



Folkhälsomyndigheten

Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/22

Nationella resultat



Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/. En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar, se våra [kundtjänst och köpvillkor](#).

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

© Folkhälsomyndigheten, 2023.

Artikelnummer: 22228.

Foto omslag: Marie Linnér.

Foto inlaga: Scandinav Produktion (s. 16, 26, 35), Scandinav/Johnér (s. 59), Morgan Karlsson (s. 73), Marie Linnér (s. 86) Lena Granefelt (s. 96), Mikael Svensson (s. 105), Kenneth Bengtsson (s. 115), Jens Lindström (s. 123), Pernilla Jangendahl Lilja (s. 145).

Personerna på ovan foton är inte på något sätt knutna till innehållet i rapporten.

Om publikationen

Jag vill börja med att rikta ett varmt tack till de 2 329 skolor och 41 946 elever som deltog i Skolbarns hälsovanor 2021/22. Utan er medverkan hade studien Skolbarns hälsovanor inte varit möjlig att genomföra.

Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Återkommande studier som Skolbarns hälsovanor är ett viktigt instrument för att följa utvecklingen av barns och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa, och är en viktig källa till uppföljningen av folkhälsopolitiken.

Studien har genomförts sedan 1985/86 bland 11-, 13- och 15-åringar i Sverige. Undersökningen är internationell och genomförs i samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO). Den senaste, och tionde, undersökningen genomfördes 2021/22 och i den här rapporten presenteras de huvudsakliga resultaten från den. Jämförelser görs med tidigare undersökningar när det är möjligt.

I rapporten *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/22 – regionala resultat* presenteras ett urval av resultaten uppdelade på region, ålder och kön.

Rapporten vänder sig till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, skolpersonal, forskare och andra som på olika sätt arbetar med att främja barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.

Rapporten har tagits fram av flera utredare och statistiker vid Folkhälsomyndigheten. Arbetet har letts av utredarna Petra Löfstedt och Maria Corell, vilka även ansvarar för studien Skolbarns hälsovanor i Sverige. Ansvarig enhetschef har varit Anna Jansson, enheten för hälsofrämjande levnadsvanor, och avdelningschef Josefin P Jonsson, avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor.

Folkhälsomyndigheten

Karin Tegmark Wisell
Generaldirektör

Innehåll

Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/22.....	1
Om publikationen	3
Innehåll.....	4
Sammanfattning.....	9
De flesta kan prata med sina föräldrar om bekymmer	9
Trivseln i skolan fortsätter att minska och stressen fortsätter att öka.....	9
Få har en problematisk användning av sociala medier.....	9
Låg andel är fysiskt aktiva	9
Blandad utveckling för matvanor.....	9
Användning av alkohol och tobak ökar.....	10
Allt fler har en funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom	10
Kondomanvändningen har halverats under 2010-talet.....	10
Flickor har lägre välbefinnande och sämre självkänsla än pojkar	10
Flickor tycker att de är för tjocka och pojkar att de är för smala.....	10
Allt fler har hälsobesvär	11
Slutsatser	11
Summary.....	12
Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), results for Sweden in the 2021/22 WHO study	12
Most children find it easy or very easy to talk to their parents	12
School satisfaction continues to decrease, and schoolwork pressure continues to increase	13
Few have problematic use of social media	13
Few children are sufficiently physically active	13
Mixed development regarding eating behaviours	13
Alcohol and tobacco use is increasing.....	13
More children have a long-term illness, disability, or medical condition diagnosed by a doctor	14
Condom use has halved during the 2010s.....	14
Girls have lower well-being and poorer self-esteem compared to boys.....	14

Girls think they are too fat and boys think they are too thin	14
Multiple health complaints increase	14
Conclusion and four areas that require further attention	15
1. Om undersökningen.....	17
1.1 Syfte och historik	17
1.2 Teoretiska och konceptuella utgångspunkter	18
Socialpsykologisk utvecklingsteori	18
Utvecklingspsykologi.....	18
Hälsans bestämningsfaktorer på befolkningsnivå	19
1.3 Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken och dess åtta målområden	20
1.4 Urval, genomförande och svarsfrekvens.....	21
Genomförande av undersökningen	21
Svarsfrekvens bland skolor och elever	22
1.5 Enkäten	23
1.6 Barnkonventionen.....	24
1.7 Redovisning av resultat	25
2. Sociala relationer	27
2.1 Inledning	27
2.2 Familjerelationer	28
2.3 Vänskapsrelationer.....	32
2.4 Ensamhet.....	33
Känna sig ensam	33
3. Skolan	36
3.1 Inledning	36
3.2 Trivsel i skolan.....	36
3.3 Sociala relationer i skolan	39
3.4 Stress och prestationer i skolan.....	43
3.5 Mobbning.....	46
3.6 Gymnasievalet	49
4. Sociala medier.....	52
4.1 Inledning	52

4.2 Kommunikation med familj och vänner på nätet	53
4.3 Problematisk användning av sociala medier	55
4.4 Nätmobbning.....	56
5. Fysisk aktivitet och matvanor	60
5.1 Inledning	60
5.2 Fysisk aktivitet och träning.....	60
5.3 Stillasittande.....	64
5.4 Matvanor	64
6. Alkohol, tobak och narkotika.....	74
6.1 Inledning	74
6.2 Alkoholkonsumtion.....	74
6.3 Tobaks- och nikotinanvändning	79
6.4 Cannabisanvändning	84
7. Allmän hälsa	87
7.1 Inledning	87
7.2 Självskattad hälsa	87
7.3 Övervikt och fetma.....	90
7.4 Långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar	92
7.5 Skador och olyckor.....	94
8. Relationer och sexualitet	97
8.1 Inledning	97
8.2 Sexdebut och preventivmedel	98
8.3 Information och samtal om relationer och sexualitet	102
9. Psykiskt välbefinnande	106
9.1 Inledning	106
9.2 Livstillfredsställelse och psykiskt välbefinnande.....	106
Cantrils stege.....	107
9.3 Självkänsla och självförmåga	112
10. Kroppsuppfattning och bantning.....	116
10.1 Inledning.....	116
10.2 Kroppsuppfattning.....	116

10.3 Bantning	121
11. Självrapporterade besvär, medicinanvändning och stress.....	124
11.1 Inledning.....	124
11.2 Självrapporterade hälsobesvär.....	125
Minst två självrapporterade hälsobesvär	125
Huvudvärk	128
Ont i magen.....	129
Ont i ryggen	130
Känt sig nere	132
Varit irriterad eller på dåligt humör	134
Känt sig nervös	135
Haft svårt att somna.....	136
Känt sig yr	138
11.3 Medicinanvändning.....	139
11.4 Stress	143
12. Diskussion.....	146
Positiva och negativa trender.....	146
Fyra områden att särskilt uppmärksamma	147
1) Fortsatt minskad trivsel och ökad stress i skolan	147
2) Ökat bruk av alkohol och snus	148
3) Minskad kondom användning.....	148
4) Allt fler har en funktionsnedsättning och de självrapporterade besvären fortsätter att öka	149
Metodfrågor	150
Nationellt representativt urval av skolor och elever	150
Barnens egna upplevelser	150
Samma undersökningsmetod i 40 år	150
Tvärsnittsstudie.....	150
Internationella jämförelser	151
Referenser	152
Bilaga 1 Enkäten	166

Sammanfattning

Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children) är en internationell enkätundersökning bland barn i åldrarna 11, 13 och 15 år. I denna rapport presenteras resultaten från Skolbarns hälsovanor 2021/22 för livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Eftersom studien har genomförts tio gånger, ger rapporten också möjlighet att se utvecklingen över tid inom många områden. En del av frågorna har ingått i studien sedan mitten av 1980-talet och det går alltså att se utvecklingen under nästan fyra decennier.

De flesta kan prata med sina föräldrar om bekymmer

En hög och stabil andel kan prata med mamma om saker som bekymrar dem, och andelen har varit stabil sedan 1985/86. Trots att andelen tonårsflickor som kan prata med pappa om saker som bekymrar dem har ökat, är det en tredjedel som inte kan det.

Trivseln i skolan fortsätter att minska och stressen fortsätter att öka

Trivseln i skolan fortsätter att minska sedan 2013/14 för både flickor och pojkar i åldrarna 13 och 15 år. Samtidigt fortsätter skolstressen att öka sedan 2009/10 för både flickor och pojkar i alla åldrarna. Elevsammanhållningen har försämrats och allt fler mobbas i skolan sedan 2009/10.

Få har en problematisk användning av sociala medier

Många skolelever uppger att de har kontakt med vänner eller familj via sociala medier nästan hela tiden på dagarna, vilket anses vara en intensiv användning av sociala medier. Däremot är det en liten andel skolelever som har en problematisk användning av sociala medier.

Låg andel är fysiskt aktiva

Under hela perioden 2001/02–2021/22 har andelen som varit fysiskt aktiva en timme om dagen varit låg. Det är en högre andel av pojkarna som är fysiskt aktiva och tränar på fritiden.

Omkring en tredjedel av både pojkar och flickor spenderar mycket tid eller nästan all sin fritid sittande.

Blandad utveckling för matvanor

Andelen skolbarn som äter frukost varje dag har minskat sedan början av 2000-talet. En fortsatt hög andel äter sina måltider tillsammans med sin familj varje dag eller de flesta dagar i veckan.

