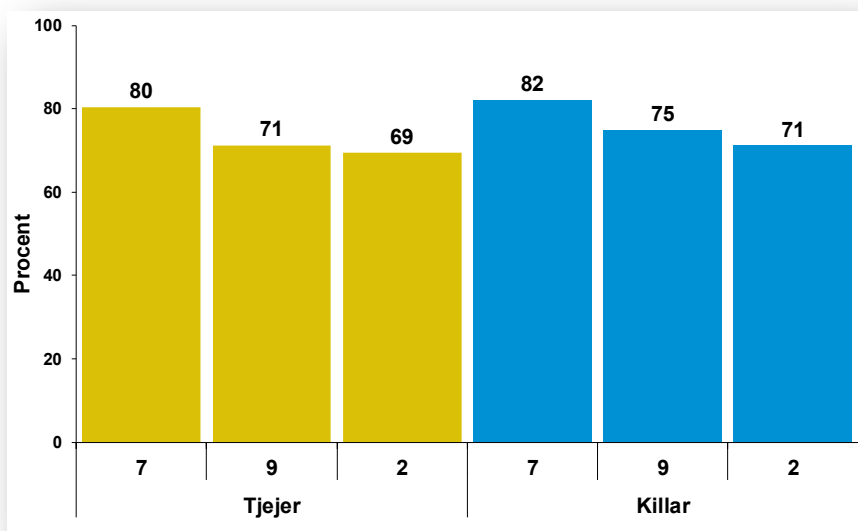


Diagram 35. Andel (%) föreningsaktiva.

Trots att föreningsaktivitet är något vanligare bland pojkar och yngre elever, så är fördelningen mellan organiserad fysisk aktivitet/sport och annan typ av föreningsaktivitet likartad oavsett kön och ålder. Därför redovisas denna fördelning för samtliga elever år 2014 sammantaget i diagram 36. Av alla elever var tre av fyra, 75 procent, föreningsaktiva. Mest förekommande är att vara med i någon organiserad fysisk aktivitet/sport, vilket gäller nära två av tre, 65 procent, av eleverna. Nästan hälften, 47 procent, av eleverna är dessutom aktiva både på detta sätt och med i någon annan förening, klubb, sällskap eller organisation.

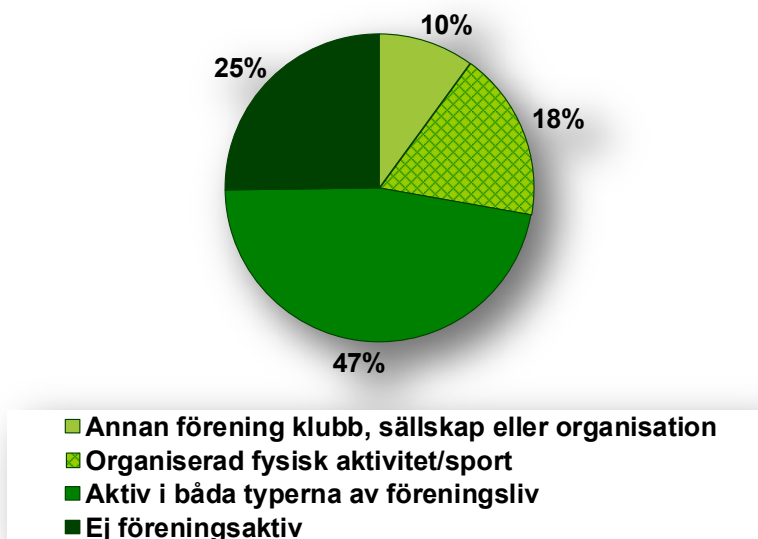


Diagram 36. Fördelning av olika typer av föreningsaktivitet.

Simkunnigheten varierar

Generellt anger drygt nio av tio flickor och pojkar att de kan simma 200 meter. Simkunnigheten varierar dock beroende på ursprung.

Exempelvis kan 96 procent av de svenskfödda eleverna simma 200 meter. Den andelen sjunker till 93 procent bland de med minst en utlandsfödd förälder. Av de utlandsfödda flickorna och pojkarna är det 71 respektive 85 procent som svarar att de kan simma 200 meter.

"Jag går på handboll och trivs bra. Fast vill flytta...snabbt för att upptäcka världen."



Samband mellan vardagsmotion och hälsa

Vikten av fysisk aktivitet påtalas i många sammanhang. Det kan handla om både vardagsmotion och aktivitet under mer träningslika förhållanden. Majoriteten elever är fysiskt aktiva på sin fritid i mening av att de tränar mer än 30 minuter minst två gånger per vecka så att de blir andfådda eller svettas (diagram 37). Det gäller 75 procent i årskurs sju, vilket är fem procentenheter högre än i nian och på gymnasiet. Trots det har andelen minskat bland pojkarna i sjuan. År 2005 var det 83 procent som tränade i den här omfattningen, vilket kan jämföras med 76 procent år 2014. Andelen flickor som tränar har däremot ökat något både i nian och på gymnasiet. Även bland pojkar i gymnasiet har andelen som tränar minst två gånger i veckan ökat något. Majoriteten av eleverna har varit med i någon organiserad fysisk aktivitet/sport under de senaste tolv månaderna.

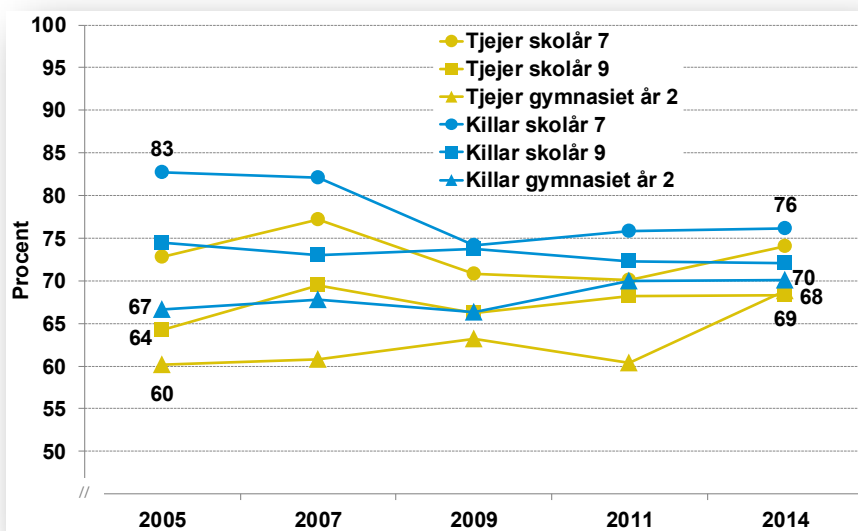


Diagram 37. Andel (%) som tränar på fritiden minst två gånger i veckan 2005–2014.

Frågan "Hur mycket rör du dig i snitt per dag, till exempel går, cyklar eller idrottar" ger en indikation på ungdomarnas vardagsmotion. En nationell rekommendation är att ungdomar ska röra på sig minst en timme om dagen. Resultaten visar att det är långt ifrån alla ungdomar som är fysiskt aktiva i den här utsträckningen (diagram 38). Pojkar ligger bättre till än flickor i samtliga studerade årskurser i det här avseendet. I skolår sju skiljer det åtta procentenheter, 49 procent jämfört med 41 procent. I skolår nio har gapet ökat till tio procentenheter, 44 procent mot 34 procent och i gymnasiet har skillnaden mellan könen ökat ytterligare från 48 procent för killarna till 33 procent för tjejerna.

Däremot är könsskillnaderna inte lika uttalade när det gäller andelen som rör sig minst 30 minuter per dag, vilket är det minsta rekommenderade rörelsebehovet bland vuxna. Det är omkring åtta av tio ungdomar som rör sig minst 30 minuter per dag. Lägst andel, 78 procent, återfinns bland tjejer i nian och högst andel, 84 procent, bland killar i sjuan och tvåan på gymnasiet.

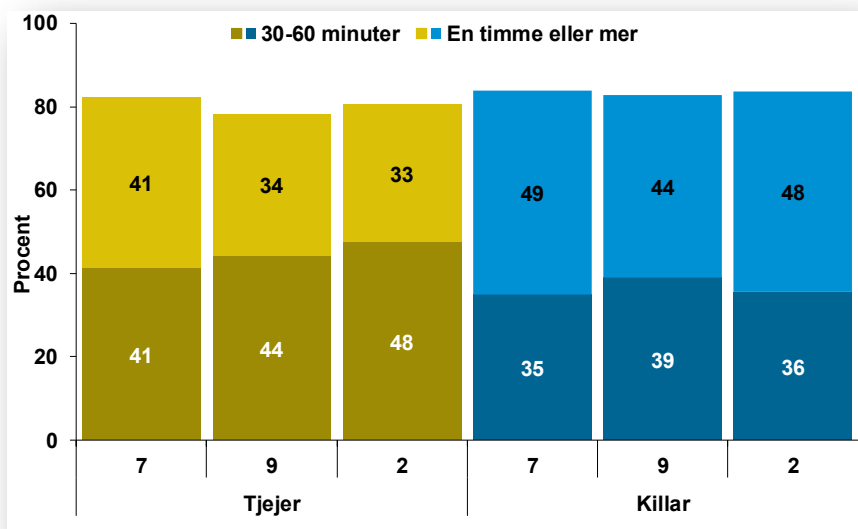


Diagram 38. Andel (%) som rör sig 30-60 minuter respektive en timme eller mer per dag.

Det finns ett samband mellan vardagsmotion och upplevd allmän hälsa. De som rör sig minst en timme per dag rapporterar i högre grad en bra allmän hälsa jämfört med de som är mindre fysiskt aktiva (diagram 39). Detta gäller oavsett kön och skolår, men skillnaden i upplevd hälsa i relation till grad av vardagsmotion ökar ju äldre eleverna blir.

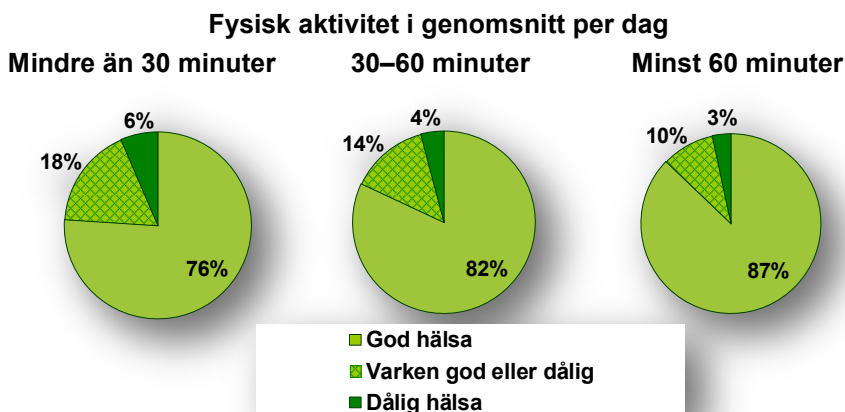


Diagram 39. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar med olika grad av daglig fysisk aktivitet

Matvanor och fetma

Utrymme finns att förbättra matvanorna

Flickor har något bättre matvanor än pojkar i form av att äta frukt eller bär och/eller grönsaker mer än en gång per dag. Beroende på ålder så varierar andelen som äter frukt eller bär minst en gång dagligen mellan 26 och 28 procent för flickorna, och mellan 16 och 19 procent för pojkarna. Tre av tio tjejer i sjuan äter grönsaker minst en gång om dagen. I gymnasiet år två har den andelen ökat till fyra av tio. Bland killarna är det cirka var fjärde oberoende av skolår som äter grönsaker lika ofta. Även om tjejer äter frukt och grönt i större utsträckning än killar, har killar mer regelbundna måltidsvanor. Med det menas att de äter frukost, lagad lunch och lagad mat på kvällen varje dag. I skolår sju gäller det 59 procent, vilket minskar till 45 procent bland pojkarna på gymnasiet. För flickorna är motsvarande andelar 42 och 33 procent.

Ungefär sex procent brukar äta sötsaker som godis eller choklad mer än en gång per dag, och det är oavsett kön och ålder. Andelen är ungefär densamma när det gäller att dricka läsk, saft, energidryck eller liknande.

Inga stora förändringar av övervikt och fetma

Övervikt och fetma⁵ har länge varit aktuella folkhälsoproblem, både i Sverige och internationellt. I Liv & hälsa ung-undersökningen framkommer att andelen ungdomar med fetma har ökat med en procentenhet under perioden 2005 till 2014 såväl bland flickor och pojkar som i de tre årskurserna. Undantaget utgörs av killarna i gymnasiet där ökningen är två procentenheter. Bland pojkarna märks också en ökning i andelen överviktiga med en till två procentenheter. För flickorna i sjuan har det inte skett någon förändring i andelen överviktiga under perioden. Däremot märks en minskning bland tjejerna

⁵ Kategorisering av övervikt och fetma i denna undersökning är beräknat på förhållandet längd och vikt enligt Body Mass Index (BMI) för respektive åldersklass. Enligt isoBMI för elever 14 respektive 16 år för elever i skolår 7 respektive 9 samt enligt WHO:s klassificering för elever i gymnasiet år 2.

på gymnasiet. Sett både till övervikt och fetma sammantaget har det skett en ökning i alla grupper på mellan en och tre procentenheter med undantag för tjejerna i tvåan på gymnasiet. Totalt har 11–13 procent av tjejerna och 17–22 procent av killarna övervikt eller fetma (diagram 40).

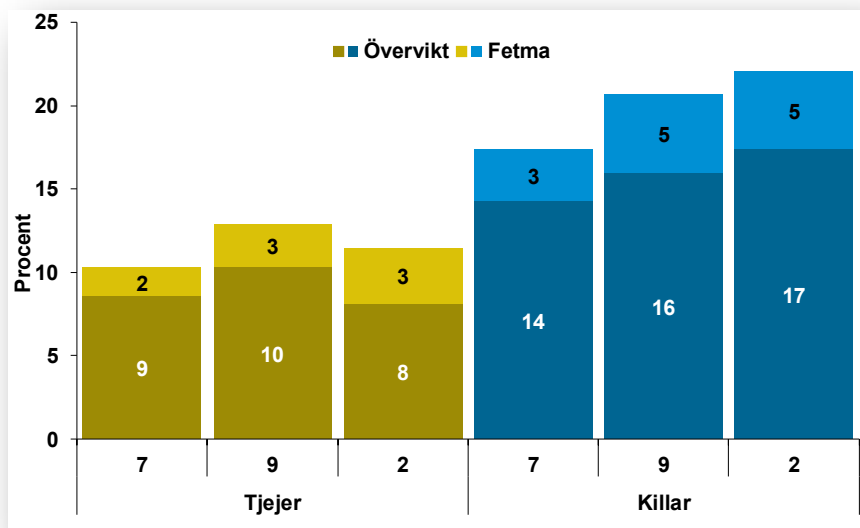


Diagram 40. Andel (%) som har övervikt eller fetma enligt isoBMI/BMI.

Det är stor skillnad mellan könen när det gäller att ha tankar om den egna kroppen, vikten och om mat. Tjejer svarar i mycket högre grad att de ofta eller alltid har haft tankar kring sin kropp, vikt och sitt ätande under de senaste 12 månaderna (diagram 41). Redan i skolor sju är det en markant skillnad där 46 procent av flickorna har den här typen av tankar, jämfört med 18 procent bland pojkarna. Oavsett kön så har ungdomar med övervikt eller fetma betydligt oftare dessa tankar (diagram 42).