Andelen som äter grönsaker varje dag har ökat under 2000-talet, medan andelen som äter frukt varje dag är oförändrad under samma period. Läskkonsumtionen har minskat, medan godiskonsumtionen är oförändrad.

Användning av alkohol och tobak ökar

Sedan slutet av nittioalet har alkoholkonsumtionen minskat. Den senaste mätningen visar dock tecken på att denna utveckling har avstannat. Till exempel ökar andelen 15-åringar och 13-åriga flickor som varit berusade. Även andelen 13- och 15-åriga flickor som har druckit alkohol någon gång ökar.

Andelen 15-åringar som har snusat ökar, framför allt bland flickor. Många uppger att de snusar nikotinsnus (vitt snus), eller att de inte vet vad de snusar.

Allt fler 15-åriga pojkar har rökt cannabis.

Allt fler har en funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom

Andelen med övervikt eller fetma ökade mellan 1989/90 och 2021/22 i alla åldrar. Andelen var högre bland pojkar än flickor oavsett ålder.

Majoriteten av eleverna i alla tre åldrar har en bra eller mycket bra hälsa. Sedan 2013/14 har dock andelen med en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem ökat bland pojkar i alla tre åldrar och bland 15-åriga flickor.

Kondomanvändningen har halverats under 2010-talet

Under 2010-talet halverades användningen av kondom bland 15-åringar.

Det är vanligare att flickor får information och pratar om sexualitet och relationer, jämfört med pojkar.

Flickor har lägre välbefinnande och sämre självkänsla än pojkar

Den genomsnittliga livstillfredsställelsen har legat relativt stabil sedan 2001/02. Flickor i alla tre åldrar är mindre tillfreds med livet än jämnåriga pojkar. Även psykiskt välbefinnande är lägre bland flickorna i alla tre åldrar.

De 13- och 15-åriga flickorna skattar sin självförmåga lägre och har sämre självkänsla än pojkar i samma åldrar.

Flickor tycker att de är för tjocka och pojkar att de är för smala

Andelen som tycker att de är lagom minskar mellan 11 och 15 års ålder. Bland 15-åringarna är det ungefär hälften som tycker att de är lagom. Övriga tycker antingen

att de är för tjocka eller för smala. Det är vanligare att flickor tycker att de är för tjocka och att pojkar tycker att de är för smala.

Allt fler har hälsobesvär

De elever som har minst två hälsobesvär, mer än en gång i veckan, har gradvis ökat sedan 1980-talets mitt. Andelarna bland 13- och 15-åringar är nu de högsta sedan studien startade.

De vanligaste besvären bland flickor, i alla tre åldrar, är att vara irriterad eller på dåligt humör och ha känt sig nere. De vanligaste besvären bland pojkar, i alla tre åldrar, är att vara irriterad eller på dåligt humör, följt av att ha svårt att somna.

Flickor rapporterar högre nivåer av stress än pojkar. Det gäller alla tre åldrar.

Slutsatser

Vi ser fyra områden där det finns en särskilt bekymmersam utveckling och som kräver åtgärder. Det är:

- Fortsatt minskad trivsel och ökad stress i skolan. Det finns stor potential för insatser inom skolan att inverka positivt på barns och ungas psykiska hälsa. Det gäller såväl elevernas arbetsmiljö som deras sociala miljö.
- Den ökade användningen av alkohol och snus. Detta är bekymmersamt eftersom barn och unga är en särskilt sårbar grupp. Det är därför viktigt att följa utvecklingen framöver.
- Den minskade kondom användningen. Bland de 15-åringar som har haft samlag har andelen som använde kondom under det senaste sextillfället halverats sedan 2009/10. Orsaker till och konsekvenser av den minskade kondom användningen är viktiga att följa upp.
- Den fortsatta ökningen av självrapporterade besvär och att allt fler uppger en funktionsnedsättning. Majoriteten av flickorna och nära hälften av pojkarna har flera återkommande besvär, och nästan en tredjedel av 13- och 15-åringarna uppger att de har en funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom. Återigen är orsakerna till och konsekvenserna av utvecklingen viktiga att följa upp.

Summary

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), results for Sweden in the 2021/22 WHO study

The overall objective of public health policy in Sweden is to create conditions in society so that the entire population can enjoy good health on equal terms and to eliminate avoidable health inequalities within one generation. The Government emphasises that it is particularly important to target children and adolescents in public health initiatives because health behaviours that have a major impact on health development in later life are formed during childhood and adolescence.

Social context and health and risk behaviours are all important determinants of health during childhood and adolescence as well as later in life. The Public Health Agency of Sweden has been assigned by the Government to monitor the development of determinants of health in order to recommend future measures. Participation in the “Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC) study is an important part of that task.

This report presents data collected from 11, 13, and 15 year olds from November 2021 to May 2022 within the framework of the cross-sectional HBSC study. Data were collected from 4,567 children in 247 schools. Since 1985/86, this study has taken place in Europe and North America every four years, most recently in almost 50 different countries, as part of a collaborative World Health Organization (WHO) project.

The sample of children was extended in 2021/22 to enable the presentation of the results in each of the 21 Swedish regions. The extended sample consists of more than 41,000 children from 2,329 schools. The regional results are presented in a separate report.

International comparisons are published in a separate report from the WHO. Here is a brief summary of some of the Swedish results presented in this report along with the sex, age, and trend differences observed. Finally, four areas in need of further attention are identified.

Most children find it easy or very easy to talk to their parents

A high and stable proportion find it easy or very easy to talk to their mother about things that really bother them, and the proportion has been stable since 1985/86. Although the proportion of girls who find it easy or very easy to talk to their father about things that really bother them has increased, a third of girls still do not.

School satisfaction continues to decrease, and schoolwork pressure continues to increase

The proportion who like school a lot continues to decrease (since 2013/14) for both girls and boys aged 13 and 15. At the same time, perceived schoolwork pressure continues to increase (since 2009/10) for both girls and boys of all three ages. Classmate support has deteriorated, and since 2009/10 more and more children are being bullied at school.

Few have problematic use of social media

Many children report that they have online contact with friends or family almost all the time throughout the day, which is considered an intensive use of social media. On the other hand, the proportion of children who were classified as having problematic use of social media was small.

Few children are sufficiently physically active

During the period 2001/02–2021/22, the proportion of children who reported at least 60 minutes of moderate-to-vigorous physical activity daily was low. A higher proportion of boys reported at least 60 minutes of moderate-to-vigorous physical activity daily and vigorous physical activity four times or more per week.

About a third of both boys and girls of all ages report that they spend a lot of time or almost all of their free time sitting.

Mixed development regarding eating behaviours

The proportion of children who eat breakfast every day has decreased since the beginning of the 2000s. On the other hand, a high proportion eat their meals with family every day or most days of the week.

The proportion of children who eat vegetables daily has increased during the 2000s, while the proportion who eat fruit daily has not changed during the same period. Sugared soft drink consumption has decreased, while consumption of sweets and chocolates is unchanged.

Alcohol and tobacco use is increasing

There has been a downward trend in alcohol consumption since the end of the 1990s. However, the latest survey shows signs that this trend has levelled off. For example, the proportion of 15-year-old girls and boys, and 13-year-old girls who had been drunk increased.

The proportion of 15 year olds who have used snuff increased in 2021/22, especially among girls. Many report that they use nicotine snuff or that they do not know what they are snuffing.

More 15-year-old boys have used cannabis.

More children have a long-term illness, disability, or medical condition diagnosed by a doctor

The majority of children in all three ages rate their health as good or excellent. Since 2013/14, however, the proportion who reported having a long-term illness, disability, or medical condition diagnosed by a doctor has increased among boys of all three ages and among 15-year-old girls.

Condom use has halved during the 2010s

During the 2010s, condom use at last sexual intercourse among 15 year olds halved. It was more common for girls to receive information and talk about sexuality and relationships compared to boys.

Girls have lower well-being and poorer self-esteem compared to boys

Mean life satisfaction has been relatively stable since 2001/02. Girls of all three ages have lower mean life satisfaction compared to boys of the same age. Mental well-being was also lower among the girls in all three ages.

The 13 and 15-year-old girls rate their self-efficacy lower and have lower self-esteem compared to boys of the same ages.

Girls think they are too fat and boys think they are too thin

The proportion who think they are about the right size decreases between the ages of 11 and 15. Among 15 year olds, about half think they are about the right size. Others either think they are too fat or too thin. It is more common for girls to think they are a bit or much too fat and more common for boys to think they are a bit or much too thin.

Multiple health complaints increase

The proportion who report multiple health complaints, i.e. at least two health complaints, more than once a week has gradually increased since the mid-1980s. The proportions are now the highest since the study began, at ages 13 and 15.

The most common health complaints among girls, at all three ages, are feeling irritable or bad tempered and feeling low. The most common complaints among boys, at all three ages, are feeling irritable or bad tempered, followed by difficulties getting to sleep.

Girls report higher levels of stress compared to boys, and this applies to all three ages.