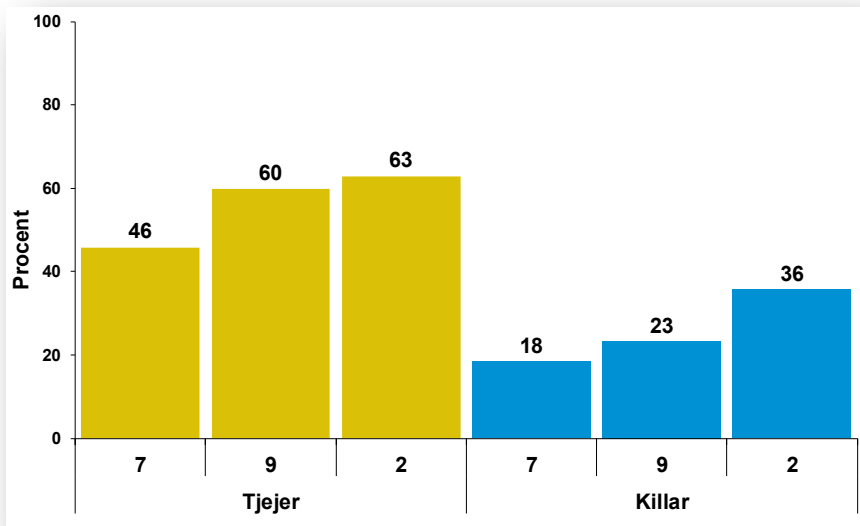


Diagram 41. Andel (%) som ofta eller alltid har tankar om sin kropp, vikt och ätande.

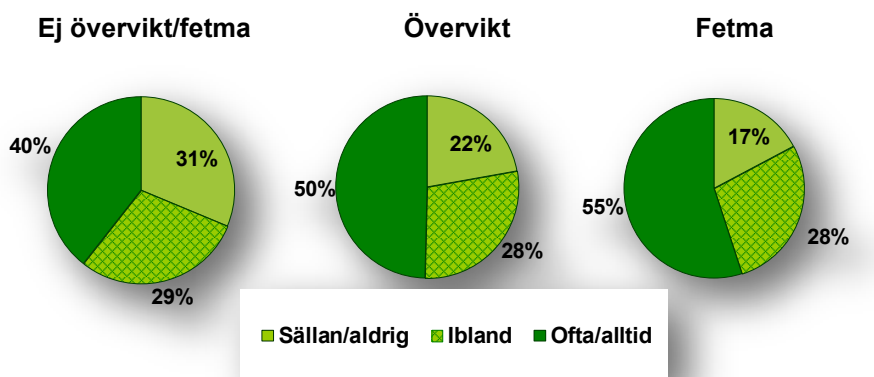


Diagram 42. Fördelning av hur ofta man har tankar om kropp, vikt och ätande för ungdomar med olika kroppsvikt enligt isoBMI/BMI.

Sömn

Orolig sömn vanligare bland tjejer

Sömnen har stor betydelse både i relation till allmän och psykisk hälsa. Generellt upplever flickor sämre sömnkvalitet än pojkar. Det är till exempel tre gånger högre andel bland både flickor i skolår sju och nio som anger att de ofta/alltid under de tre senaste månaderna sovit oroligt (diagram 43). I gymnasiets år två är det dubbelt så vanligt att tjejerna säger sig ha orolig sömn. Tjejer sover också färre antal timmar (högst sex) per natt än killar under vardagar (diagram 44). Det motsatta förhållandet gäller för helger och lov. Jämfört med undersökningen 2005 har det inte skett någon nämnvärd förändring när det gäller nivån av orolig sömn.

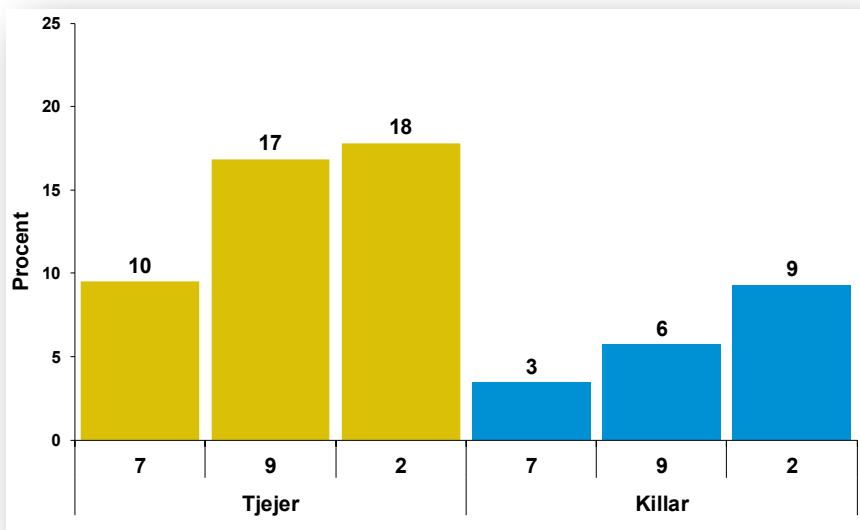


Diagram 43. Andel (%) som ofta eller alltid sover oroligt.

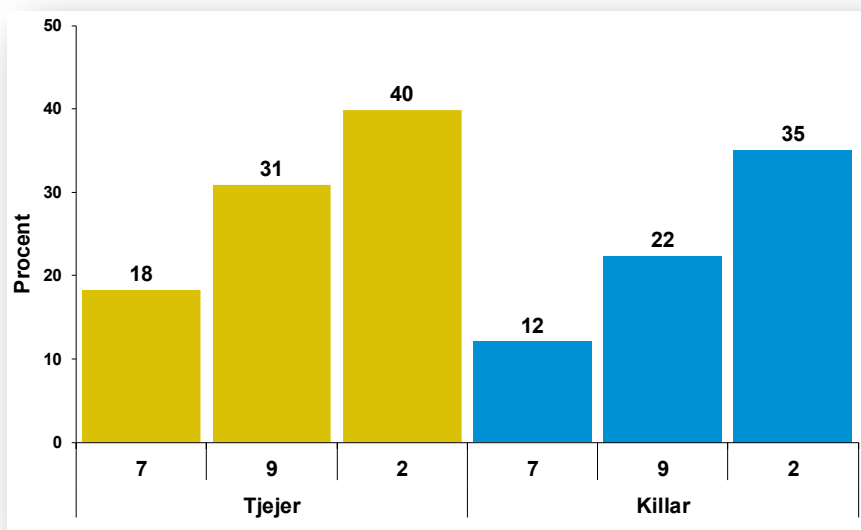


Diagram 44. Andel (%) som brukar sova mindre än sju timmar på vardagar.

"Jag sover mellan 5-10 timmar.
Det beror på om det är helg eller inte."



"Jag vet inte hur jag kommer att ha det när jag blir stor. Jag har F
i ett kärnämne, det oroar mig och det drabbar min sömn."

Det talas mycket om att ungdomars dator- och mobilvanor skulle kunna ha samband med deras sömnvanor. Resultaten från Liv & hälsa ung visar att de som nästan varje dag under vardagar använder dator, mobil, läsplatta eller liknande för att kommunicera med andra, via till exempel Facebook, har en högre andel som sover lite, det vill säga sex timmar eller mindre (tabell 6). Detta gäller både flickor och pojkar. Pojkar som spelar spel nästan varje dag på dator eller liknande sover också i större utsträckning få timmar.

Tabell 6. Andel (%) som använder mobil, dator, läsplatta, TV eller liknande för att kommunicera med andra eller spela spel nästan varje dag i förhållande till antal timmar eleverna sover under vardagar.

Sover på vardagar:	Flickor		Pojkar	
	Kommunicerar	Spelar spel	Kommunicerar	Spelar spel
< 7 timmar	89	28	84	68
7–8 timmar	85	29	78	63
> 8 timmar	75	29	66	59

Preventivmedel

Många använder inte preventivmedel

Cirka tre av tio i årskurs nio och sex av tio i år två på gymnasiet har haft samlag. Av dem är det 20 procent både bland tjejer och killar i nian som inte använde något preventivmedel vid sitt senaste samlag. I gymnasiet är motsvarande andel 13 respektive 19 procent. Detta är siffror som är relativt oförändrade sedan år 2005. En delförklaring till att så pass många inte har använt preventivmedel är att samlag inte är något som man har planerat för. Närmare var fjärde tjej svarar att första gången de hade samlag var det något som bara blev så och bland killarna är det 17 procent. Åtta procent av flickorna anger att de gjorde det fast de inte ville eller att de blev tvingade till det. Motsvarande andel är två procent bland pojkarna. Majoriteten svarar dock att det första samlaget var något som de verkligen ville eller ville ganska mycket.

Hälsa

Ungdomarna har svarat på frågor om både sin fysiska och psykiska hälsa. I detta avsnitt redovisas hur de upplever sin allmänna hälsa, olika symtom och besvär och tandhälsa. Sist beskrivs ungdomarnas tro på framtiden.

Killar mår bättre än tjejer

Svenska ungdomar har generellt sett en god allmän hälsa, vilket också gäller ungdomarna i den här undersökningen. På frågan "Hur mår du rent allmänt?" svarar killar i högre grad än tjejer att de mår bra eller mycket bra (diagram 45). Det skiljer 20 procentenheter mellan pojkar i sjuan, som är de som har högst andel med god hälsa, och flickor i nian som har lägst.

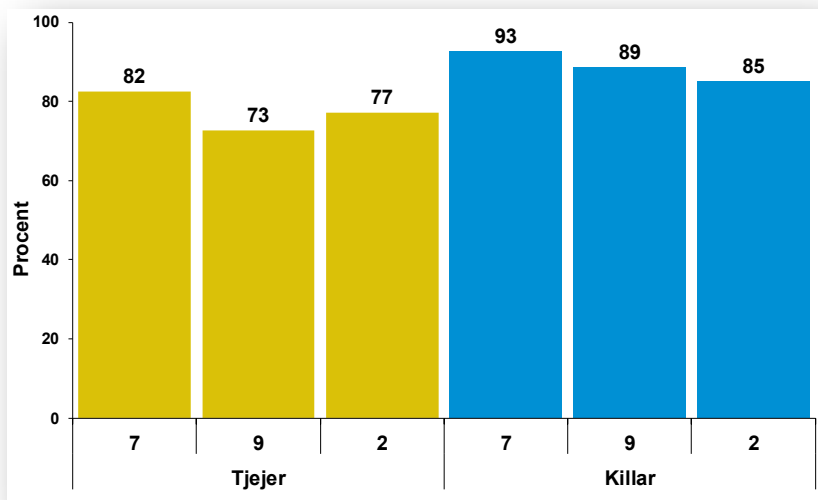


Diagram 45. Andel (%) som mår bra/mycket bra.

Jämfört med år 2005 har det inte skett några stora förändringar i hälsoläget, även om en viss förskjutning kan märkas från 2011 till 2014 från att instämna i svarsalternativet mycket bra till att istället svara bra.

"Har problem med ryggen så det gör att jag blir arg väldigt ofta, för att jag blir trött osv."



"En del lärare är dåliga på att hjälpa barn med ADHD, jag tycker de borde veta mer om hur det är att ha ADHD..."

Sämre hälsa hos elever med funktionsnedsättning

Drygt var femte elev anger att de har någon av följande funktionsnedsättningar: "Hörselnedsättning", "Synnedsättning där glasögon eller linser inte hjälper", "Rörelsehinder", "Lässvårigheter, skrivsvårigheter, dyslexi", "ADHD, Asperger, Tourettes eller liknande", "Annan funktionsnedsättning" (diagram 46). Läs- och skrivsvårigheter är det mest förekommande bland båda könen. Synnedsättning är något vanligare bland flickor och hörselnedsättning och ADHD/Asperger/Tourettes är något vanligare bland pojkar.

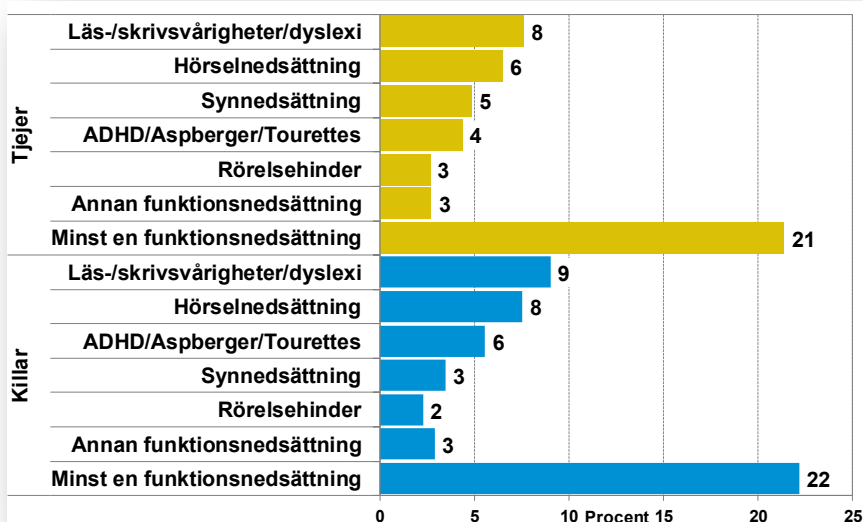


Diagram 46. Andel (%) som har någon form av funktionsnedsättning.

Upp till tre procent av eleverna anger att de har en svår funktionsnedsättning. De högsta andelarna anges av flickor i gymnasiet med hörselnedsättning samt av flickor och pojkar i gymnasiet med läs-/skrivsvårigheter/dyslexi.

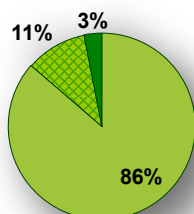
Den vanligaste nedsättningen, läs-/skrivsvårigheter/dyslexi ökar något med stigande ålder, från sex till nio procent bland flickor och från åtta till tio procent bland pojkar (tabell 7). Även hörsel- och synnedsättning blir vanligare med åldern, vilket även gäller för pojkar med ADHD eller liknande. Detta sammantaget resulterar i att andelen elever med minst en funktionsnedsättning ökar mellan sjuan och gymnasiet från 17 till 25 procent bland tjejer och från 19 till 27 procent bland killar.

Tabell 7. Andel (%) med olika funktionsnedsättningar.

	Flickor			Pojkar		
	7	9	2	7	9	2
Läs-/skrivsvårigheter/dyslexi	6	7	9	8	9	10
Hörselnedsättning	5	7	7	6	7	9
Synnedsättning	4	5	6	3	3	5
ADHD/Aspberger/Tourettes	4	5	4	4	6	7
Rörelsehinder	3	3	2	3	2	2
Annan funktionsnedsättning	2	3	3	3	3	3
Minst en funktionsnedsättning	17	23	25	19	21	27

Ungdomar med funktionsnedsättning har en betydligt lägre andel med god hälsa än de som inte har någon nedsättning (diagram 47). Det är även tre gånger vanligare med dålig hälsa bland de som har en funktionsnedsättning jämfört med de som inte har det.

Har ingen funktionsnedsättning



Har funktionsnedsättning

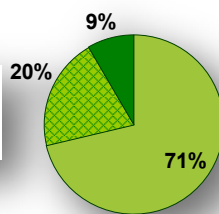


Diagram 47. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar utan respektive med någon form av funktionsnedsättning.

Många har någon form av allergi

Drygt var femte elev rapporterar att de har allergiska ögon- eller näsbesvär (diagram 48). Dessa besvär är något vanligare bland killar. Nickelallergi och eksem däremot förekommer mest hos tjejer. Bland tjejer följer därefter astma och födoämnesallergi. Även bland killar är astma vanligt, följt av eksem och födoämnesallergi. Ungdomarna har även fått ange om de har lätta eller svåra besvär av de angivna tillstånden, och i samtliga fall rör det sig till största delen om lätta besvär.

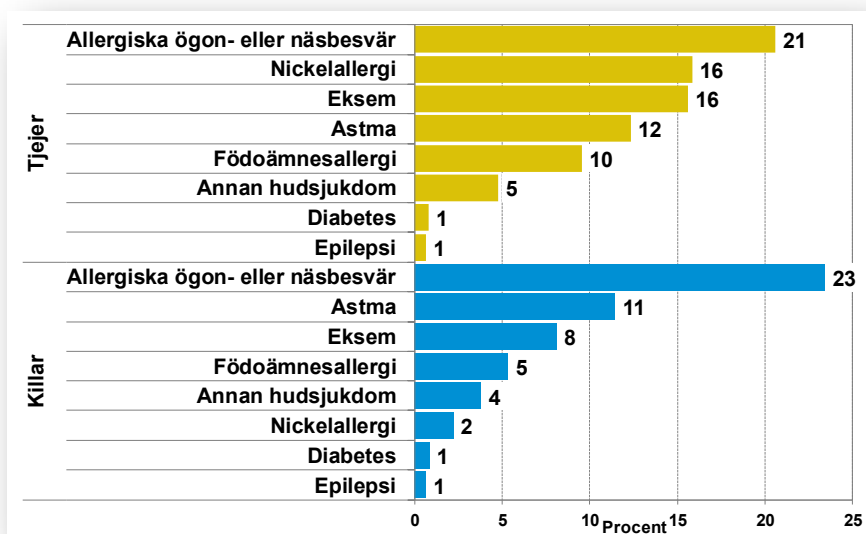


Diagram 48. Andel (%) som ofta eller alltid de tre senaste månaderna något av ovanstående sjukdomar/besvär.

Flertalet upplever en god tandhälsa

De flesta elever skattar sin tandhälsa som ganska eller mycket bra. Det finns dock en skillnad mellan könen, då tjejer i större utsträckning upplever en god tandhälsa jämfört med killar (diagram 49). I skolår sju rör det sig om en skillnad på sex procentenheter. I skolår nio är skillnaden sju procentenheter och i gymnasiet har skillnaden ökat till tio procentenheter. Ett fåtal elever, tre procent, anger att de har en ganska eller mycket dålig tandhälsa. Det är något vanligare att pojkarna svarar så. Det stora flertalet går till tandläkaren/tandhygienisten regelbundet när de blir kallade.

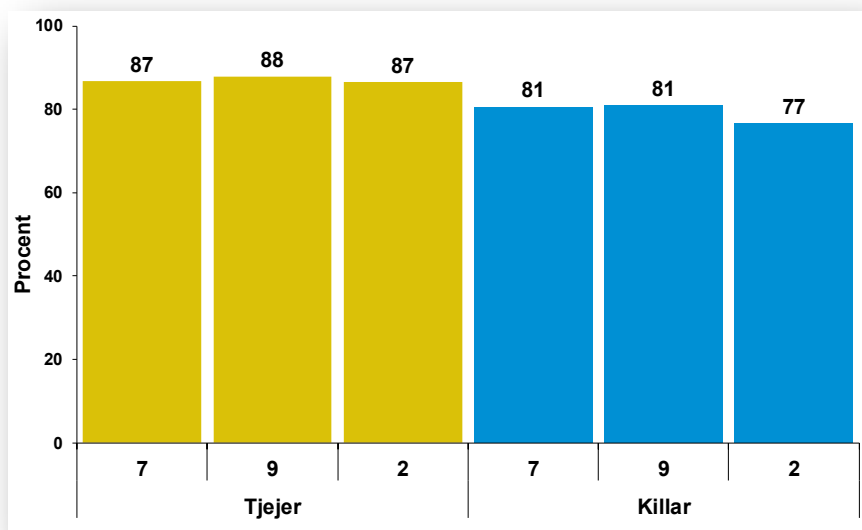


Diagram 49. Andel (%) med god tandhälsa.

Förutom att det skiljer i andel med god tandhälsa mellan tjejer och killar finns även ett samband mellan tandhälsa och den allmänna hälsan (diagram 50). Det är 85 procent av ungdomarna som tycker att de har en god tandhälsa som även skattar sin allmänna hälsa som god. Motsvarande andel bland de med dålig tandhälsa är 70 procent. Ett liknande mönster gäller även för dålig hälsa.

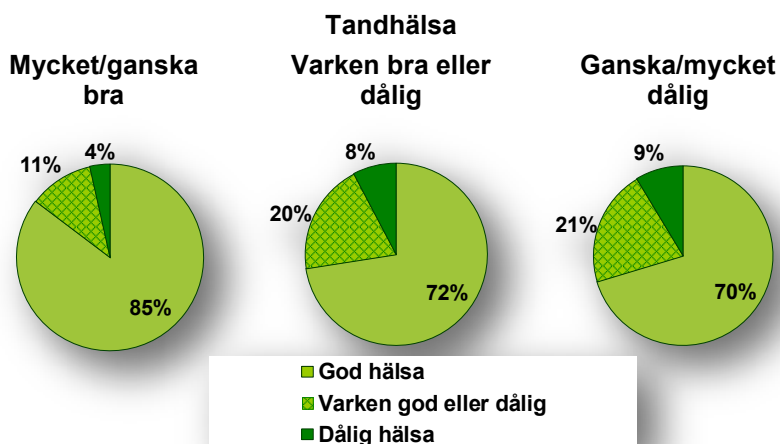


Diagram 50. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar med olika tandhälsa.

Symtom och besvär vanligare hos tjejer

Huvudvärk, värk i axlar/skuldror/nacke och ont i magen är mycket vanligare bland flickor än pojkar (diagram 51). Det är minst dubbelt så hög andel tjejer som uppger att de ofta eller alltid under de tre senaste månaderna haft de uppgivna besvären. Även migrän och värk i händer/knän/ ben/ fötter är vanligare bland tjejer. Som tidigare nämnts är också orolig sömn vanligare hos flickor. Det har inte skett några större förändringar jämfört med år 2005.

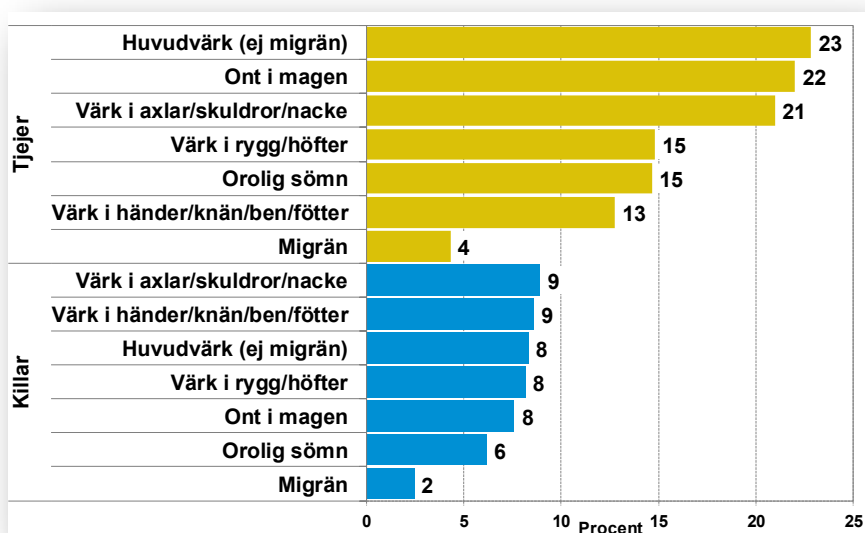


Diagram 51. Andel (%) som ofta eller alltid de tre senaste månaderna haft någon av ovanstående besvär.

"Jag mår så dåligt man bara kan göra just nu!! Har ingen att berätta det till."



Stress, ängslan/oro, nedstämdhet och irritation är något som flickor känner i klart högre grad än pojkar (diagram 52). Det är mer än dubbelt så vanligt att de under de senaste tre månaderna ofta eller alltid har haft sådana känslor. Positiva känslor såsom att ha känt sig lycklig, att ha kontroll och att vara avslappnad och lugn är däremot vanligare bland killar. Stress och ängslan/oro är något som ökar successivt från skolår sju till år två på gymnasiet. Känslan av att vara stressad har även ökat mellan åren 2005 och 2014 bland flickor i skolår sju.

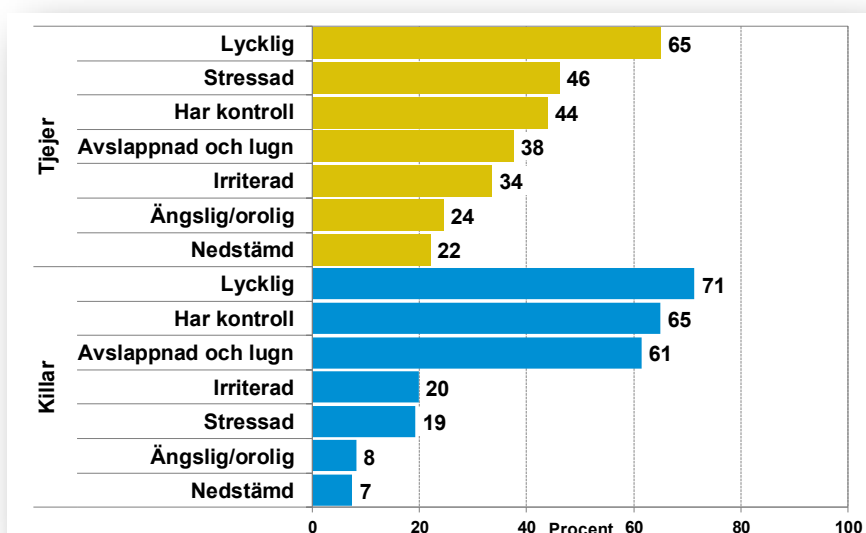


Diagram 52. Andel (%) som ofta eller alltid de tre senaste månaderna känt ovanstående känslor.

På frågan "Hur nöjd är du med ditt liv?" svarar merparten av eleverna att de är väldigt nöjda eller nöjda. Men det finns skillnader mellan könen, det är vanligare att pojkarna är nöjda. Störst är skillnaden i skolår nio där 71 procent av flickorna säger sig vara nöjda mot 86 procent av pojkarna. I skolår nio återfinns även den största andelen som svarar att de är missnöjda eller väldigt missnöjda, och det gäller sju procent av flickorna.

God psykisk hälsa vanligare bland pojkar

Det är ungefär dubbelt så vanligt bland killar än bland tjejer med god psykisk hälsa (diagram 53). Psykisk hälsa mäts här 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.

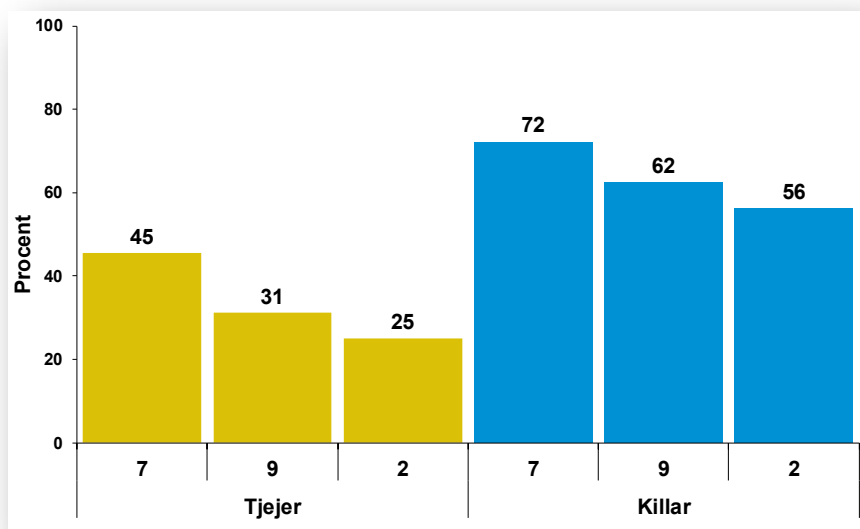


Diagram 53. Andel (%) med god psykisk hälsa.

Förhållandet att killar har dubbelt så god psykisk hälsa som tjejer har varit likartat sedan Liv & hälsa ung-undersökningarna genomfördes för första gången år 2005 (diagram 54). Mellan åren 2005 och 2007 ökade andelen med god psykisk hälsa för att mellan 2007 och 2011 åter sjunka något. År 2014 har det återigen skett en viss ökning. Under perioden har andelen ökat mest, sju procentenheter, bland killar i skolår 7. Andelen med god psykisk hälsa fortsätter dock att sjunka bland tjejer i skolår 7. Trots detta är andelen, oavsett kön och skolår, några procentenheter högre år 2014 än 2005.

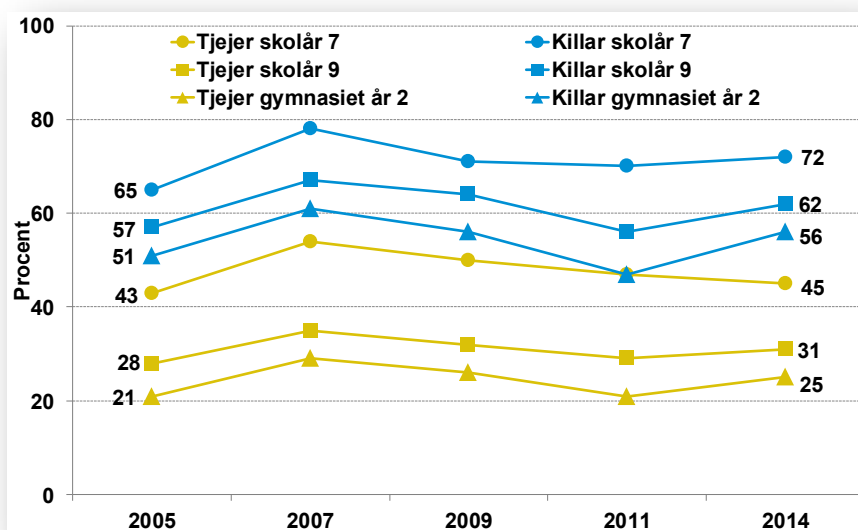


Diagram 54. Andel (%) med god psykisk hälsa 2005–2014.

Majoriteten ser ljust på framtiden

De allra flesta ser mycket eller ganska ljust på framtiden för sin personliga del, och den andelen har ökat något mellan åren 2005 och 2014. Killarna har i alla årskurser en högre andel som ser ljust på framtiden jämfört med tjejerna (diagram 55). Mest framtidstro har eleverna i sjuan, speciellt gäller det pojkarna där det stämmer in för nio av tio.