Conclusion and four areas that require further attention

We have identified the following four areas where there is a particularly worrying development and where action is required:

- School satisfaction continues to decrease, and schoolwork pressure continues to increase. There is great potential for initiatives within the school to have a positive impact on children's and adolescents' mental health and well-being, including both the students' work environment and social environment.
- The increased use of alcohol and snuff. The development regarding alcohol use and snuff is worrying because children and adolescents are a particularly vulnerable group. It is important to monitor future trends.
- The reduced condom use. Among the 15 year olds who have had sexual intercourse, the proportion who used a condom at last sexual intercourse has halved since 2009/10. Reasons and consequences for reduced condom use are important to investigate.
- The continued increase in subjective health complaints and long-term illnesses, disabilities, and medical conditions diagnosed by a doctor. The majority of girls and close to half of boys report multiple health complaints, and almost a third of 13 and 15 year olds report that they have a long-term illness, disability, or medical condition. Again, the causes and consequences of these trends are important to investigate.

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, but no full version of the publication has been produced in English. The English summary is more comprehensive than the Swedish summary of the report.

KAPITEL 1

Om undersökningen



1. Om undersökningen

1.1 Syfte och historik

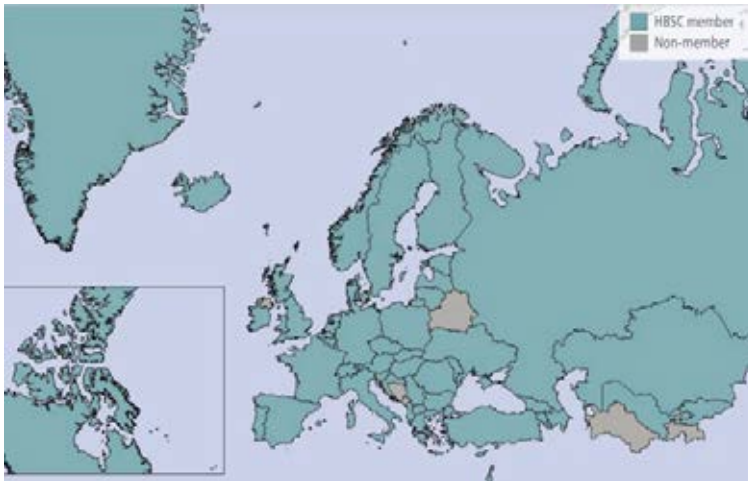
Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) är en enkätundersökning bland 11-, 13- och 15-åringar. Den genomförs i syfte att

- öka kunskapen om de livsvillkor och levnadsvanor som är viktiga för barns hälsa
- följa utvecklingen över tid
- jämföra resultaten med andra länders resultat.

Studien belyser både psykiska och fysiska aspekter på hälsa och den sociala miljön som barnen befinner sig i.

Undersökningen är ett internationellt forsknings- och samarbetsprojekt som startade i början av 1980-talet. Vid en internationell tobakskonferens 1982 konstaterade några forskare att det saknades jämförbara data om skolbarns rökvanor i olika länder. Året efter genomfördes därför en gemensam tobaksvaneundersökning i Finland, Norge, England och Österrike. Den andra studien gjordes 1985/86. Innehållet hade då utvidgats, även om tobaksfrågorna fortfarande var i fokus. Sedan dess har studien genomförts vart fjärde år. Den senaste undersökningen ägde rum 2021/22 då cirka 50 länder i Europa, Nordamerika och Asien deltog. Sverige har medverkat sedan 1985/86.

Figur 1.1 Karta över länder som deltar i studien Skolbarns hälsovanor (a).



(a) I datainsamlingen 2021/22 deltog inte Ryssland, som uteslöts på grund av kriget i Ukraina.

Skolbarns hälsovanor är dessutom en ”WHO collaborative study”, vilket innebär att Världshälsoorganisationen (WHO) står bakom studien och publicerar internationella samlingsrapporter. Mer information om studien och nätverket finns på www.hbsc.org.

1.2 Teoretiska och konceptuella utgångspunkter

WHO definierar hälsa som ”ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp” (1). Med denna definition är hälsa en resurs i det dagliga livet, ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser och fysisk kapacitet. WHO:s definition av hälsa är central i Skolbarns hälsovanor, där utgångspunkten är att självskattad hälsa och välbefinnande är nära förknippade.

Tonåren betecknas ofta som övergången från barndomen till vuxenlivet. Det är en period i livet när det sker stora förändringar, kroppsliga och psykologiska såväl som sociala. Det är också en fas i livet som förknippas med sökande efter en egen identitet, frigörelse från föräldrarna, ökat fokus på kamratrelationer och funderingar på framtiden. För att studera hur barns och ungas hälsa utvecklas och påverkas under denna period tar Skolbarns hälsovanor avstamp i teorier som är hämtade från socialpsykologi och utvecklingspsykologi (2).

Socialpsykologisk utvecklingsteori

I ett tidigt skede av undersökningen låg studiens övergripande fokus på att undersöka barns och ungas hälsa, beteende och livsstil i ett socialt sammanhang. Ett syfte med undersökningen blev därför att få ökad förståelse för den sociala miljö som barn och unga befann sig i, eftersom den sågs som grundläggande för deras beteende och livsstil. De socialpsykologiska utvecklingsteorierna innebär att man inte enbart ser till egenskaper och faktorer hos individen, utan även till samspelet mellan individen och de grupper och samhällen som hen befinner sig i, och hur det påverkar hälsan. Teorierna är, med andra ord, ett försök att förklara och förstå barns och ungas beteenden i förhållande till andra människor. Olika sociala sammanhang såsom familjen, skolan, kamraterna och interaktionen med sociala medier blir viktiga socialiserande krafter för individens utveckling och hälsa.

Inom ramen för det socialpsykologiska förhållningssättet ingår också att studera individuella psykologiska faktorer, såsom copingstrategier, självkänsla och socialt stöd eller brist på stöd, och undersöka hur dessa faktorer kan bidra till förståelsen av ungas hälsa och livsvillkor. Detta perspektiv har påverkat undersökningens inriktning och innehåll. Frågor om familj, vänner och skolmiljö har därför successivt tillkommit, vid sidan av en rad frågor som är relaterade till hälsofrämjande beteenden och riskbeteenden.

Utvecklingspsykologi

Ett utvecklingspsykologiskt perspektiv har också betonats i utformningen av undersökningen. Utifrån det perspektivet lyfts vikten av den fysiska mognadsprocessen, vilken inkluderar puberteten, och den processens påverkan på hälsa, välbefinnande och riskbeteenden. Detta är en av anledningarna till att åldersgrupperna 11-, 13- och 15-åringar ingår i undersökningen.

Den mognadsprocess som äger rum under puberteten omfattar även den kognitiva utvecklingen, som rör självuppfattning och psykologiska processer. De åldersgrupper som ingår i undersökningen representerar den tidiga starten för

puberteten, när unga människor står inför utmaningen med fysiska och känslomässiga förändringar, och mitten av puberteten, när unga människor börjar omvärdera vad som är viktigt i livet och börjar fundera på framtiden.

De ursprungliga teorierna som Skolbarns hälsovanor utgick från är fortfarande aktuella, även om de har utvecklats genom åren. I takt med att samhället har förändrats har även studien utvecklats och ny kunskap tillkommit. Ett ökat fokus har också lagts på ojämlikhet i hälsa och socioekonomiska bestämningsfaktorer för hälsa. Däremot kvarstår det ursprungliga övergripande perspektivet: att se hur barns och ungas hälsa, beteende och livsstil formas i en social och psykologisk kontext.

Hälsans bestämningsfaktorer på befolkningsnivå

Skolbarns hälsovanor är en befolkningsstudie. En sådan definieras brett som en vetenskaplig studie av mänskliga populationer. Det innebär en studie av en grupp individer från den allmänna befolkningen som delar en gemensam egenskap, såsom ålder, kön eller hälsotillstånd. Man kartlägger och beskriver då *utbredningen* och *speciella mönster* i befolkningen av till exempel hälsa och dess bestämningsfaktorer. Det innefattar hälsans bestämningsfaktorer på både individnivå, såsom livsstilsrelaterade bestämningsfaktorer, och strukturell nivå, såsom skola och socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden (se figur 1.2). I Skolbarns hälsovanor ingår frågor som belyser faktorer i alla lager utom det yttersta, såsom samhällsekonomi, miljö- och klimatförändringar samt händelser i omvärlden.

Figur 1.2 Hälsans bestämningsfaktorer för barn och unga.



Källa: Region Gotland. Bearbetad illustration efter Göran Dahlgren och Margret Whiteheads original.

Resultaten från Skolbarns hälsovanor är alltså avsedda att presenteras på aggregerad nivå, det vill säga för barn och unga som grupp. Vidare kan resultaten presenteras för olika grupper av barn, till exempel flickor respektive pojkar, barn i olika åldrar, barn med svensk respektive utländsk bakgrund, barn med olika socioekonomiska förutsättningar och barn med respektive utan

funktionsnedsättning. Syftet är att beskriva olika gruppers hälsa för att förbättra det preventiva arbetet på befolkningsnivå.

Det ska inte förväxlas med screening, det vill säga att man gör medicinska undersökningar av individer i en population för att diagnostisera en sjukdom, utan att de har några symtom på sjukdomen. Syftet är då att så tidigt som möjligt upptäcka en sjukdom för att med behandling minska risken för dödsfall och lidande.

Enkäten i Skolbarns hälsovanor är alltså inte utformad för att användas som screeninginstrument inom till exempel elevhälsan eller hälso- och sjukvården för att identifiera enskilda barn och unga som behöver stöd och behandling. Exempelvis är frågorna om självrapporterade hälsobesvär inte utformade för att identifiera barn som behöver stöd från exempelvis skolan eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Frågorna om längd och vikt är inte heller avsedda att identifiera barn och unga med övervikt och fetma för att erbjuda dem eventuellt stöd. Syftet är istället, som beskrevs ovan, att följa utvecklingen över tid i olika grupper och vilka strukturella faktorer som ligger bakom utvecklingen.

1.3 Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken och dess åtta målområden

Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken, som antogs 2018 av en enig riksdag, är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Folkhälsopolitiken omfattar åtta målområden som bedömts som särskilt viktiga för att nå en god och jämlik hälsa och som speglar förutsättningar för en god hälsa, se figur 1.3. Resultaten från Skolbarns hälsovanor är en viktig källa till uppföljningen av folkhälsopolitiken och dess målområden.

Figur 1.3 Den nationella folkhälsopolitikens målområden



1.4 Urval, genomförande och svarsfrekvens

Åldersgrupperna som ingår i undersökningen är 11-, 13- och 15-åringar, och därför genomförs undersökningen i årskurserna 5, 7 och 9 i Sverige. Urvalet görs för varje årskurs med en klusterdesign i två steg:

1. Först väljs ett antal skolor ut på ett slumpmässigt sätt så att de är representativa för landet. År 2021/22 utökades urvalet för att göra det möjligt att presentera resultat för varje län. Det innebär att skolorna valdes ut på ett slumpmässigt sätt så att de är representativa för varje län.
2. Därefter slumpas en klass på respektive skola. Alla elever i den utvalda klassen erbjuds att delta i undersökningen.

Genomförande av undersökningen

Statistiska centralbyrån (SCB) genomförde undersökningen i årskurs 5 under hösten 2021 och i årskurs 7 och 9 under våren 2022, på uppdrag av Folkhälsomyndigheten. Insamlingsperioden var längre än vanligt som en följd av det utökade urvalet. Det innebär att eleverna i årskurs 7 och 9 var några månader äldre än i tidigare års undersökningar.

Inför undersökningen 2021/22 ombads de deltagande skolornas rektorer att skicka ut ett informationsbrev till föräldrarna. Brevet innehöll information om undersökningens bakgrund och syfte samt om att medverkan är frivillig och att enkäten inte innehåller några identitetsuppgifter. Denna information fanns även på enkätens första sida. Enkäten besvarades anonymt av eleverna i klassrummet.

För första gången genomfördes datainsamlingen med både pappersenkät och webbenkät. Under hösten erbjöds de flesta skolor att besvara en pappersenkät och

en mindre del fick prova webbenkäten. Under våren erbjöds de flesta skolor att besvara webbenkäten, men hade möjlighet att få pappersenkäter om de önskade. Totalt sett besvarade 56 procent av eleverna enkäten på webben och 44 procent enkäten på papper.

Läraren i varje klass ansvarade för datainsamlingen. I de fall pappersenkät användes, lämnade eleverna in sina svar i igenklistrade kuvert som läraren skickade till SCB. SCB sammanställde sedan de insamlade uppgifterna i en datafil och levererade den till Folkhälsomyndigheten. Mer information om genomförandet finns i en teknisk rapport från SCB som kan lämnas ut på begäran.

Svarsfrekvens bland skolor och elever

Det totala urvalet i undersökningen 2021/22 omfattade 4 083 skolor. Av dessa deltog 2 329 skolor (57 procent). Det nationella urvalet gjordes i efterhand från det totala urvalet och omfattade 450 skolor. Av dessa deltog 247 (55 procent).

Sedan starten 1985/86 har svarsfrekvensen successivt minskat bland de skolor som valts ut (se tabell 1.1). Urvalet har då successivt utökats för att hantera det ökade bortfallet och för att få minst 4 500 svarande elever (1 500 i varje årskurs).

Tabell 1.1 Antal och andel skolor som har medverkat i undersökningen 1985/86–2021/22.

Undersökningsår	Antal skolor i urvalet	Antal medverkande skolor	Andel medverkande skolor
1985/86	< 200 (a)	200	100 %
1989/90	200	187	94 %
1993/94	200	178	89 %
1997/98	200	178	89 %
2001/02	230	194	84 %
2005/06	271	224	83 %
2009/10	400	353	88 %
2013/14	500	386	77 %
2017/18	450	213	47 %
2021/22	450 (b)	247	55 %

(a) Uppgift om exakt antal skolor 1985/86 saknas.

(b) Siffrorna avser det nationella urvalet.

Det genomsnittliga bortfallet av elever hos de deltagande skolorna har varit 10–15 procent ända sedan starten 1985/86 (se tabell 1.2). Detta bortfall består av elever som av olika anledningar inte var i skolan den dag då enkäten fylldes i eller som inte ville delta. Bortfallet är således större om man även räknar in eleverna på de skolor som valde att inte medverka. Med detta beräkningssätt var svarsfrekvensen 44 procent 2021/22.

Deltagandet på klassnivå var 80 procent, vilket var något lägre än tidigare undersökningar. En möjlig förklaring är att många var sjuka bland annat till följd av pandemin.

Tabell 1.2 Antal och andel elever som har medverkat i undersökningen 1985/86–2021/22.

Undersökningsår	Antal 11-åringar	Andel 11-åringar	Antal 13-åringar	Andel 13-åringar	Antal 15-åringar	Andel 15-åringar	Totalt, antal	Totalt, andel
1985/86	754	91%	1102	89%	1077	88%	2933	90%
1989/90	1254	91%	1140	85%	1159	80%	3553	85%
1993/94	1225	85%	1208	85%	1151	85%	3584	85%
1997/98	1294	86%	1357	93%	1151	90%	3802	90%
2001/02	1499	90%	1201	87%	1226	84%	3926	87%
2005/06	1522	87%	1368	87%	1531	81%	4421	85%
2009/10	2332	90%	2378	88%	2170	86%	6880	88%
2013/14	2689	90%	2338	91%	2840	88%	7867	90%
2017/18	1181	88%	1452	90%	1661	87%	4294	89%
2021/22	1559	86%	1575	77%	1433	77%	4567	80%

1.5 Enkäten

Frågorna i enkäten har främst utarbetas av forskarna i det internationella nätverket bakom studien. Det finns tydliga riktlinjer för hur frågorna ska testas och kvalitetssäkras innan de får ingå i enkäten. Såväl kvalitativa som kvantitativa metoder används för att säkerställa att frågorna mäter vad de avser att mäta och att de fungerar i olika länder. Dessutom används andra etablerade och validerade frågor och instrument, såsom Cantrils steg, Cohen's Perceived Stress Scale och Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale och Adolescent Stress Questionnaire. Läs mer om enskilda frågor och instrument i det internationella protokollet för studien som finns på www.hbsc.org.

Enkäten består av *bakgrundsfrågor*, *basfrågor* och *fördjupningsfrågor*.

Bakgrundsfrågorna och basfrågorna ställs till eleverna i samtliga deltagande länder, medan varje land väljer vilka fördjupningsfrågor som ska ingå.

Till *bakgrundsfrågorna* hör frågor om elevens kön, födelseår, födelsemånad, födelseland och familjesituation samt föräldrarnas sysselsättning och familjens ekonomiska situation. Svaren på några av bakgrundsfrågorna för 2021/22 redovisas i tabell 1.3.

Basfrågorna i enkäten rör alkohol-, tobaks- och matvanor, fysisk aktivitet, hälsa, hälsobesvär, kroppsuppfattning, relationer till vänner och föräldrar, skolan och mobbning. Eleverna i årskurs 9 får även besvara frågor om sex och drogvänor.

Sverige valde i undersökningen 2021/22 att ställa *fördjupningsfrågor* om covid-19-pandemin, psykisk hälsa och välbefinnande, långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar, medicinanvändning, stillasittande, skolstress, skolprestationer samt relationerna mellan elever och lärare. Sverige har även inkluderat frågor om skolprestationer, snus samt relationer och sexualitet.

År 2021/22 beslöt det internationella nätverket att ha psykisk hälsa som fokusområde. Frågor om ensamhet, självförmåga och stress inkluderades därför.

Enkäten omfattade 65 frågor till årskurs 5, 71 frågor till årskurs 7 och 78 frågor till årskurs 9. Enkäten till eleverna i årskurs 9 finns i bilaga 1.

Tabell 1.3 Redovisning av några bakgrundsvariabler för de svarande eleverna år 2021/22, antal och andel.

Grupp	Antal 11-åringar	Andel 11-åringar	Antal 13-åringar	Andel 13-åringar	Antal 15-åringar	Andel 15-åringar	Totalt antal	Total andel
Flickor	742	48%	778	50%	671	47%	2191	49%
Pojkar	766	50%	746	48%	712	50%	2224	49%
Annat	24	2%	39	3%	44	3%	107	2%
Bor med båda föräldrarna	1014	75%	1099	77%	953	74%	3066	76%
Bor växelvis hos föräldrarna	121	9%	89	6%	74	6%	284	7%
Bor mestadels med en förälder	46	3%	96	7%	89	7%	231	6%
Bor med en förälder	94	7%	84	6%	116	9%	294	7%
Bor inte med föräldrarna	72	5%	55	4%	57	4%	184	5%
Svensk bakgrund	1119	77%	1117	74%	1042	76%	3278	76%
Utländsk bakgrund	338	23%	385	26%	325	24%	1048	24%
Bra ställt ekonomiskt	1377	90%	1254	81%	1075	76%	3706	82%
Genomsnittligt ställt ekonomiskt	126	8%	264	17%	285	20%	675	15%
Inte bra ställt ekonomiskt	22	1%	31	2%	57	4%	110	3%
Totalt	1559	100%	1575	100%	1433	100%	4567	100%

1.6 Barnkonventionen

Rapporten Skolbarns hälsovanor bygger på svaren från eleverna själva och det ser vi generellt som en styrka. Det är elevernas egna åsikter och erfarenheter som vi samlar information om och det är avgörande när vi vill beskriva barns och ungas liv och vardag, precis som de upplevs av dem själva. Det är särskilt betydelsefullt med tanke på att FN:s konvention om barnets rättigheter, även kallad barnkonventionen, sedan 1 januari 2020 har införlivats i svensk lag.