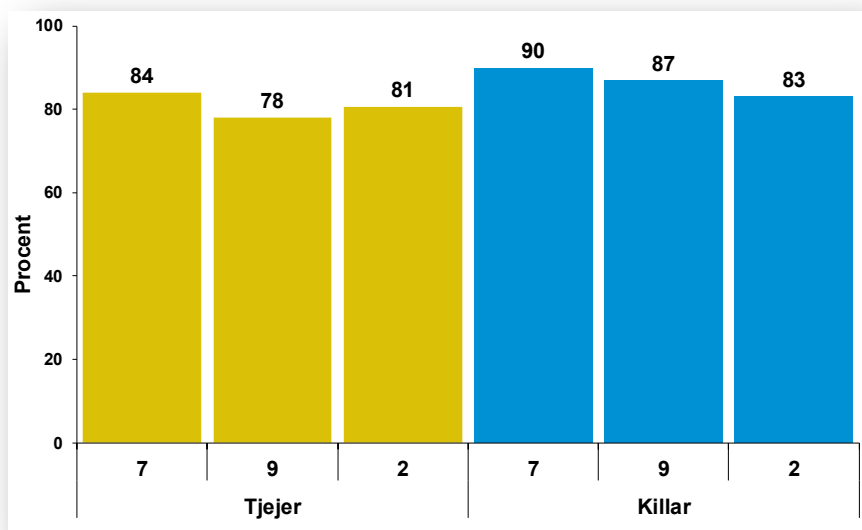


Diagram 55. Andel (%) med ljus framtidstro.



"Jag vill bli fotbollsproffs,
och det ska jag bli."

Det finns ett starkt positivt samband mellan framtidstro och hälsa (diagram 56). Det är mer än tre gånger så vanligt med god hälsa bland de ungdomar som har en ljus framtidstro än bland dem som har en mörk sådan. Dessutom uppger fyra av tio som har mörk framtidstro att de har dålig hälsa, medan motsvarande andel bland de med ljus är två procent.

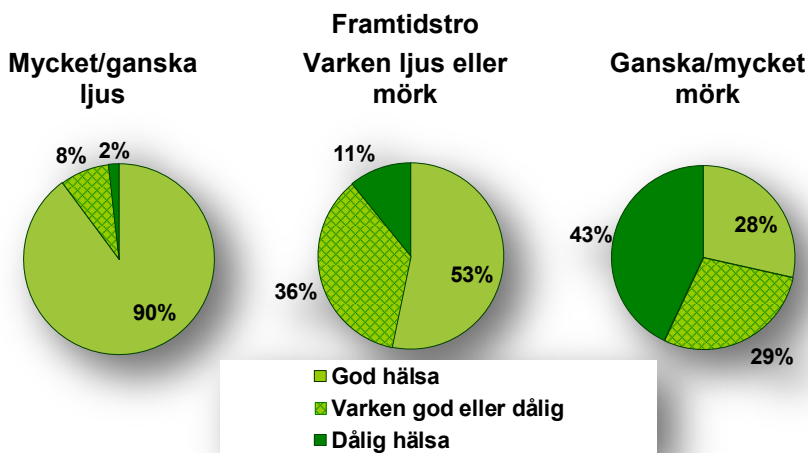


Diagram 56. Fördelning av allmänt hälsotillstånd för ungdomar med olika framtidstro.



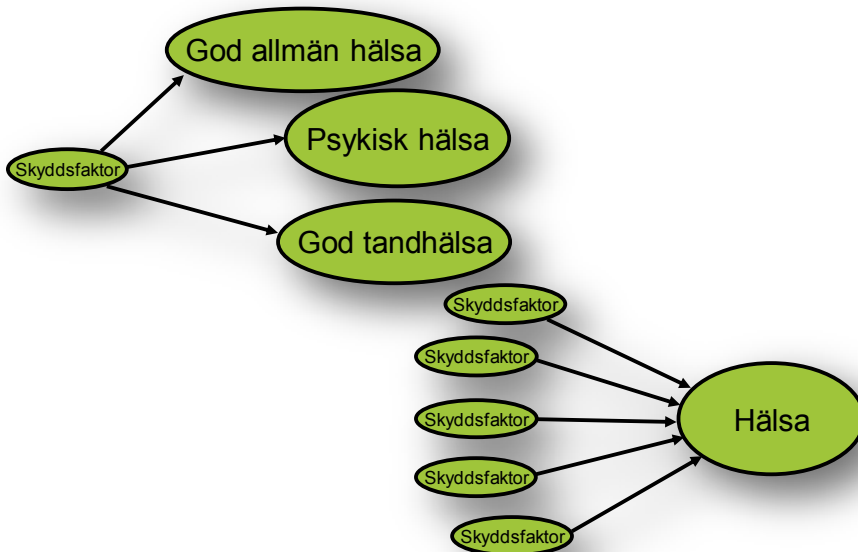
"Jag har ju alla förutsättningar i hela
världen att ta mig dit jag vill...
Men man kan må dåligt fast man
har det så bra."

Skydds- och riskfaktorer

Hälsan hänger nära ihop med såväl livsvillkoren som levnadsvanorna. Inom folkhälsoarbetet används ofta två nyckelbegrepp, nämligen skydds- respektive riskfaktorer.

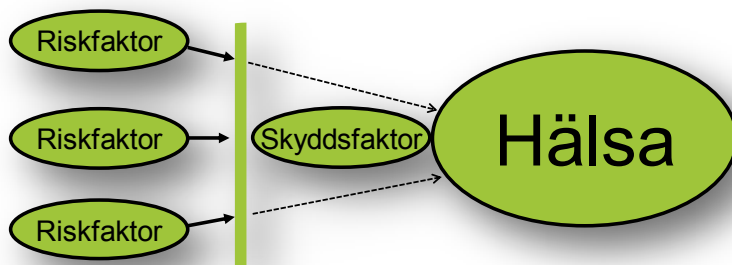
Att främja hälsa och förebygga ohälsa

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. En enskild skyddsfaktor kan verka som ett skydd för flera olika hälsoutfall (figur 1). Det kan även vara så att det finns olika faktorer som var för sig agerar som skydd och därmed påverkar hälsan oberoende av varandra men med en förstärkande effekt. Detta gäller på motsvarande sätt även för riskfaktorer.



Figur 1. Schematisk beskrivning över hur en skyddsfaktor kan påverka flera olika hälsoutfall och hur flera olika skyddsfaktorer kan påverka samma hälsoutfall.

En skyddsfaktor kan förutom att den i sig påverkar hälsan positivt även verka skyddande mot en eller flera riskfaktors negativa påverkan på hälsan (figur 2). Till exempel kan en skyddsfaktor som att ha en nära vän att anförtra sig åt verka skyddande för individen. Detta trots förekomst av en riskfaktor som att ha blivit utsatt för upprepade kränkningar av någon eller några skolkamrater eller någon vuxen (mobbad).



Figur 2. Schematisk beskrivning över hur en skyddsfaktor kan skydda mot riskfaktors påverkan på hälsoutfallet.

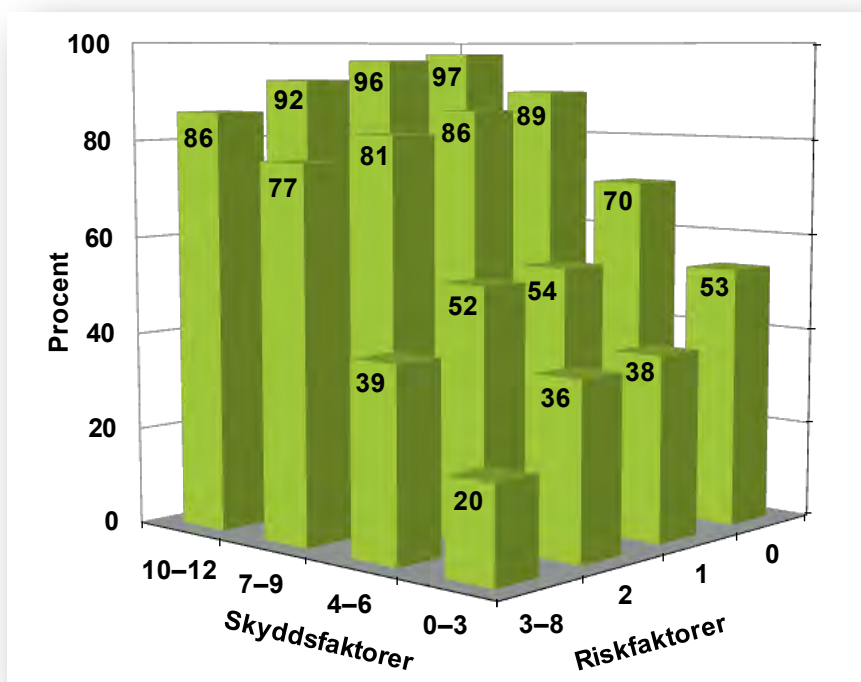
Flertalet av de bestämningsfaktorer som redovisas kan också utgöra såväl skydds- som riskfaktorer beroende på hur de definieras. Exempelvis kan skoltrivsel ses som något positivt och alltså vara en skyddsfaktor. Å andra sidan kan vantrivsel vara en riskfaktor.

Ju fler skyddsfaktorer desto bättre hälsa

För att studera sambandet mellan skyddsfaktorer, riskfaktorer och den allmänna hälsan har ett antal frågor valts ut. Det är frågor som visat sig vara goda indikatorer för både allmän och psykisk hälsa i tidigare analyser av Örebro läns folkhälsoundersökningar bland såväl ungdomar (Liv & hälsa ung) som vuxna (Liv & hälsa/Hälsa på lika villkor). En mer utförlig definition av de olika skydds- och riskfaktorerna återfinns i bilaga 1 längst bak i rapporten.

Ett sätt att studera sambanden är se hur antalet skydds- och riskfaktorer hänger samman med ungdomars hälsa. I figur 3 har ungdomarna delats in i olika grupper beroende på hur många skydds- och riskfaktorer de har. Andelen med god hälsa har därefter beräknats för de olika grupperna.

Endast 20 procent bland de ungdomar som har flest riskfaktorer och minst antal skyddsfaktorer har god hälsa. Detta kan jämföras med gruppen som har lika många riskfaktorer men samtidigt flest skyddsfaktorer. Bland dessa är andelen med god hälsa 86 procent, vilket är mer än fyra gånger så högt som i den förra gruppen. I de grupper som har färre skyddsfaktorer, 0–6 stycken, sjunker andelen med god hälsa desto fler riskfaktorer man har. Detta mönster är dock inte lika uttalat bland de ungdomar som har fler skyddsfaktorer (7–12 stycken).



Figur 3. Andel ungdomar med god hälsa indelat i olika grupper med olika antal skydds- och riskfaktorer.

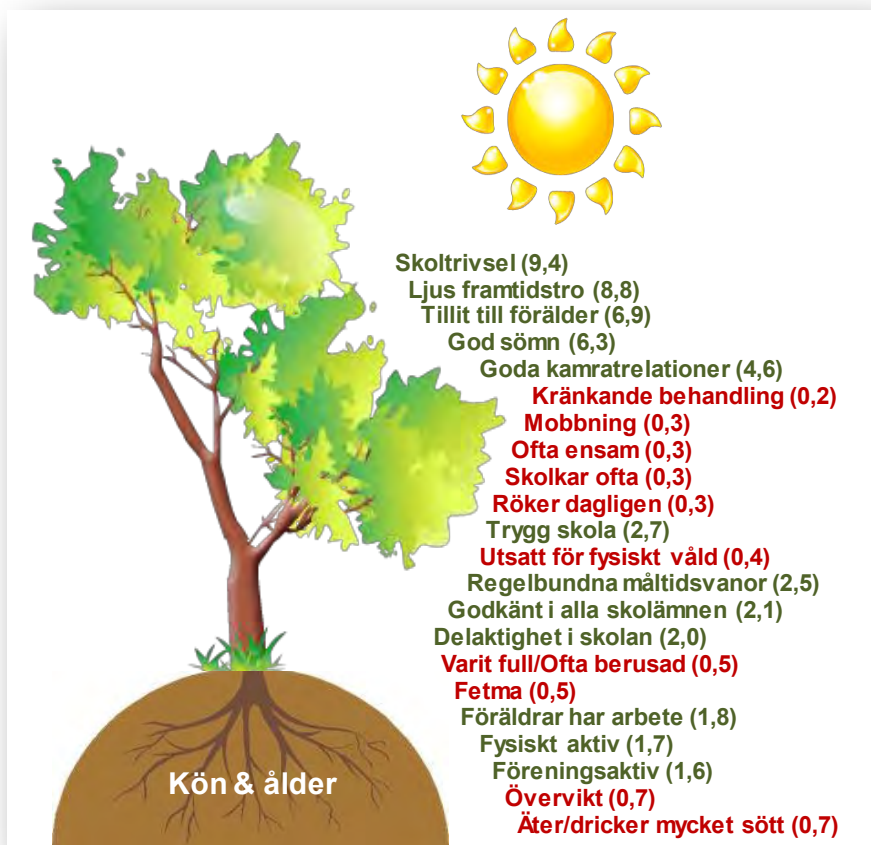
De starkaste sambanden

Många av de faktorer som samvarierar med hälsan kan sinsemellan ha starka samband. Det sambandsmått som man får i en så kallad logistisk regression visar inverkan av en faktor, med hänsyn tagen till de andra faktorerna i modellen och man kan på så sätt se vilka faktorer som samvarierar starkast med utfallsmåttet. I detta avsnitt är utfallsmåttet ungdomarnas självskattade allmänna hälsotillstånd.

I figur 4 illustreras sambanden mellan alla skydds- och riskfaktorer och den goda hälsan grafiskt. Faktorerna är rangordnade efter hur starkt det statistiska sambandet är med att ha svarat "bra" eller "mycket bra" på frågan om hur man mår rent allmänt. Sambandet är justerat för kön och ålder men tar inte hänsyn till om personen har någon av de övriga faktorer som ingår i figuren. I anslutning till varje faktor redovisas en så kallad oddskvot för att ha god hälsa. Om oddskvoten är *större än ett* innebär detta att de som har faktorn har ett högre odds att ha god hälsa än de som inte har faktorn, *ju högre odds desto starkare positivt samband med hälsan*. På motsvarande sätt innebär en oddskvot *under ett* att de som har den faktorn har ett lägre odds att ha god hälsa, *ju lägre odds desto starkare negativt samband med hälsan*.

Det är framför allt fem skyddsfaktorer som visar på mycket starka samband med en god hälsa och som därför kan ses som speciellt viktiga (figur 4). Det är omkring nio gånger så vanligt med en god hälsa bland de ungdomar som *trivs i skolan* respektive har en *ljus framtidstro* jämfört med dem som inte har det. De som instämmer i påståendet: "Jag kan alltid lita på någon av mina föräldrar när det verkligen gäller", det vill säga de som har *tillit*, har nära sju gånger högre odds att ha god hälsa. Ungdomar med god *sömn* har mer än sex gånger så högt odds att ha god hälsa jämfört med dem som inte har det. Även de som har *kamrater* i skolan som vill vara med dem har ett starkt positivt samband med god hälsa.

De riskfaktorer som är starkast kopplade till att ha lägre odds för att ha en god hälsa är att: ha blivit *kränkt* av någon vuxen i sin närhet utanför skolan, ha varit utsatt för *mobbning*, vara *ensam* ofta, *skolka* ofta eller *röka* dagligen (figur 4).