Barnkonventionen fastslår varje barns rättigheter och statens ansvar i 54 artiklar (3). Artikel 2, 3, 6 och 12 kallas för de fyra grundprinciperna. Alla övriga artiklar utgår ifrån dem.

- Artikel 2: Om alla barns lika värde och rättigheter. Ingen får diskrimineras. Barnkonventionen gäller för alla barn som befinner sig i ett land som har ratificerat den.
- Artikel 3: I alla åtgärder som rör barn ska i första hand det som bedöms vara barnets bästa beaktas. Begreppet ”barnets bästa” är konventionens grundpelare. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall och hänsyn ska tas till barnets egen åsikt och erfarenhet.

- Artikel 6: Varje barns rätt till liv, överlevnad och utveckling. Det handlar inte bara om barnets fysiska hälsa utan också om den andliga, moraliska, psykiska och sociala utvecklingen.
- Artikel 12: Barnets rätt att bilda och uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör hen. När åsikterna beaktas ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad.

1.7 Redovisning av resultat

I den här rapporten presenteras ett urval av resultaten från undersökningen 2021/22. Jämförelser över tid görs för de flesta av de frågor som har ingått tidigare år. Det finns grundrapporter även för flera av de tidigare undersökningarna.

Rapporten innehåller beskrivande statistik för enskilda frågor. I vissa fall presenteras andelen elever som kryssat för ett visst svarsalternativ på en fråga, och i andra fall har flera svarsalternativ slagits ihop. Det gäller både presentationen av resultat från undersökningen 2021/22 och redovisningen av tidsserier. Svaren redovisas uppdelade på både kön och ålder. I Folkhälsodata på Folkhälsomyndighetens webbplats redovisas hela elevgruppens svar på samtliga frågor som presenteras i rapporten, med samtliga svarsalternativ.

För att räkna upp andelar till befolkningsnivå brukar resultatet viktas så att det kan visas för hela populationen. I denna rapport har inga vikter använts på grund av att det bara är undersökningarna för åren 2013/14, 2017/18 och 2021/22 som är försedda med vikter. För att göra resultaten jämförbara med tidigare år har vi inte använt vikterna.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. För att se om det finns skillnader mellan jämförelsegrupperna beräknades dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent. Det aktuella konfidensintervallet kallas Wilson score interval. Om konfidensintervallen för två jämförelsegrupper inte överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad mellan dessa grupper.

I denna rapport har vi endast kommenterat skillnader som är statistiskt säkerställda.

Observera att de nationella resultaten för 2021/22 och resultaten för ”riket” i den regionala rapporten för 2021/22 kan skilja sig åt. Det beror på att de nationella resultaten baseras på ett nationellt urval av 450 skolor, medan de regionala resultaten baseras på det totala urvalet av 4 083 skolor. Vidare har vikter används vid presentation av de regionala resultaten.

KAPITEL 2

Sociala relationer



2. Sociala relationer

Huvudresultat

- En hög och stabil andel kan prata med mamma om saker som bekymrar dem.
- Andelen tonårsflickor som kan prata med pappa om saker som bekymrar dem har ökat. Ändå är det en tredjedel som inte kan det.
- Fler flickor än pojkar känner sig ensamma i alla tre åldrarna, och andelen ökar med stigande ålder.

2.1 Inledning

Sociala relationer spelar en viktig roll för hälsan i olika faser i livet, bland annat genom det stöd som de kan innebära. Bristfälliga sociala relationer kan på motsatt vis utgöra en påfrestning som skapar ohälsa (4-6).

Under uppväxten har olika individer i den ungas omgivning olika stor betydelse för hens utveckling. Det finns en hypotes om att socialt stöd från jämnåriga kamrater får en ökad betydelse i tonåren och att stödet från föräldrar under samma period får en underordnad betydelse. Samtidigt finns det flera studier som tyder på att socialt stöd från föräldrar har betydelse genom hela uppväxten (7).

Socialt stöd har länge ansetts vara en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa (8), även om sambandet troligen är komplext och kan gå i båda riktningar (9). Forskning visar till exempel att det finns ett samband mellan socialt stöd och minskad risk för depression bland unga (7, 10). Det finns även ett svagt samband mellan socialt stöd och ett brett mått på välbefinnande bland unga, varav det starkaste sambandet gäller olika självkoncept såsom gott självförtroende och hög tilltro till den egna förmågan. Det verkar alltså som att socialt stöd även kan vara viktigt för det psykiska välbefinnandet hos unga (11).

I detta kapitel redovisas områden i Skolbarns hälsovanor som handlar om relationer inom familjen och vänskapsrelationer (inklusive ensamhet). I kapitel 4 presenteras frågor som handlar om hur ofta man kommunicerar med familj och vänner på nätet.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid *inte* överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

2.2 Familjerelationer

Ungdomstiden är en period när unga människor blir allt mer självständiga i relation till sin familj. Föräldrar och andra familjemedlemmar spelar dock fortfarande en avgörande roll för att främja ungdomars välbefinnande genom att skapa en trygg miljö där ungdomar kan utforska sitt jag och sin egen identitet (12).

Kommunikationen med föräldrar anses vara både ett mått på socialt stöd från föräldrarna, och ett mått på graden av anknytning till föräldrarna.

Tidigare analyser av data från Skolbarns hälsovanor visar på ett starkt samband mellan elevernas relation till sina föräldrar och förekomsten av självrapporterade hälsobesvär. Besvären förekommer i större utsträckning bland elever som uppger att de har svårt att prata med båda sina föräldrar, eller med en förälder, om saker som bekymrar dem, jämfört med de som uppger att de har lätt för att prata med båda sina föräldrar (13). Andra studier visar också på att en förbättrad relation mellan barn och unga och deras föräldrar minskar risken för sämre skolprestationer och låg självkänsla (14, 15).

I Skolbarns hälsovanor har eleverna ända sedan starten 1985/86 fått ange hur lätt de har för att prata med pappa respektive mamma om saker som bekymrar dem. I figur 2.1 visas andelen flickor och pojkar i respektive ålder som 2021/22 har lätt eller mycket lätt för att prata med pappa respektive mamma om saker som bekymrar dem. Figuren visar att pojkarna i högre utsträckning än flickorna har lätt eller mycket lätt för att prata med sin pappa. Däremot är det ingen skillnad mellan flickor och pojkar i att ha lätt eller mycket lätt för att prata med sin mamma, förutom bland 13-åringarna, där pojkarna i något högre utsträckning har lätt för att prata med mamma.