Figur 4. Illustration av det statistiska sambandet (oddskvoter) mellan de olika skydds- och riskfaktorer och hälsa justerat för kön och ålder. Ju högre upp en faktor finns desto starkare är det statistiska sambandet.

I tabell 8 redovisas signifikanta oddskvoter för skydds- och riskfaktorerna utifrån en multivariat modell. Genom en sådan analysmodell kan man se vilka av faktorerna som har det starkaste statistiska sambandet med att ha en god hälsa samtidigt som man tar hänsyn till alla andra faktorerers samtidiga påverkan.⁶

De faktorer som på detta sätt visat sig starka hos både tjejer och killar är skolår, framtidstro, skoltrivsel, god sömn, tillit till någon förälder och att vara ensam ofta. Bland tjejer och i den gemensamma analysen är även rökvanor respektive måltidsvanor och föräldrar som arbetar starka risk- respektive skyddsfaktorer. Att ha blivit utsatt för fysiskt våld är en riskfaktor som går åt förväntat håll för killar, det vill säga de som har varit utsatta för våld har lägre odds att ha god hälsa. Däremot är förhållandet det omvända för tjejernas del, vilket kan förklaras med övriga faktorer som ingår i modellen men dock inte har statistiskt signifikanta oddskvoter som exempelvis förekomst av kränkande behandling, mobbning och trygghet i skolan. I den gemensamma analysen har dessutom tjejer ett lägre odds än killar samt mobbade och överviktiga lägre odds att ha en god hälsa.

⁶ För en mer utförlig beskrivning av de olika analyserna, se bilaga 1, tabell b3.

Tabell 8. Signifikanta oddskvoter (OR) för bra/mycket bra allmänt hälsotillstånd.*

	Tjejer OR	Killar OR	Totalt OR
Kille (ref)			
Tjej			0,6
Skolår 7 (ref)			
Skolår 9	0,7	0,6	0,7
Gymnasiet år 2		0,4	0,7
Ljus framtidstro	4,4	3,7	4,2
Trivs bra i skolan	3,2	5,3	3,9
Sällan/aldrig orolig sömn	3,6	2,8	3,3
God tillit till förälder	2,4	4,1	2,8
Ensam nästan varje dag	0,6	0,5	0,5
Röker dagligen	0,5		0,5
Regelbundna måltidsvanor	1,6		1,5
Mobbad			0,7
Övervikt			0,7
Två föräldrar arbetar	1,3		1,3
Utsatt för fysiskt våld	1,7	0,6	

*Övriga faktorer som ingår i modellen är: Kamratrelationer, Kränkande behandling, Skolk, Trygghet i skolan, Godkänt i alla skolämnen, Delaktighet i skolan, Alkoholvanor, Under-vikt/Fetma, Fysisk aktivitet, Föreningsaktivitet samt Konsumtion av sött

Sammanfattning och förslag på insatser

Denna rapport visar på hur ungdomar upplever sina livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Här sammanfattas några av resultaten, olika möjligheter som finns att förbättra ungdomarnas situation samt vilka insatser som pågår eller bör göras.

Insatser på olika nivåer

Insatser för att främja god hälsa, att öka antalet skyddsfaktorer och minska antalet riskfaktorer, kan ske på olika sätt. De olika nivåer som insatser kan genomföras på, illustreras i preventionspyramiden⁷ (figur 5).

Den nedersta delen i pyramiden, *universell nivå*, representerar hälsofrämjande insatser som riktas till alla barn och unga utan hänsyn till riskfaktorer. Den *selektiva nivå* vänder sig till grupper av individer utifrån någon gemensam riskfaktor.

Syftet är att hindra barn och unga i riskzonen att utveckla olika typer av problem. Den *indikerade nivå* innehåller insatser som vänder sig till individer som löper stor risk att utveckla ohälsa eller problembeteende.

De effektivaste hälsofrämjande insatserna riktar sig sällan direkt till den enskilda individen utan till de strukturer eller verksamheter individen befinner sig i. Det grundläggande är insatser på universell



Figur 5. Preventionspyramiden.

⁷ Sveriges kommuner och landsting (2008) Rätt insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa – Rapport S2007/5696/HS.

nivå, att förbättra individernas livsvillkor genom ett gott föräldraskap och trygg ekonomi, en bra förskola, skola och fritid, en god hälso- och sjukvård, att känna framtidstro och en känsla av sammanhang (KASAM⁸). Utifrån ett folkhälsoperspektiv handlar det om att minska de skillnader i hälsa som finns och att verka för en god och jämlik hälsa. Att utjämna skillnaderna minskar också risken för individen att hamna i ett utanförskap. Det behöver genomföras på ett hållbart och långsiktigt sätt för en stabil samhällsutveckling som tar hänsyn till de behov som finns utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov.⁹ Regionens folkhälsoplan¹⁰ och de folkhälsoavtal som finns mellan Region Örebro län och länets kommuner samt ideella organisationer är exempel på ett sådant arbete.

För att uppnå en mer jämlik hälsa behövs ett aktivt främjande arbete för att stärka hälsan hos individen och ge möjlighet till delaktighet och tilltro till den egna förmågan. Insatser behöver anpassas beroende på faktorer som till exempel kön, ålder, funktionsnedsättning, etnicitet eller socioekonomi. I arbetet med en förbättrad folkhälsa är det även viktigt att utgå från barnrättsperspektivet samt ha ett genusperspektiv där man tar hänsyn till kvinnors och mäns olika sociala situation och grad av makt och inflytande.

Barn och ungas välfärd och hälsa är en investering för framtiden

Barnkonventionen innehåller 54 artiklar som alla är viktiga och utgör en helhet, men det finns fyra grundläggande och vägledande principer som alltid ska beaktas när det handlar om frågor som rör barn (artiklarna 2, 3, 6, 12).

- Alla barn har samma rättigheter och lika värde.

⁸ KASAM är ett begrepp vilket myntades av Aaron Antonovsky och omfattar tre delkomponenter. En grundläggande upplevelse av att det som sker i och utanför individen är förutsägbart, begripligt och strukturerat (*begriplighet*) och att de resurser dessa skeenden kräver finns tillgängliga (*hanterbarhet*) samt att livets utmaningar är värda att investera sitt engagemang i (*meningsfullhet*).

⁹ Samling för social hållbarhet (2013) *Gör jämlikt – gör skillnad. Samling för social hållbarhet gör skillnad*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

¹⁰ Örebro läns landsting (2012) *Folkhälsoplan med folkhälsopolitiska mål. En god och jämlik hälsa i Örebro län 2012-2015*. Örebro

- Barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barn.
- Alla barn har rätt till liv och utveckling.
- Alla barn har rätt att uttrycka sin mening och få den respekterad.

I regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter står bland annat att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och levnadsvillkor och det ska ligga till grund för beslut och prioriteringar och stärkas via samverkan. Beslut och åtgärder som rör barn ska följas upp och utvärderas utifrån ett barnrättsperspektiv.¹¹ Därför är det viktigt att politiker och tjänstemän har tillgång till relevant information som beskriver barn och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.

Ledning, styrning och insatser sträcker sig över flera verksamhetsområden och huvudmän där helhetsperspektivet och långsiktigheten är av största vikt för att möta utmaningarna att förbättra barn och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Samordning inom dessa områden är avgörande för ett framgångsrikt resultat. Detta ställer krav på en väl fungerande samverkansorganisation både på politisk, tjänstemanna- och verksamhetsnivå. Samverkan bör ske mellan såväl region och kommun som ideell och privat sektor.¹²

Samhällskostnaden för ett barn från att det föds till att det går ut gymnasiet är 3,5 miljoner kronor enligt nationalekonomen Anders Wadeskogs beräkning från 2011.¹³ Det är viktigt att dessa pengar används på bästa sätt och att barn med särskilda behov får rätt insatser så att den investering som görs förvaltas.

Tidiga insatser för barn och unga bör ses som en investering och inte bara betraktas som en kostnad och en utgiftspost. Sociala investeringar av det här slaget ger långsiktiga effekter för både individ och samhälle. För att lyckas med detta behövs rätt insats på rätt nivå vid rätt tidpunkt.

¹¹ Socialdepartementet (2014) *Konventionen om barnets rättigheter. Med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Stockholm: Regeringskansliet.

¹² Lageer Millton S., Melbi M., Roxell S. (2013) *Barn och unga här, nu och framåt. Ledning och styrning av barn- och ungdomsfrågor*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

¹³ Beräknat på den sammanlagda kostnaden för föräldraledighet (för låg inkomst), genomsnittskostnad för förskola och skola samt Swedbanks beräkningar på hushållsutgifter för barn och tonåringar.

Det kräver god utvärdering av metoder och en aktiv styrning och ledning. Ett investeringstänkande i ekonomiska termer tydliggör och ställer krav på behovet av synkronisering mellan aktörer då kostnader och vinster fördelas olika mellan och inom dessa aktörer. Ett gemensamt synsätt är att vinsten för samhället som helhet är viktigare, än vilken verksamhet eller organisation som tar kostnaden av insatsen.¹⁴

Gruppen som helhet jämfört med utsatta grupper

Det är viktigt att poängtera att denna rapport fokuserar på gruppen ungdomar som helhet, även när det gäller förslag på insatser. Resultatet visar att unga som är mest riskutsatta också upplever en sämre hälsa. För att få en heltäckande bild av den grupp ungdomar som behöver stöd och hjälp från samhället, behövs kompletterande statistik och information från verksamheter som möter dessa individer, vilket inte tas upp i denna rapport.

Livsvillkor

Familjen är barnets viktigaste skyddsfaktor

De flesta ungdomar bor med båda sina föräldrar. Omkring 10 procent av eleverna i grundskolan och 14 procent av gymnasieeleverna bor med en ensamstående förälder. Att ha god hälsa är vanligare bland de med två förvärvsarbetande föräldrar jämfört med elever med en eller ingen förälder som arbetar. En övervägande majoritet av eleverna anser att de alltid kan lita på någon av föräldrarna när det verkligen gäller och de allra flesta tycker om att vara med sina föräldrar.

¹⁴ Psyknrapport 1:2012 (2012) *Vänta inte! Guide för investeringar i tidiga insatser för barn och unga*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Familjens ekonomi, relationer, hur och var man bor påverkar barn och ungas hälsa och levnadsvanor. Barnfattigdom är, enligt Rädda barnens definition, ett begrepp som innebär att människor med knappa ekonomiska resurser är fattiga i jämförelse med den stora majoriteten i samhället. Denna skillnad påverkar ett barns självbild och uppfattning om sina möjligheter och sin plats i samhället, vilket kan leda till både ett socialt och ett ekonomiskt utanförskap. För att motverka detta behöver samhället göra långsiktiga insatser gällande arbetsmarknadspolitik, integration, hälso- och sjukvårdsfrågor, socialförsäkringar och i den ekonomiska familjepolitiken. Även mer tillfälliga insatser kan behövas som minskar konsekvenserna av att leva i en familj med svåra ekonomiska förutsättningar.¹⁵

Familjen och föräldrarna har störst betydelse för att ge barnen ett gott liv och en bra start. Föräldrarna bidrar till barnens fysiska och psykiska hälsa samt sociala förmåga. Föräldrastöd¹⁶ är ett brett begrepp och innefattar grundläggande skydd från samhället såsom föräldraförsäkring och barnbidrag. Det innefattar även det informella nätverket samt det strukturerade utbudet som samhället erbjuder såsom föräldragrupper, föräldrarådgivning eller föräldrastödsprogram.

Det övergripande målet i föräldrastödsarbetet innebär att alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd under barnets hela uppväxttid (0–18 år). Utgångspunkten bör vara ett universellt föräldrastöd där alla föräldrar erbjuds samma möjligheter till stöd och hjälp och att barnrättsperspektivet samt det jämställda föräldraskapet är i fokus. Aktiviteterna bör bygga på forskning och beprövad erfarenhet om vad som främjar relationen mellan föräldrar och barn samt om vad som främjar barns fysiska och psykiska hälsa och/eller emotionella, kognitiva och sociala

¹⁵Rädda barnen Örebro län (2014) *Fakta om barnfattigdom i Sverige och Örebro län*. Örebro: Rädda Barnen.

¹⁶ Föräldrastöd är enligt regeringens definition en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och eller stärker föräldrars sociala nätverk.

utveckling.¹⁷ Insatser kring föräldrastöd i regionen utgår från de nationella målen och innefattar:

- Att regionen bidrar med samordning av olika aktörer inom området via nätverk och att insatserna är en del i att öka förutsättningarna för ett likvärdigt stöd i regionen.
- Att det regionala nätverket tillsammans erbjuder kunskap- och metodstöd till länets föräldrastödsaktörer genom att skapa utbildning och mötesplatser.
- Att det finns familjecentraler¹⁸ som kan främja en god hälsa hos barn och föräldrar utifrån hela familjens livssituation. Dessa verksamheter har en unik möjlighet att nå alla föräldrar med barn i åldrarna 0-6 år, erbjuda lättillgängligt stöd och vara ett kunskaps- och informationscentrum.

Om hemmet är en otrygg miljö

De allra flesta ungdomar känner sig alltid trygga i hemmet men det finns en mindre grupp som inte gör det.
Ungefär tio procent av flickorna och fem procent av pojkarna känner sig inte alltid trygga i sitt hem.

Den grupp barn och unga som upplever våld, missbruk eller psykisk ohälsa i hemmet lever i en mycket utsatt miljö. Det är av vikt att dessa förhållanden upptäcks tidigt för att stöd och hjälp ska kunna ges.

- I verksamheter som möter barn och unga behövs tydliga rutiner att upptäcka och identifiera, synliggöra och bekräfta dessa individer. Ett exempel på det är barnhälsovården i regionen som utvecklar en rutin kring tidig upptäckt genom att man ställer frågor om våld till vårdnadshavare vid besök på vårdcentraler.

¹⁷ Folkhälsomyndigheten (2014) *Vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete – Föräldrar spelar roll*. Östersund

¹⁸ Familjecentralen bör innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst.

- Socialtjänsten i flera kommuner erbjuder stödgrupper för barn och unga som har en förälder eller annan person i hemmet som missbrukar eller lider av psykisk ohälsa.
- På nätet kan barn och unga hitta stöd och hjälp med vart de kan vända sig. Exempelvis finns 1177.se "Ung och mår dåligt", kuling.nu en sida för barn eller unga som har en psykiskt sjuk förälder samt umo.se som är ungdomsmottagningarnas hemsida med information om det mesta som rör ungdomars hälsa, sex men även relationer.

Förebygga kränkningar och våld

En av fem elever i grundskolan har någon gång blivit kränkt på nätet och det är vanligare bland tjejer. Att bli kränkt sexuellt är betydligt vanligare bland flickor än bland pojkar. Pojkar utsätts i högre grad än flickor för våld, men det är vanligare att pojkar också utsätter andra för kränkningar av olika slag. Både gruppen som utsätts och den grupp som utsätter andra för våld har en sämre hälsa.

Det som sker på nätet är till stora delar positivt, men det finns också risker. Problem som internet skapar är framför allt kränkningar och näthat, men detta förekommer inte bara bland ungdomar utan i samhället i stort. Skolan ska arbeta främjande, förebyggande och åtgärdande när det gäller kränkningar som sker i skolan, vilket även innefattar en del av det som sker på nätet. Vuxna i samhället, både föräldrar och personal i verksamheter, behöver ha kunskap om den teknik som används av ungdomar. Precis som när det gäller många andra saker behöver föräldrar och andra vuxna prata och diskutera med barn och unga om vad de gör och upplever på nätet och att lära dem värna om sin egen och andras integritet.¹⁹

¹⁹ Dunkels E. (2012) *Vad gör unga på nätet?* Malmö: Gleerups utbildning AB.

Det saknas tydliga exempel på främjande insatser som specifikt inriktar sig mot våld eller utåtagerande beteende gentemot andra. Insatser behöver ha ett tydligt genusperspektiv för att kunna påverka grundläggande frågor som rör identitet, värderingar, normer och beteenden.²⁰ Den effektivaste främjande insatsen för att motverka att en individ utvecklar ett utåtagerande beteende är att stärka de skyddsfaktorer som finns genom att skapa de goda livsvillkor som främjar skyddsfaktorerna och minskar riskfaktorerna. Att barn och unga använder våld och hot kan vara ett tecken på ett underliggande problem. Oavsett orsak behöver de och deras föräldrar stöd, hjälp och insatser i ett tidigt skede i förskola eller skola, socialtjänst och hälso- och sjukvården.

Förskola och skola, en kompenserande skyddsfaktor

Skolk, som är vanligast i gymnasiet, har tydligt minskat och trenden är positiv även i skolår nio. I skolår sju ligger skolket på en stabil låg nivå. Åtta av tio elever trivs bra i skolan. Sedan år 2005 har andelen som trivts stadigt ökat. Känslan av trygghet i skolan har också ökat under perioden. Att bli utsatt för mobbning är vanligare i grundskolan jämfört med gymnasiet. Det finns samband mellan lärares förväntningar och elevernas betyg, likaså lärares bemötande och elevernas hälsa. Upplevelsen av delaktighet i skolan kan ökas. De som är mest negativa i sin upplevelse inom alla områden i skolan är tjejer i nian.

Det finns ett starkt samband mellan lärande och hälsa. En bra hälsa är en viktig förutsättning för ett gott lärande, på samma gång som lärande är en viktig faktor till en positiv hälsoutveckling, de kompletterar och

²⁰ Ekman T. (2014) *Unga och våld*. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.

förstärker varandra.²¹ Att klara skolan är en väldigt viktig skyddsfaktor i livet. Förutom själva undervisningen är läraranas förhållningssätt, bemötande och förväntningar på att eleven ska lyckas i sitt skolarbete viktigt. Andra viktiga faktorer som har stor betydelse för att elever ska lyckas i sitt skolarbete och nå målen är att ha hög skolnärvaro, att känna trivsel, arbetsro och delaktighet. En bra skola kan med stor sannolikhet ha betydelse för att skapa faktorer som skyddar den enskilda individen i det framtida livet. Om skolan inte är bra kan den bli en riskfaktor i sig. Skolan är en viktig arena i samhället som på olika sätt kan påverka, kompensera och förbättra både elevernas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa samt skapa framtidstro.

Insatser i skolan bör göras på alla tre nivåer i *preventionspyramiden* och arbetet genomförs på ett systematiskt och långsiktigt sätt med fokus på att skapa en likvärdig skola. Det pedagogiska ledarskapet är en grundläggande faktor till att det arbetet fungerar och att skolan identifierar sina styrkor och utvecklingsområden så att arbetssätt och insatser anpassas efter det. Det behöver också skapas balans mellan akuta, förebyggande samt främjande insatser.

Den *universella nivån* handlar i första hand om att skapa en bra skola där förutsättningar för lärande finns och att elever når målen och klarar skolan. Detta nås genom att skapa en god lärmiljö genom utbildad personal som har ett gemensamt förhållningssätt och värdegrund. För att motverka otrygghet, diskriminering, trakasserier och kränkningar är det viktigt att skolan varje år tar fram en likabehandlingsplan enligt diskrimineringslagen och en plan mot kränkande behandling enligt skollagen med aktiva insatser och åtgärder som ska ske under varje läsår. En annan insats är att ha goda relationer med föräldrar för att skapa förutsättningar för samarbete mellan skola och hem. Delaktighet och att kunna påverka i skolan är viktigt för att eleverna ska få träning och kompetens i att praktiskt utöva demokrati och även för de

²¹ Björklund P., Cesares Ohlsson 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

demokratiska värden skolan ska förmedla. Detta skapar också en känsla av sammanhang.

Tidiga insatser för elever i riskzonen (*selektiv nivå*) som följs upp, utvärderas, anpassas och utvecklas i samverkan med barn och föräldrar, minskar risken att de utvecklar en problematik som i ett senare skede kan behöva mer omfattande insatser. Elevhälsan²² har en central roll i detta arbete. Ett tydligt exempel på det är att tidigt upptäcka elever med stor frånvaro och göra insatser för att bryta den negativa utveckling som kan leda till att eleven på sikt inte klarar godkända betyg eller blir ”hemmasittare”. Hög frånvaro i skolan är en riskfaktor som har starkt samband med en negativ problemutveckling. Ett annat exempel på ett selektivt arbete är att på andra sätt upptäcka de elever som är på väg att utveckla psykisk ohälsa. Detta kan elevhälsan göra i samverkan med verksamheter inom första linjen²³, som t ex primärvården, samt i samverkan med socialtjänsten.

För de elever som har stora behov av omfattande insatser (*indikerad nivå*) behöver skolan ha god kunskap om dessa svårigheter, vad som behövs för att anpassa undervisningen och att samverka internt inom skolan, men också externt med andra verksamheter och myndigheter.

²² Elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och ska stödja elevens utveckling mot utbildningens mål.

²³ Första linjen är de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn och ungdomar som visar tecken på milda till måttliga psykosociala problem. Verksamheterna finns inom elevhälsan och i primärvården.

Levnadsvanor

Ungas användning av alkohol, narkotika och tobak går att påverka

Andelen elever druckit alkohol under vårterminen, röker eller snusar dagligen har minskat. Drygt var femte elev i tvåan på gymnasiet och sex procent av nians elever klassas som riskkonsumenter av alkohol. Det finns en stark koppling mellan föräldrarnas inställning till ungdomars alkoholbruk och hur ungdomarna dricker. Det vanligaste sättet att få tag på alkohol är genom pojk-/flickvän, kompis eller syskon. Majoriteten ungdomar varken använder eller är positiva till narkotika. Fler elever i gymnasiet än i nian har provat narkotika, hasch/marijuana är den vanligaste drogen följt av Spice. Det syns en tendens till liberalisering i attityderna till narkotika, speciellt bland pojkar. Killar spelar mer om pengar än flickor. Olika riskbeteenden har ett samband, exempelvis finns det bland de som röker dagligen en högre andel som berusar sig ofta.

Ungdomarnas användning av alkohol, tobak, narkotika och spel i länet följer i stort resultat och trender som finns för hela riket. Tobakslagen är tydlig med att rökning är förbjuden på skolgårdar samt i lokaler där barnomsorg, skolverksamhet eller annan verksamhet för barn eller ungdom bedrivs. Det som gjorts de senaste åren gällande tobak är arbete med tillgänglighetsbegränsning och tillsyn av miljöer där barn och unga befinner sig, framför allt på skolgårdar. Skolor som arbetar systematiskt och långsiktigt med en tobakspolicy bidrar till att färre ungdomar börjar använda tobak.

Ungdomar med föräldrar som har en restriktiv inställning har visat sig dricka alkohol i mindre utsträckning. Att uppmuntra föräldrar att

samtala med sina barn och ungdomar, att de tydligt förmedlar sin inställning kring detta har en positiv effekt.

Tidig upptäckt och insatser behövs för den grupp ungdomar som befinner sig i riskzonen så att den negativa utvecklingen bryts. Samverkan mellan skola, hem, socialtjänst samt hälso- och sjukvård behövs för att förhindra att användningen utvecklas till ett missbruk eller beroende.

För att möta den utveckling kring narkotika som sker i och utanför Sverige behöver både politiker, tjänstemän och personal i verksamheter ha god kunskap om hur situationen ser ut. Ett kunskapsorienterat arbetssätt krävs för att kunna bemöta de föreställningar och mer liberala attityder som unga har kring narkotika.

Ett sätt att arbeta med ungdomar är att presentera fakta på ett tydligt sätt då det ofta uppstår ett så kallat majoritetsmissförstånd, att man till exempel tror att de flesta provat narkotika, röker eller dricker alkohol regelbundet, när det i själva verket är en minoritet som gör det.

Sambanden mellan olika riskfaktorer inom ANT-området redovisas i rapporten. Resultaten visar att det finns en stark samvariation mellan dessa faktorer. Insatser bör ske på såväl universell, selektiv som indikerad nivå.

God sexuell hälsa bland unga kräver insatser

Omkring tre av tio i årskurs nio och sex av tio i år två på gymnasiet har haft samlag. Av dem är det 20 procent både bland tjejer och killar i nian som inte använde något preventivmedel vid sitt senaste samlag. I gymnasiet är motsvarande andel 13 respektive 19 procent. Detta är siffror som är relativt oförändrade sedan 2005. En delförklaring till att så pass många inte har använt preventivmedel är att samlag inte är något som man har planerat för. Majoriteten svarar att det första samlaget var något som de ville göra.

Andelen klamydiafall bland unga har varit oförändrad senaste åren, men en viss ökning av antal fall med gonorré kan ses. Studier visar att breda generella insatser på samhällsnivå behöver kompletteras med ett individuellt bemötande med insatser som kan nå riskutsatta och risktagande unga. Unga och unga vuxna som behöver riktade insatser är de med hög konsumtion av alkohol och droger, som haft en sexuellt överförbar infektion (STI²⁴) det senaste året eller unga med tidig sexuell debut (före 15 år). Insatserna gäller också de som varit utsatta för sexuella handlingar mot sin vilja, som lever i socioekonomiskt utsatta situationer och de som definierar sig som homo-, bi-, trans eller queer (HBTQ) personer.²⁵

Unga som identifierar sig som HBTQ-person uppger en sämre allmän hälsa än heterosexuella ungdomar.²⁶ Att någon gång ha övervägt att ta sitt liv är dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella, därför måste hälso- och sjukvården samt

²⁴ STI: Från engelskans sexually transmitted infection och betyder sexuellt överförbara infektioner

²⁵ Folkhälsomyndighetens handlingsplan för unga och unga vuxna (UUV); Nationell handlingsplan för klamydiaprevention 2009-2014

²⁶ Samhällsmedicinska enheten (2014) *Liv & hälsa ung 2014 - med fokus på HBTQ-ungdomar*. Örebro: Örebro läns landsting.

andra verksamheter ha god beredskap för att kunna möta dessa individer.²⁷

Att ifrågasätta heteronormativitet är ett gemensamt ansvar för hela samhället och framför allt för de offentliga verksamheter som möter och arbetar med människor. Ett exempel på ett sådant arbete är HBT-certifiering, som innebär ett synliggörande av att en organisation arbetar strategiskt i syfte att erbjuda en god arbetsmiljö för anställda och ett respektfullt bemötande av patienter/klienter/brukare utifrån ett HBT-perspektiv.

Fysik aktivitet positivt för hälsan

Majoriteten elever är fysiskt aktiva på sin fritid och har varit med i någon organiserad fysisk aktivitetssport under de senaste tolv månaderna. Det finns ett samband mellan vardagsmotion och upplevd allmän hälsa. De som rör sig minst en timme per dag rapporterar i högre grad en god allmän hälsa jämfört med de som är mindre fysiskt aktiva. Att vara fysiskt aktiv på fritiden minskar ju äldre eleverna blir.

Barn och ungdomar bör ägna sig åt minst 60 minuter medel- till högintensiv fysisk aktivitet varje dag samt minska stillasittandet.²⁸ Risker med stillasittande ökar risken för övervikt och fetma samt problem med fysiska och psykosomatiska symtom. Fysisk aktivitet har också visat sig ha effekt för att minska risken att utveckla nedstämdhet eller depression. Ungdomar som inte är idrottsaktiva kan ofta ha svårt att på egen hand ägna sig åt fysisk träning flera gånger per vecka. Ungdomar som dessutom inte deltar i skolans idrotts- och hälsolektioner kan

²⁷ Boström G., Nykvist K., Roth N. (2006) *Hälsa på lika villkor? – hälsa och livsvillkor bland hbt-personer 2006:08*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

²⁸ NNR. Nordic Nutrition Recommendations 2012 – integrating nutrition and physical activity. 5th edit. Report Nord 2014:002. Köpenhamn: Nordiska Rådet; 2014.

betraktas som en potentiell riskgrupp för en dålig hälsoutveckling. Idrottsrörelsen har en stor betydelse för den fysiska aktiviteten på fritiden och når nära två tredjedelar av alla barn och ungdomar.²⁹

Genom att följa statistiken för lokalt aktivitetsstöd (LOK), där föreningarna registrerar antalet deltagartillfällen, kön, ålder och funktionsnedsättning kan man se att flickor är mindre aktiva än pojkar och aktivitetsnivån sjunker med stigande ålder i tonåren, vilket överensstämmer med resultaten i Liv & hälsa ung.

Nya riktlinjer för en hälsofrämjande barn- och ungdomsidrott innebär att all verksamhet ska bedrivas utifrån ett barnrättsperspektiv och följa FN:s konvention om barns rättigheter. Exempel på insatser för att öka den fysiska aktiviteten bland barn och unga kan vara att:

- Främja en jämställd idrott där man tränar och tävlar på lika villkor oavsett kön och på så sätt skapa förutsättningar för alla som vill och kan delta i idrott.
- Motverka att flickor i tonåren slutar idrotta i större utsträckning än pojkar.
- Utveckla verksamheter så de unga väljer att idrotta längre upp i åldrarna.
- Barn och ungdomar ska kunna låna sport- och fritidsutrustning helt gratis för att de ska kunna motionera och idrotta oavsett föräldrarnas ekonomi.
- Anordna idrottsfritids.
- Genomföra skolbaserade interventioner som fokuserar på utveckling av skolämnet idrott och hälsa, exempelvis genom ökad satsning på hälsoundervisningen, utbildningsmaterial och lärarutbildningar.
- En regional övergripande plan med strategier för att främja fysisk aktivitet för barn och unga skapas.

Exempel på insatser för barn och unga som riskerar att bli fysiskt inaktiva är:

²⁹ SBU, Metoder att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturoversikt. Statens Beredning för medicinsk utvärdering . Rapport 181. Stockholm: SBU; 2007.

- Regelbunden dans för flickor med psykisk ohälsa³⁰ kan leda till att symtom som depression, stress, trötthet och huvudvärk minskas eller försvinner. Dansen ger också en ökad självkänsla och en ökad förmåga att hantera problem i vardagen.
- Ett ökat utbud av spontanidrott, att fysiskt inaktiva ungdomar ska få prova på många olika idrotter och på sikt hitta vägen in i föreningslivet.
- Att barn och unga med funktionsnedsättning ska erbjudas meningsfulla och hälsofrämjande aktiviteter genom ökat deltagande i idrottsföreningarnas verksamhet.
- Att kommuner, föreningslivet och folkbildningen aktivt samarbetar för att öka utbudet av aktiviteter och en meningsfull fritid för personer med funktionsnedsättning.