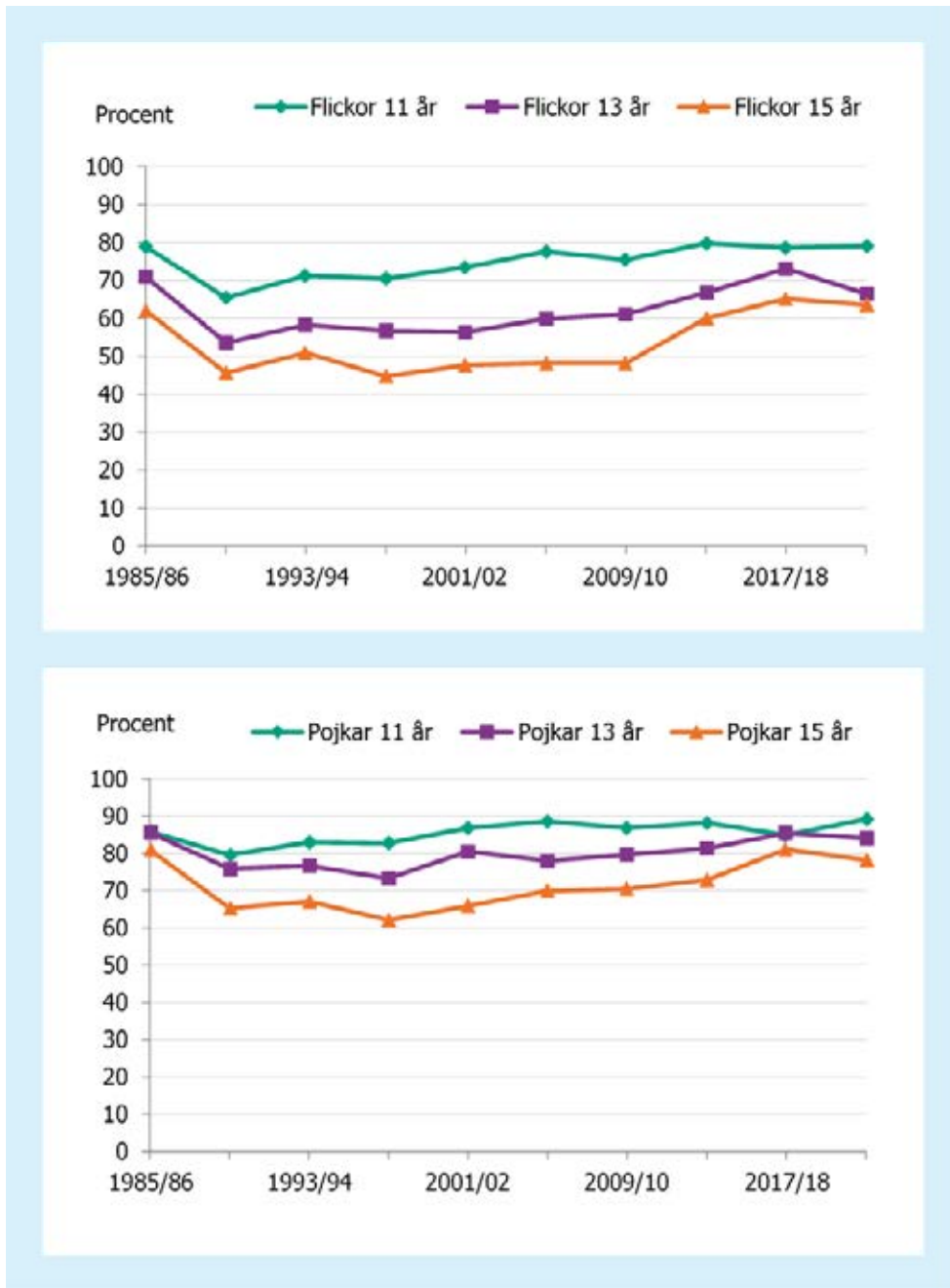
Bland pojkarna är det en högre andel, 87–94 procent, som tycker att det är lätt att prata med mamma, jämfört med 78–89 procent som tycker att det är lätt att prata med pappa. Även bland flickorna har en högre andel, 82–91 procent, lätt eller mycket lätt att prata med mamma om saker som bekymrar dem, jämfört med att prata med pappa, 64–79 procent.

Figur 2.1 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har lätt eller mycket lätt för att prata med pappa respektive mamma om saker som bekymrar dem, 2021/22.



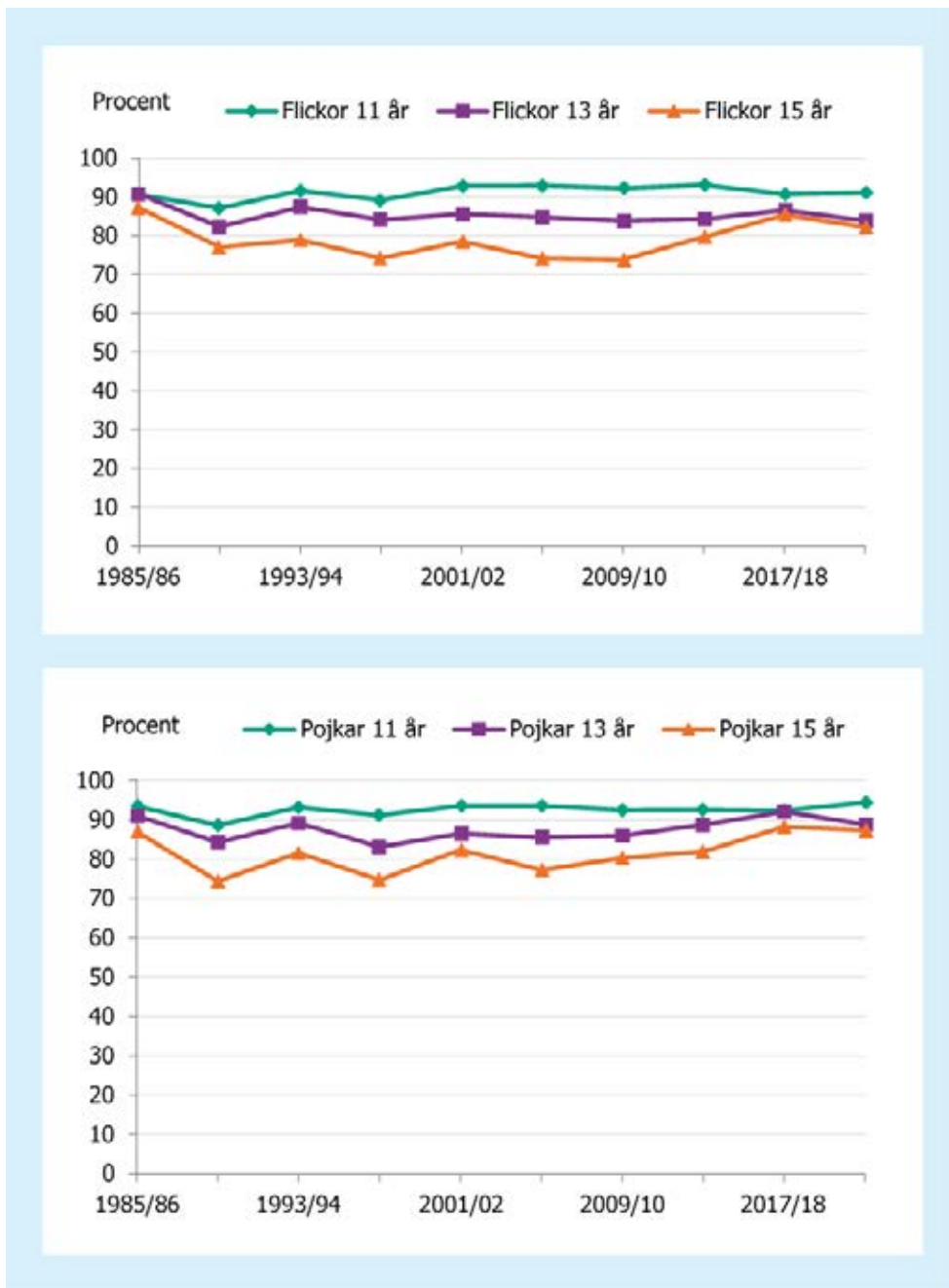
I figur 2.2 visas andelen flickor och pojkar 1985/86–2021/22 som har lätt eller mycket lätt för att prata med sin pappa om saker som bekymrar dem. Sedan slutet på 1980-talet fram till 2017/18, tycker allt fler elever att det är lätt eller mycket lätt att prata med pappa. Ökningen är statistiskt signifikant mellan åren 2009/10 och 2017/18 bland både flickor och pojkar i åldern 13 och 15 år. Mellan 2017/18 och 2021/22 planande ökningen ut både för pojkar och flickor i alla åldrarna.

Figur 2.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har lätt eller mycket lätt för att prata med pappa om saker som bekymrar dem, 1985/86–2021/22.



I figur 2.3 visas motsvarande andel när det gäller att prata med sin mamma om bekymmer. Bland både pojkar och flickor har andelen varit hög och stabil sedan studien startade, och legat på nivåer mellan drygt 70 och 90 procent.

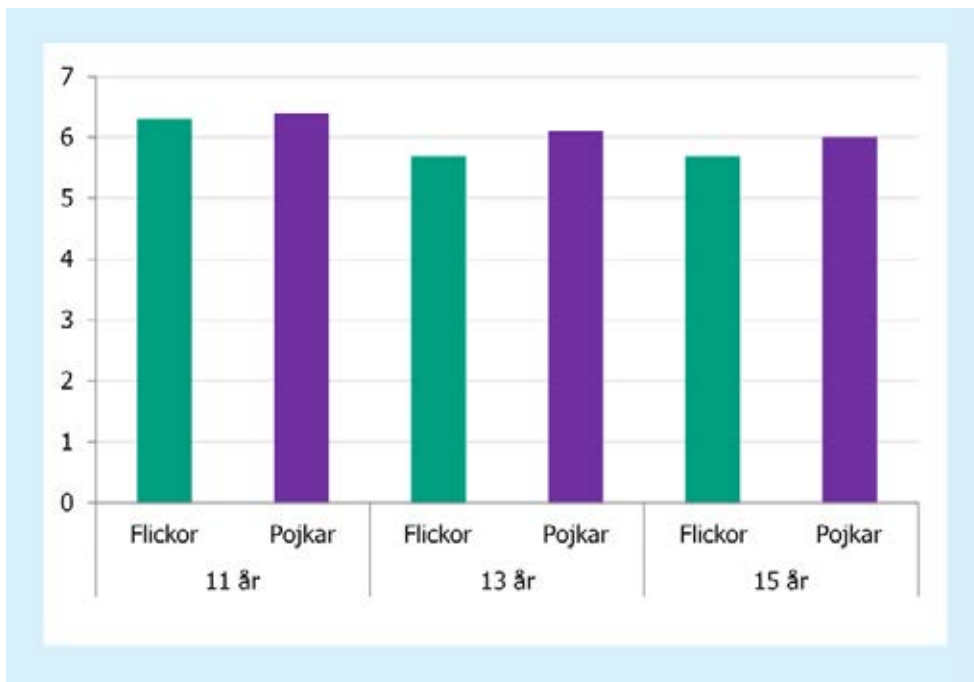
Figur 2.3 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har lätt eller mycket lätt för att prata med mamma om saker som bekymrar dem, 1985/86–2021/22.