För att främja goda levnadsvanor hos elever som har eller är på väg att utveckla hälsoproblem kan verktyget fysisk aktivitet på recept (FaR®)³¹ vara ett sätt att motivera till ökad fysisk aktivitet.

³⁰ Duberg A et al. Influencing Self-rated Health Among Adolescent Girls With Dance Intervention A Randomized Controlled Trial. JAMA Pediatr. 2013;167(1)27-31.

³¹ FaR® står för Fysisk aktivitet på recept och är en arbetsmetod för att främja fysisk aktivitet.

Matvanor kan förbättras av insatser i förskola och skola

Flickor har något bättre matvanor än pojkar i form av att de äter mer grönsaker, frukt och bär men killar har mer regelbundna måltidsvanor. Ungefär sex procent brukar äta sötsaker som godis eller choklad mer än en gång per dag, oavsett kön och ålder.

Totalt har 11–13 procent av tjejerna och 17–22 procent av killarna övervikt eller fetma.

Goda matvanor grundläggs i tidig ålder. Maten i förskola och skola ger samhället möjligheter att påverka och förbättra barn och ungas matvanor. Ett exempel på det är att stödja kommunernas kostenheter och skolor med insatser för hållbarare måltider, att förbättra måltidsmiljön i matsalarna och öka elevernas inflytande över skolmåltiderna genom exempelvis matråd. Matråd är när representanter från elever och personal träffas för att diskutera maten som serveras och måltidsmiljön i matsalen. Hållbarare måltider kan till exempel vara att maten lagas från grunden, minskad köttmängd och mer grönsaker, att maten är när-odlad och säsongsanpassad. Viktigt är också att utveckla skolmåltiderna som en del i den pedagogiska verksamheten.

Familjecentralerna är en viktig arena för att nå föräldrar och barn i åldern 0–6 år. Genom nätverk, utbildningar för personal och samverkan i regionen kan stödet till familjer förbättras kring mat och hälsa.

Samverkan mellan olika aktörer är viktig för barn och unga med övervikt och fetma. Denna samverkan kan utvecklas och förbättras via fortbildning och kompetensutveckling med hjälp av olika professioner inom folkhälsa, kost och nutrition, BVC, skolhälsovård och barnfetmateam.

Sömnpblem ökar risken för ohälsa

Generellt upplever flickor sämre sömnkvalitet än pojkar och fler flickor än pojkar sover mindre än sex timmar under vardagar.

Det finns ett samband mellan omfattande användning av dator, mobil, läsplatta eller liknande och lite sömn. Pojkar som spelar datorspel nästan varje dag sover också färre timmar.

En bra sömn är viktig för barn och ungdomars hälsa och utveckling. Effekter av sömnbrist kan bland annat vara koncentrationssvårigheter, nedstämdhet, värk, nedsatt immunförsvar och övervikt, därför är det av stor vikt att föräldrar tidigt grundlägger goda vanor kring sömnen. Goda vanor, också kallat sömnhygien, innebär att hålla rutiner och tider för sänggående och uppstigning, god sovmiljö och undvika faktorer som kan störa insomningen. Dessa vanor är både förebyggande men också den första behandling som sätts in vid sömnstörningar. Sömnstörning förekommer hos 50–90 procent av ungdomar med depression. Individer med en neuropsykiatrisk diagnos har ofta sömnproblem. Kompetens behövs inom skolhälsovården, vårdcentraler, psykiatri för barn och unga och andra verksamheter som möter individer med sömnproblem, dels om sömn, sömnproblem och vilka behandlingar som fungerar.

Sömnproblem behöver sättas i sitt sammanhang och att man utgår från individens hela livssituation. Kognitiv beteendeterapi har visat sig ge effekt på att förändra de vanor som skapar sömnproblem.³²

³² Läkemedelsverket (2015) *Sömnstörningar hos barn – kunskapsdokument*.

Hälsa

Samverkan viktig för såväl allmän som psykisk hälsa

Majoriteten av ungdomarna svarar att de har en god allmän hälsa och merparten av eleverna uppger att de är nöjda med livet och har god framtidstro. Det finns ett starkt positivt samband mellan framtidstro och hälsa.

Det är ungefär dubbelt så vanligt bland killar än bland tjejer med god psykisk hälsa. När det gäller psykosomatiska symtom och psykiska besvär finns det stora skillnader mellan flickor och pojkar där flickor i högre grad uppger problem med till exempel värk, stress, ängslan/oro, nedstämdhet och orolig sömn. Stress och ängslan/oro är något som ökar successivt från skolår sju till år två på gymnasiet. Tjejer svarar i mycket högre grad att de ofta/alltid har haft tankar kring sin kropp, vikt och sitt ätande.

Den psykiska ohälsan är ett ökande problem och verksamheter inom både kommun, landsting och regioner beskriver ett ökat hjälpbehov. Nationellt pågår flera olika insatser för att förbättra den psykiska hälsan för barn och unga. Regeringen har sedan 2007 satsat resurser speciellt på att utveckla arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Ett exempel på det är PSYNK.³³ Målet med projektet var att utforma och implementera effektiva strategier för hälsofrämjande insatser och erbjuda vård på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Att tidigt upptäcka ungdomar som är på väg att utveckla psykisk ohälsa ökar chanserna att förhindra att den förvärras genom sätta in rätt insatser i god tid.

³³ PSYNK är ett projekt som SKL drivit mellan åren 2011–2014. Projektet syftar till att synkronisera samhällets alla insatser för barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa. All hjälp som samhället kan erbjuda, både från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, ska vara lätt att hitta och ges i rätt tid.

Insatser som rekommenderas att användas eller utvecklas är:

- En bra skola med en väl fungerande elevhälsa, lärare med ett gemensamt förhållningssätt och en trygg och god lärmiljö. Läs mer under rubriken på sidan 91, "Förskolan och skolan – en kompenserande skyddsfaktor".
- En stärkt elevhälsa i skolan och ett tydligare mer främjande uppdrag.
- Att samla resultatet av elevhälsosamtalen³⁴ som skolsköterskor genomför till en elevhälsodatabas (ELSA Örebro län). Det är ett bra sätt att ta tillvara den statistik som finns, för att följa barn och ungas hälsoutveckling. Ett sådant arbete har påbörjats i Örebro län. Det är ett samarbete mellan länets skolsköterskor och Region Örebro län.
- Att utveckla information på webben som riktas till föräldrar, barn och unga att hitta rätt hjälp. Exempel på det är via 1177.se "Ung och mår dåligt". Ungdomsmottagningarnas hemsida, umo.se, är också ett bra exempel på en informationssida riktad direkt till unga.
- En väl fungerande första linje, som är ett samlingsbegrepp för de olika funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn och ungdomar som visar tecken på milda till måttliga psykosomatiska problem. Det handlar främst om elevhälsan i skolan och primärvården, vilket även omfattar ungdomsmottagningarna. Dessa verksamheter måste ges förutsättningar och samordnas för att kunna ge det bästa stödet. I Region Örebro län är primärvårdens samtalsmottagning för barn i åldrarna 6–12 år ett exempel på en förstärkning av just första linjen.
- Att insatser görs för att förhindra att ungdomar utvecklar självskadebeteende eller begår självmord. Exempel på det är ett stöd för samtal med barn och unga, som vänder sig till personal inom elevhälsan. Syftet är att det ska underlätta elevhälsans möte med elever med psykisk ohälsa och självskadebeteende.

³⁴ Elevhälsosamtalen är ett verktyg som skolsköterskor använder som underlag i arbetet med att stödja en hälsosam livsstilsutveckling och att tidigt upptäcka ohälsa hos individen. I hälsosamtalen får eleven möjlighet att reflektera över sina egna förutsättningar och val för att stärka möjligheterna att leva ett hälsosamt liv.

- Överenskommelser och samverkan om insatser för barn och unga behövs på alla nivåer, det vill säga på politisk nivå samt på tjänstemanna-, organisations-, och verksamhetsnivå. Att olika funktioner och verksamheter i samhället tillsammans verkar för att barn och ungas psykiska hälsa förbättras och stärkas.
- Samverkan för barn med insatser från olika verksamheter och huvudmän. SIP³⁵ är ett verktyg som används och kan utvecklas för att skapa bättre och mer samordnade insatser. I Örebro län finns en överenskommelse sedan 2013 mellan hälso- och sjukvården i regionen och socialtjänst inom kommunerna. Efter revidering av överenskommelsen under 2014 inkluderas även skolan.

Psykisk ohälsa och skillnader mellan könen

Som tidigare nämnts i denna rapport är det stora skillnader mellan flickor och pojkar när det gäller den psykiska hälsan. I undersökningar och rapporter ges en generell bild och det finns ingen enskild förklaring som kan visa vad skillnaden beror på. Det beskrivs att psykisk ohälsa är vanligare bland flickor än bland pojkar och skillnaden ökar med åldern. Skillnaden i den psykiska ohälsan mellan könen i alla åldrar har i stort sett varit oförändrad under de senaste 20 åren.

Orsaker som anges via den forskning som finns handlar både om könsroller och samhällsstrukturer men också biologiska skillnader. Det som finns nämnt är:

- Att psykisk ohälsa är vanligt och att den ökar under tonåren, främst hos flickor.
- Att flickor pressar sig hårt i skolan för att prestera med mer kortsiktiga mål medan pojkar ser skolan mer som ett delmål som betydelse för framtiden.

³⁵ Samordnad individuell plan. Sedan 2010 finns lagstiftat både i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen att en individuell plan ska upprättas när den enskilde har behov av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och insatserna behöver samordnas för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Den enskilde ska samtycka till att planen upprättas. (SoL 2 kap. 7 § och HSL 3 f §). I många län och regioner upprättas överenskommelser för att tydligare involvera skolan.

- Att psykisk ohälsa sedan lång tid tillbaka framställts som något kvinnligt och det blir då lättare för flickor att relatera en känsla av minskat psykiskt välbefinnande till olika symtom och att även rapportera sådana symtom.
- Att frågor, diagnoskriterier och screeninginstrument fokuserar på typiskt kvinnliga symtom.
- Att män generellt sätt är mindre villiga än kvinnor att erkänna besvär av nedstämdhet eller oro.
- Att socioekonomiska faktorer påverkar den psykiska hälsan där kvinnor historiskt sett och fortfarande har en mer utsatt situation.
- Att kränkningar och övergrepp, främst sexuella trakasserier är vanligare bland tjejer vilket ökar risken för psykisk ohälsa.
- Genetiska förklaringar till att kvinnor i högre grad drabbas av depressioner och att könshormoner spelar en roll för hur vi reagerar på stress.
- Att det finns olika strategier för att hantera påfrestningar och krav som skiljer sig mellan män och kvinnor.
- Att kvinnor traditionellt haft en underordnad position i samhället, vilket medfört mindre handlingsutrymme och därigenom sämre möjligheter att klara olika påfrestningar.
- Att traditionella könsroller gör att män generellt verkar vara mindre benägna än kvinnor att berätta om egna problem och att kvinnor uttrycker känslor tydligare än män.

Ingen av dessa orsaker kan ge en heltäckande eller rättvis bild av den skillnad som finns utan en kombination av de olika faktorerna är den mest troliga förklaringen. En viktig aspekt är att sätta dessa skillnader i relation till livskvalité på längre sikt, att se vilka konsekvenser skillnaderna i hälsa ger i perspektiv över ett helt liv. Ett genusperspektiv behövs redan i planering och i genomförande av insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos unga människor.^{36 37 38}

³⁶ Krantz G. Mårdby A. (2010) *Ungas psykiska hälsa med ett genusperspektiv*. Göteborg: Enheten för socialmedicin, Sahlgrenska akademien.

³⁷ Bremberg S. (2012:4) *Psykisk hälsa, Tema: GENUS*. Stockholm: Föreningen Psykisk hälsa.

Det är viktigt att könsskillnaderna som framkommer i olika undersökningar inte används till att stigmatisera och förstärka föreställningen om att flickor och unga kvinnor är sårbara och måste skyddas från påfrestningar. Fokus bör istället ligga på att samhället och dess strukturer utvecklas och anpassas så att den psykiska hälsan stärks. Detsamma gäller den traditionella synen på hur pojkar och män ska vara. Samhället bör på olika sätt uppmuntra och underlätta för de pojkar och män som mår dåligt att våga berätta och söka det stöd och den hjälp de behöver för att förbättra sin psykiska hälsa och förhindra allvarliga konsekvenser som till exempel en obehandlad depression kan ge. Det är också viktigt att inte bara se till att det finns variationer mellan utan också inom könen.

"Killar borde få ha långt hår och virka i dagens samhälle. Men det får dom inte."



"Jag blir ganska ledsen när jag tänker på vad som är manligt när man vill göra det som kvinna och att män har större rättigheter i det sociala samhället."

³⁸ Lager A. (2009) *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Förbättrad tandhälsa genom medvetna val

De flesta elever skattar sin tandhälsa som ganska eller mycket bra. Ett fåtal elever, tre procent, anger att de har en ganska eller mycket dålig tandhälsa, det är något vanligare att pojkarna svarar så. Majoriteten går till tandläkaren/tandhygienisten regelbundet när de blir kallade.

Universella insatser kring barn och ungas tandhälsa genomförs bland annat via folktandvårdens folkhälsoenhet i regionen. Arbetet grundar sig på empowerment, vilket innebär att skapa förutsättningar för individer och föräldrar att göra medvetna val baserade på kunskaper om tandsjukdomar och de möjligheter individen själva har att förebygga dessa sjukdomar. Folktandvården träffar alla barn och ungdomar från 0–19 år i hela länet. Detta sker i samarbete med BVC-mottagningar och förskola, grundskola och gymnasier. Genom att kartlägga områden med sämre tandhälsa utifrån bland annat en socioekonomisk indelning³⁹ identifieras var det finns behov av mer selektiva insatser för att förbättra tandhälsan. En sådan insats kan exempelvis handla om fluorsköljning i skolor eller tandborstning på förskolor.

³⁹ Ekbäck G., Nyström E. Persson C. (2009) *Socioekonomiska kluster i Örebro län – tandhälsa hos barn och ungdomar 2007*. Örebro: Örebro läns landsting

Vanligt med funktionsnedsättning

Drygt var femte elev anger att de har någon form av funktionsnedsättning. Ungdomar med funktionsnedsättning har en betydligt lägre andel med god hälsa än de som inte har någon nedsättning.

Ungdomar med funktionsnedsättning är en utsatt grupp när det kommer till hälsa, både allmän och psykisk hälsa liksom psykosomatiska symtom och besvär. Samma mönster gäller även livsvillkor och levnadsvanor. Inom gruppen finns stora variationer beroende på kön samt vilken och antal funktionsnedsättningar individen har.⁴⁰

I arbetet med att främja en god och jämlik hälsa bland befolkningen är personer med funktionshinder en prioriterad grupp. I regionens folkhälsoplan och i de folkhälsoavtal som regionen har med länets kommuner tydliggörs insatser för att skapa bättre livsvillkor, levnadsvanor och hälsa för denna grupp, inte minst för barn och unga.

Alla insatser är i grunden detsamma som till resten av befolkningen med skillnaden att det för att ge bäst effekt anpassas efter gruppen. Med tanke på variationen inom gruppen bör insatser också ta hänsyn till de förutsättningar varje enskild individ har.