I Skolbarns hälsovanor får eleverna ta ställning till fyra påståenden som syftar till att mäta vilket socialt stöd de upplever från sin familj. Frågorna är hämtade från ett frågebatteri som heter ”Multidimensional Perceived Social Support Scale” (MSPSS) (16, 17). Alla frågorna har en svars skala från 1 till 7, från *håller verkligen inte med* till *håller verkligen med*. Svaren på de fyra påståendena har summerats till 4–28 och sedan delats med 4, för att få ett medelvärde för stöd från familjen. Ju högre värde, desto bättre stöd från familjen. I figur 2.4 presenteras medelvärdena för flickor och pojkar i respektive ålder för 2021/22.

De 11-åriga flickorna har ett något högre stöd från familjen med en genomsnittlig nivå på 6,3, jämfört med 5,7 för de 13- och 15-åriga flickorna. Även de 11-åriga pojkarna har ett något högre stöd från familjen jämfört med de 13- och 15-åriga pojkarna, med en genomsnittlig nivå på 6,4. För de 13- och 15-åriga pojkarna ligger den genomsnittliga nivån på cirka 6.

Figur 2.4 Stöd från familjen bland flickor och pojkar i respektive ålder, 2021/22, medelvärden.



2.3 Vänskapsrelationer

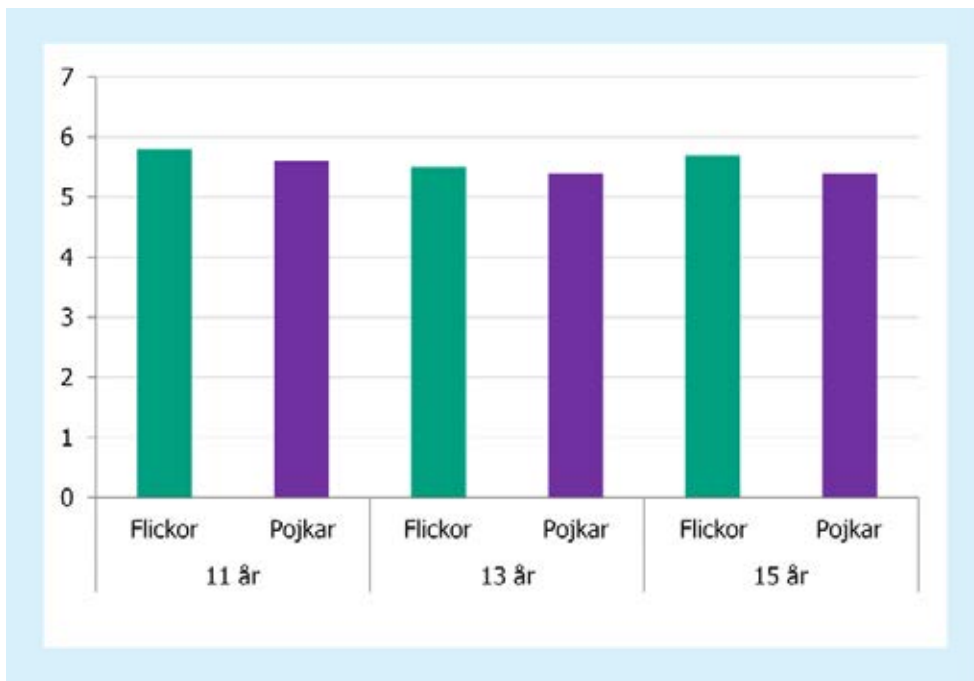
Under uppväxten spelar kamratrelationer inte bara en viktig roll för emotionellt stöd och socialisering. Det är också viktigt för det självupplevda välbefinnandet (18-21). Nära och stödjande vänskapsrelationer är förknippade med bättre social kompetens (22), mindre ensamhet (23) och bättre skolprestationer (24, 25). Å andra sidan tycks det finnas ett samband mellan att sakna nära relationer med vänner och en ökad risk för inåtvända psykiska problem (26). Vänskapsrelationer kan vara en viktig källa till socialt stöd, på samma sätt som familjerelationer.

I Skolbarns hälsovanor får eleverna ta ställning till fyra påståenden som syftar till att mäta vilket socialt stöd de upplever från sina vänner. Frågorna är hämtade från ett frågebatteri som heter ”Multidimensional Perceived Social Support Scale” (MSPSS) (16, 17). Alla frågorna har en svars skala från 1 till 7, från *håller verkligen inte med* till *håller verkligen med*. Svaren på de fyra påståendena har summerats till 4–28 och sedan delats med 4, för att få ett medelvärde för stöd från vänner. Ju högre värde, desto bättre stöd från vänner. I figur 2.5 presenteras medelvärden för flickor och pojkar i respektive ålder.

De 11-åriga flickorna har ett högre stöd från vänner jämfört med de 13-åriga flickorna, med en genomsnittlig nivå på 5,8 respektive 5,5. De 15-åriga flickorna

har en genomsnittlig nivå på 5,7, vilket inte skilde sig från de andra åldersgrupperna. De 11-åriga pojkarna har en genomsnittlig nivå på 5,6, vilket inte skilde sig från de 13-och 15-åriga pojkarna, med en genomsnittlig nivå på 5,4.

Figur 2.5 Stöd från vänner bland flickor och pojkar i respektive ålder, 2021/22, medelvärden.



2.4 Ensamhet

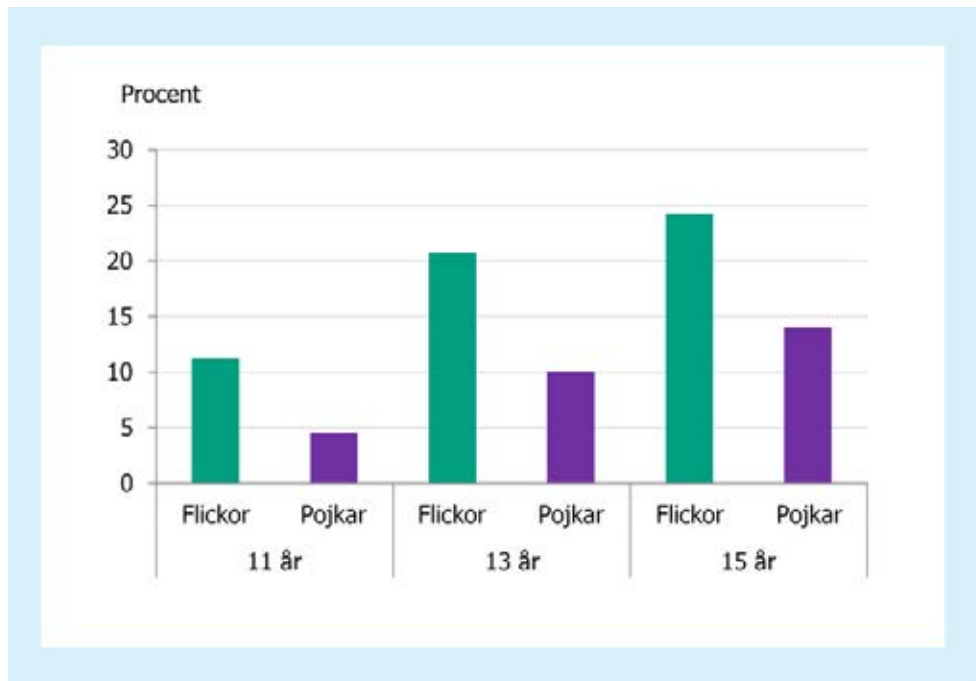
Ensamhet beskrivs som en obalans mellan en persons önskade och faktiska nivå av sociala relationer, och känslan av nedstämdhet som denna obalans skapar (27). Det är en subjektiv upplevelse av kvaliteten i befintliga sociala relationer, eller avsaknaden av relationer överhuvudtaget (28, 29). Viljan att tillhöra och känna social gemenskap är en grundläggande aspekt av mänsklig utveckling och funktion. Det finns ett samband mellan stark och långvarig upplevelse av ensamhet och en rad fysiska och psykiska aspekter av ohälsa (30-33). En amerikansk studie har visat att ensamhet bland unga i 15-årsåldern ökar risken för bland annat sämre självskattad hälsa, depression och övervikt i vuxen ålder (34).

Känna sig ensam

I undersökningen 2017/18 ställs en fråga i Skolbarns hälsovanor om ensamhet till eleverna i årskurs 9. Vid undersökningen 2021/22 ställs frågan till alla tre årskurserna. Frågan är ”Under de senaste 12 månaderna, hur ofta har du känt dig ensam?”, med svarsalternativen *aldrig*, *sällan*, *ibland*, *oftast* och *alltid*. De som svarar *oftast* eller *alltid* redovisas som de som känner sig ensamma. Här redovisar vi resultaten från den senaste undersökningen när alla tre årskurserna fick svara på frågan.

I figur 2.6 visas andelen flickor och pojkar i respektive ålder som känner sig ensamma. I alla åldersgrupperna är det en högre andel flickor än pojkar som känner sig ensamma. För flickorna ökar andelen mellan 11 och 13 år, från 11 procent till drygt 20 procent. Däremot är det ingen skillnad mellan de 13- och 15-åriga flickorna. Pojkarna visar samma mönster, det vill säga en ökning mellan 11 och 13 år, från 4 till 10 procent, men däremot ingen skillnad mellan 13- och 15-åringarna.