⁴⁰ Lindén-Boström M, Persson C. (2014) *Den psykiska hälsans skyddsfaktorer bland ungdomar med och utan funktionsnedsättning*. Örebro: Örebro läns landsting

Skydds- och riskfaktorer för hälsa

Ungdomar med många skyddsfaktorer har relativt god hälsa trots många riskfaktorer. De som har få skyddsfaktorer har dock en betydligt lägre andel med god hälsa än de som har många. Skoltrivsel, framtidstro, tillit till föräldrar, god sömn och goda kamratrelationer är de skyddsfaktorer som har starkast samband med en god hälsa. Kränkande behandling, mobbning, ensamhet och dagligrökning är några starka riskfaktorer som visar ett negativt samband med god hälsa.

Såväl antalet skydds- och riskfaktorer som vilken typ av faktor som ungdomarna har är starkt kopplat till det allmänna hälsotillståndet. Resultaten från denna undersökning, såväl som i tidigare undersökningar bland både ungdomar och vuxna, visar att det är skyddsfaktorerna som har de statistiskt starkaste sambanden med en god hälsa. Resultaten visar även att det är framförallt är faktorer inom livsvillkorsområdet som har starka samband med ungdomarnas hälsa, men det finns även starka kopplingar mellan levnadsvanor och hälsan. Detta pekar på nödvändigheten av samordnade insatser från alla berörda intressenter och aktörer. *Med gemensamma ansträngningar såväl generella som riktade ökar möjligheten att verka för god och jämlik hälsa hos länets ungdomar.*

Bilaga 1 – Mått och faktorer

I tabellerna b1–b2 redovisas konstruktion och det statistiska sambandet med självskattad hälsa för de faktorer som används till analyser i kapitlet "Skydds- och riskfaktorer". Faktorerna är hämtade från de frågor som visat sig vara goda indikatorer för både allmän och psykisk hälsa i tidigare analyser av Örebro läns folkhälsoundersökningar.

Logistiska regressionsanalyser har använts för att skatta det statistiska sambandet att rent allmänt må "bra" eller "mycket bra". I en logistisk regressionsanalys erhålls så kallade Oddskvoter (OR). I anslutning till varje faktor redovisas faktorns OR justerat för kön och ålder, skolår har då använts som ett ersättningsmått för ålder. Om OR är större än ett innebär detta att de som har faktorn har ett högre odds att ha god hälsa än de som inte har faktorn. På motsvarande sätt innebär en oddskvot under ett att de som har den faktorn har ett lägre odds att ha god hälsa. För att rangordna OR över ett med OR under kan en av dessa inverteras. Därför redovisas även 1/OR för de oddskvoter som är under ett. Om OR inte är statistiskt signifikant markeras detta med "ns".

Tabell b1. Beskrivning av skyddsfaktorer samt Oddskvot (OR) för självskattad hälsa, rangordnat efter styrkan i det positiva sambandet justerat för kön och ålder. Skyddsfaktorn markeras med fet stil.

Skyddsfaktorer	
Skoltrivsel	✓ Trivs mycket/ganska bra i skolan (OR=9,4) ✓ Trivs "så där"/ganska dåligt/mycket dåligt
Framtidstro	"Hur ser du på framtiden för din personliga del?" ✓ Mycket/ganska ljust (OR=8,8) ✓ Varken ljust eller mörkt/ganska mörkt/mycket mörkt
Tillit	✓ Tycker att uttrycket: "Jag kan alltid lita på någon av mina föräldrar när det verkligen gäller" stämmer "helt och hållet/ganska bra" (OR=6,9) ✓ Tycker att uttrycket stämmer varken bra eller dåligt/ganska dåligt/inte alls
Sömn	"Hur ofta har du under de senaste tre månaderna haft orolig sömn?" ✓ Sällan/aldrig (OR=6,3) ✓ Ibland/Ofta/Alltid

Tabell b1 (forts). Beskrivning av skyddsfaktorer samt Oddsquot (OR) för självskattad hälsa, rangordnat efter styrkan i det positiva sambandet justerat för kön och ålder. Skyddsfaktorn markeras med fet stil.

Skyddsfaktorer (forts.)	
Kamrat-relationer	✓ Tycker att påståendet att de har kamrater i skolan som vill vara med dem stämmer precis/ganska bra (OR=4,6) ✓ Stämmer till viss del/ganska dåligt/inte alls
Trygghet	✓ Påståendet "På min skola behöver ingen känna sig rädd eller hotad" stämmer precis/ganska bra. (OR=2,7) ✓ Stämmer till viss del/ganska dåligt/inte alls
Måltids-vanor	✓ Har regelbundna måltidsvanor (äter dagligen frukost, lagad lunch och lagad mat på kvällen) (OR=2,5) ✓ Har inte regelbundna måltidsvanor
Godkänt i alla skol-ämnen	✓ Har godkänt i alla ämnen i skolan (OR=2,1) ✓ Har icke godkänt i minst ett ämne
Delaktighet	✓ Får nästan alltid/ganska ofta vara med och påverka hur man ska arbeta på skolan (OR=2,0) ✓ Får vara med och påverka ibland/ganska sällan/nästan aldrig
Föräldrars arbete	✓ Två föräldrar arbetar (OR=1,8) ✓ En eller ingen förälder arbetar
Fysisk aktivitet	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? ✓ Vardagsmotion minst en timme per dag och/eller tränar minst 2 gånger i veckan (OR=1,7) ✓ Vardagsmotion kortare tid/tränar mindre ofta
Förenings-aktivitet	✓ Har varit med i någon organiserad fysisk aktivitet/sport eller någon annan förening, klubb, sällskap eller organisation under de senaste 12 månaderna (OR=1,6) ✓ Har inte varit det
Födelseland	✓ Född i Sverige med förälder/ föräldrar födda i Sverige (OR=ns) ✓ Född i Sverige med minst en förälder född utanför Sverige (OR=ns) ✓ Född utanför Sverige.

Tabell b2. Beskrivning av riskfaktorer, Oddsquot (OR) samt inverterad Oddsquot (1/OR) för självskattad hälsa, rangordnat efter styrkan i det negativa sambandet justerat för kön och ålder. Riskfaktor markeras med fet stil.

Riskfaktorer	
Kränkande behandling	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. ✓ Slagen eller kränkt av vuxen i sin närhet (OR=0,2; 1/OR=4,1) ✓ Ej illa behandlade på detta sätt
Mobbning	De som under det senaste läsåret blivit utsatta för någon form av kränkande behandling i skolan flera gånger av en eller flera skolkamrater och/eller vuxen på skolan klassificeras som mobbade. ✓ Mobbad under läsåret (OR=0,3; 1/OR=3,9) ✓ Ej mobbad
Ensam ofta	✓ Brukar vara ensam nästan varje dag (OR=0,3; 1/OR=3,5) ✓ Är ensam mer sällan (aldrig till minst en gång/vecka)
Skolk	✓ Skolkar minst två gånger i månaden (OR=0,3; 1/OR=3,3) ✓ Skolkar aldrig/mindre än två gånger i månaden
Rökning	✓ Röker dagligen (OR=0,3; 1/OR=3,0) ✓ Har aldrig/har provat/har slutat/röker någon gång ibland
Fysiskt våld	✓ Har under senaste läsåret blivit utsatt för fysiskt våld i skolan (OR=0,4; 1/OR=2,7) ✓ Har inte blivit utsatt
Alkohol	✓ Har varit full (skolår 7), Varit berusad minst 1 gång/månad (skolår 9), Varit berusad minst 2 gånger/månad (gymnasiet år 2) (OR=0,5; 1/OR=2,0) ✓ Aldrig druckit alkohol/ Ej varit full (7)/ Berusad mindre ofta än 1 gång/månad (9)/ mindre ofta än 2 gånger/månad (2)
Vikt	Gränser för övervikt eller fetma sätts utifrån beräkning av BMI från självskattad längd och vikt⁴¹ ✓ Normalvikt ✓ Undervikt (OR=ns) ✓ Övervikt (OR=0,7; 1/OR=1,5) ✓ Fetma (OR=0,5; 1/OR=2,0)
Godis/läsk	Hur ofta man äter sötsaker (godis eller choklad) respektive dricker läsk, saft, energidryck eller liknande. ✓ En gång per dag/Mer än en gång per dag (OR=0,7; 1/OR=1,4) ✓ Mer sällan (Några gånger i veckan/En gång i veckan/Sällan/aldrig)

⁴¹ Ett något annorlunda indelningsmått än i rapporten som även definierar gränsvärden för undervikt för tjejer och killar under 18 år.

Ref: Cole TJ., 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.

I tabell b3 redovisas resultat från multivariata analyser för tjejer, killar samt totalt där samtliga bakgrunds-, skydds- samt riskfaktorer analyserats på en och samma gång.

Tabell b3. Antal svar (N), Oddskvoter (OR) och 95 procents konfidensintervall för OR (95% KI) för att ha god hälsa. Multivariata logistiska regressionsanalyser för tjejer, killar samt totalt.

	Tjejer				Killar				Totalt			
	N	OR	95% KI		N	OR	95% KI		N	OR	95% KI	
Kille (ref)									2427			
Tjej									2505	0,6	0,49	0,74
Skolår 7 (ref)	874				862				1736			
Skolår 9	793	0,7	0,53	0,97	701	0,6	0,39	0,92	1494	0,7	0,52	0,85
Gymnasiet år 2	838	0,9	0,63	1,19	864	0,4	0,29	0,68	1702	0,7	0,52	0,87
Trivs ej bra i skolan (ref)	494				321				815			
Trivs bra i skolan	2011	3,2	2,40	4,29	2106	5,3	3,61	7,70	4117	3,9	3,13	4,94
Mörk eller neutral framtidstro (ref)	435				298				733			
Ljus framtidstro	2070	4,4	3,33	5,76	2129	3,7	2,60	5,35	4199	4,2	3,36	5,17
Låg eller osäker tillit till föräldrar (ref)	163				95				258			
God tillit till föräldrar	2342	2,4	1,57	3,66	2332	4,1	2,31	7,15	4674	2,8	2,02	3,96
Ofta/alltid/ibland orolig sömn (ref)	854				374				1228			
Sällan/aldrig orolig sömn	1651	3,6	2,86	4,65	2053	2,8	1,98	3,97	3704	3,3	2,71	4,02
Har inte kamrater i skolan (ref)	213				208				421			
Har kamrater i skolan	2292	1,2	0,84	1,83	2219	1,0	0,64	1,62	4511	1,1	0,84	1,52
Ej trygg skola (ref)	965				828				1793			
Trygg skola	1540	1,3	0,99	1,68	1599	0,9	0,66	1,35	3139	1,2	0,93	1,42
Ej regelbundna måltidsvanor (ref)	1517				1169				2686			
Regelbundna måltidsvanor	988	1,6	1,23	2,12	1258	1,3	0,94	1,83	2246	1,5	1,18	1,79
Ej godkänt i alla skolämnen (ref)	475				623				1098			
Godkänt i alla skolämnen	2030	1,0	0,74	1,38	1804	0,9	0,61	1,26	3834	1,0	0,75	1,20
Ej delaktighet i skolan (ref)	1347				1243				2590			
Delaktighet i skolan	1158	1,1	0,87	1,46	1184	1,3	0,89	1,77	2342	1,2	0,96	1,44
En eller ingen förälder arbetar (ref)	657				576				1233			
Två föräldrar arbetar	1848	1,3	1,03	1,75	1851	1,3	0,95	1,90	3699	1,3	1,07	1,63
Ej fysiskt aktiv (ref)	591				526				1117			
Fysiskt aktiv	1914	1,2	0,88	1,54	1901	1,3	0,93	1,94	3815	1,2	0,996	1,55
Ej föreningsaktiv (ref)	595				549				1144			
Föreningsaktiv	1910	0,7	0,56	1,01	1878	0,9	0,64	1,36	3788	0,8	0,65	1,03
Ej kränkt av vuxen (ref)	2237				2280				4517			
Kränkt av vuxen	268	0,7	0,51	1,03	147	0,8	0,49	1,42	415	0,8	0,58	1,04
Ej mobbad (ref)	2187				2201				4388			
Mobbad	318	0,7	0,53	1,04	226	0,6	0,40	1,001	544	0,7	0,53	0,92
Ej ensam ofta (ref)	2087				2058				4145			
Ensam nästan varje dag	418	0,6	0,43	0,76	369	0,5	0,34	0,71	787	0,5	0,43	0,67
Skolkar inte ofta (ref)	2366				2280				4646			
Skolkar minst två gånger i månaden	139	0,7	0,42	1,07	147	1,2	0,71	2,19	286	0,9	0,61	1,21
Ej dagligrökare (ref)	2384				2338				4722			
Röker dagligen	121	0,5	0,31	0,89	89	0,5	0,28	1,04	210	0,5	0,36	0,81
Ej utsatt för fysiskt våld (ref)	2391				2127				4518			
Utsatt för fysiskt våld	114	1,7	1,02	3,00	300	0,6	0,40	0,998	414	1,0	0,71	1,42
Ej full/berusad ofta (ref)	2299				2179				4478			
Full/Berusad ofta	206	1,0	0,63	1,46	248	0,9	0,57	1,46	454	1,0	0,71	1,31
Normalvikt (ref)	1891				1754				3645			
Undervikt	293	1,0	0,71	1,54	155	0,7	0,40	1,41	448	1,0	0,69	1,33
Övervikt	262	0,7	0,50	1,07	418	0,8	0,50	1,12	680	0,7	0,56	0,96
Fetma	59	0,5	0,28	1,03	100	1,1	0,56	2,30	159	0,8	0,50	1,28
Äter/dricker inte sött dagligen (ref)	2077				1951				4028			
Äter/dricker sött dagligen	428	1,0	0,73	1,37	476	1,1	0,74	1,57	904	1,0	0,82	1,32
Nagelkerke R ² : 0,443					Nagelkerke R ² : 0,391				Nagelkerke R ² : 0,433			

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 drogvanor samt andra aspekter av ungdomars levnadsvanor, livsvillkor och hälsa.

Den här rapporten är den sjätte i en serie rapporter.

Lindén-Boström M., Persson C. (2007) Tonåringars psykiska hälsa.

Liv & hälsa ung i Örebro län 2005.

Lindén-Boström M., Persson C. (2008) Tonåringars drogvanor, liv och hälsa i Örebro län 1996–2007.

Brunnberg E, Lindén-Boström M., Persson C. (2009) Att höra eller nästan inte höra –

Liv & hälsa ung 2005 och 2007 i Örebro län.

Lindén-Boström M., Persson C. (2012) Hälsans skyddsfaktorer ur ett jämlikhetsperspektiv.

Liv & hälsa i Örebro län 2000–2011.

Lindén-Boström M., Persson C. (2014) Den psykiska hälsans skyddsfaktorer bland ungdomar med och utan funktionsnedsättning. Liv & hälsa ung i Örebro län.

Lindén-Boström, M., Löfwenhamn, E., Persson, C. (2015) Ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Liv & hälsa ung i Örebro län.

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

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 Abuse & Neglect*, 36, 285–295.



Region Örebro län

E-post: regionen@regionorebrolan.se Tel: 019-602 70 00 Fax: 019-602 70 08
www.regionorebrolan.se