Figur 2.6 Andelen flickor och pojkar i respektive ålder som känner sig ensamma oftast eller alltid, 2021/22.



KAPITEL 3

Skolan



3. Skolan

Huvudresultat

- Trivseln i skolan fortsätter att minska sedan 2013/14 för både flickor och pojkar i åldrarna 13 och 15 år.
- Skolstressen fortsätter att öka sedan 2009/10 för både flickor och pojkar i alla åldrarna.
- Allt fler mobbas i skolan sedan 2009/10.

3.1 Inledning

Barn och ungdomar tillbringar en väsentlig del av sin tid i skolan under åtskilliga år. Erfarenheter i skolan påverkar elevernas kognitiva utveckling, fysiska och psykiska hälsa samt framtida val av utbildning, möjligheter och arbete (35-39). En stödjande skolmiljö som främjar trivsel i skolan kan vara skyddande och en tillgång för hälsofrämjande beteenden, hälsa och välbefinnande (40). Å andra sidan kan en icke-stödjande skolmiljö och skolrelaterad stress vara riskfaktorer för att utveckla ohälsosamma beteenden, såväl som akademiska misslyckanden (38, 39, 41-45).

I Skolbarns hälsovanor ställs frågor om trivseln i skolan sedan 1985/86, skolrelaterad stress sedan 1997/98, och elevernas sociala relationer till sina klasskamrater och lärare sedan 2001/02 respektive 2013/14. I den senaste undersökningen 2021/22 har skolfrågorna utökats med ytterligare nio frågor om skolstress från Adolescent Stress Questionnaire (ASQ), ytterligare sex frågor om relationen till lärare (Student-Teacher Connectedness), och frågor om betyg och prestationer.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid inte överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

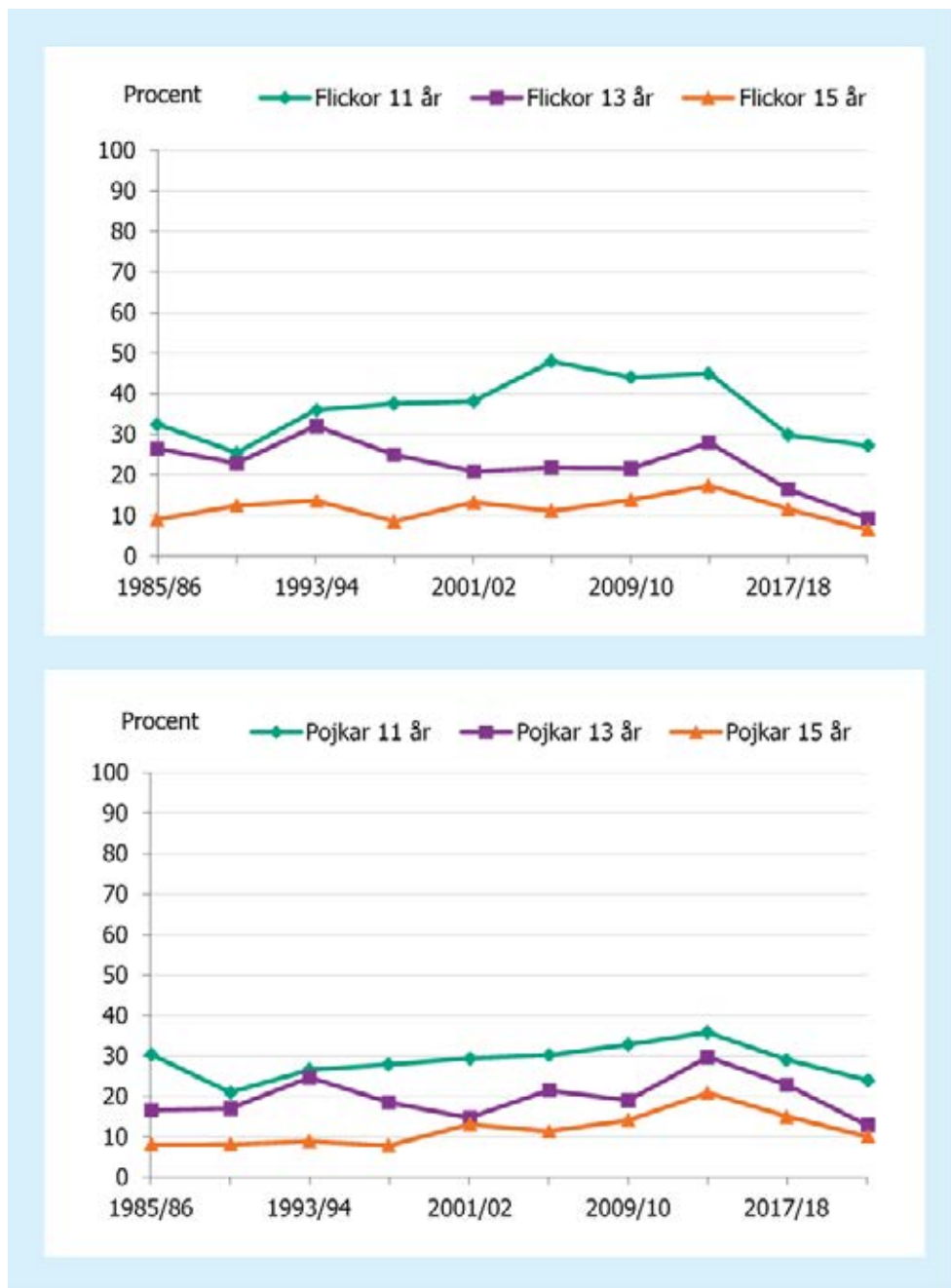
3.2 Trivsel i skolan

Resultat från ett stort antal studier tyder på ett samband mellan trivsel i skolan och elevernas hälsa (35, 46, 47). Trivsel i skolan är också förknippat med bra skolprestationer (40, 48). Låg skoltrivsel har däremot visat sig ha samband med riskbeteenden, såsom användning av alkohol, tobak och droger (49, 50), och med lägre självskattad hälsa samt ökade självrapporterade hälsobesvär (51, 52). Sambandet mellan upplevelsen av skolmiljön och elevers hälsa verkar dock variera mellan olika undergrupper av elever, och särskilt mellan flickor och pojkar (53, 54).

Sedan 1985/86 har eleverna i Skolbarns hälsovanor fått svara på vad de tycker om skolan nuförtiden utifrån alternativen jag tycker mycket bra om den, jag tycker ganska bra om den, jag tycker inte särskilt bra om den och jag tycker inte alls om den. Figur 3.1 visar andelen elever som har svarat jag tycker mycket bra om den, och det framgår att andelen minskar med åldern.

Andelen 11-åringar som tycker mycket bra om skolan ökade kontinuerligt från 80-talets slut till 00-talets mitt för flickor, för att sedan plana ut. För pojkar ökade andelen fram till 2013/14. Därefter har andelen minskat och sedan planat ut för både flickor och pojkar och var 27 respektive 24 procent 2021/22.

Figur 3.1 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som tycker mycket bra om skolan, 1985/86–2021/22.



Andelen 13-åringar som tycker mycket bra om skolan har fluktuerat sedan 1980-talet, men även för 13-åringarna minskade andelen som tycker mycket bra om skolan mellan 2013/14 och 2021/22, både för flickor och pojkar. År 2021/22 var andelen 9 respektive 13 procent, vilket är de lägsta sedan studiens start.

För 15-åringarna låg andelen som tycker mycket bra om skolan stabilt mellan 8 och 14 procent under perioden 1985/86 till 2009/10. De högsta nivåerna för både flickor och pojkar uppmättes 2013/14, när de låg på 17 procent för flickorna och 21 procent för pojkarna. Därefter har andelen som tycker mycket bra om skolan minskat, och var 7 procent bland flickorna och 10 procent bland pojkarna 2021/22.

3.3 Sociala relationer i skolan

Socialt stöd är centralt för barns och ungas levnadsvanor och hälsa. Stödet kan komma från exempelvis vårdnadshavare och släkt, vänner, klasskamrater och lärare. Socialt stöd från lärare, till exempel, är relaterat till bättre psykisk hälsa (55) samt lägre risk för alkoholanvändning (56), daglig rökning och cannabisanvändning (57). Känslomässigt stöd från lärare är också relaterat till elevens sociala förmåga och skolresultat (58, 59). Socialt stöd från klasskamrater är relaterat till högre livstillfredsställelse och lägre nivåer av självrapporterade hälsobesvär (39, 60). Det finns också ett samband mellan socialt stöd från klasskamrater och minskad risk för att rapportera utsatthet för mobbing (61).

Sedan undersökningen 1993/94 har eleverna fått ta ställning till ett antal påståenden om de andra eleverna i skolan. Svartalternativen har ändrats vid flera tillfällen, så här redovisas svaren för perioden 2001/02–2021/22. I senaste undersökningen 2021/22 fick eleverna ange ett av följande svartalternativ: håller verkligen med, håller med, jag varken håller med eller inte håller med, håller inte med och håller verkligen inte med till tre påståenden: ”Eleverna i min klass trivs tillsammans”, ”De flesta eleverna i min klass är snälla och hjälpsamma” och ”De andra eleverna accepterar mig som jag är”. Elevernas svar på de tre påståendena har summerats till 3–15, och sedan delats med 3. Här presenteras andelen av de som har ett genomsnitt på minst 4, vilka anses ha högt socialt stöd från klasskamrater.

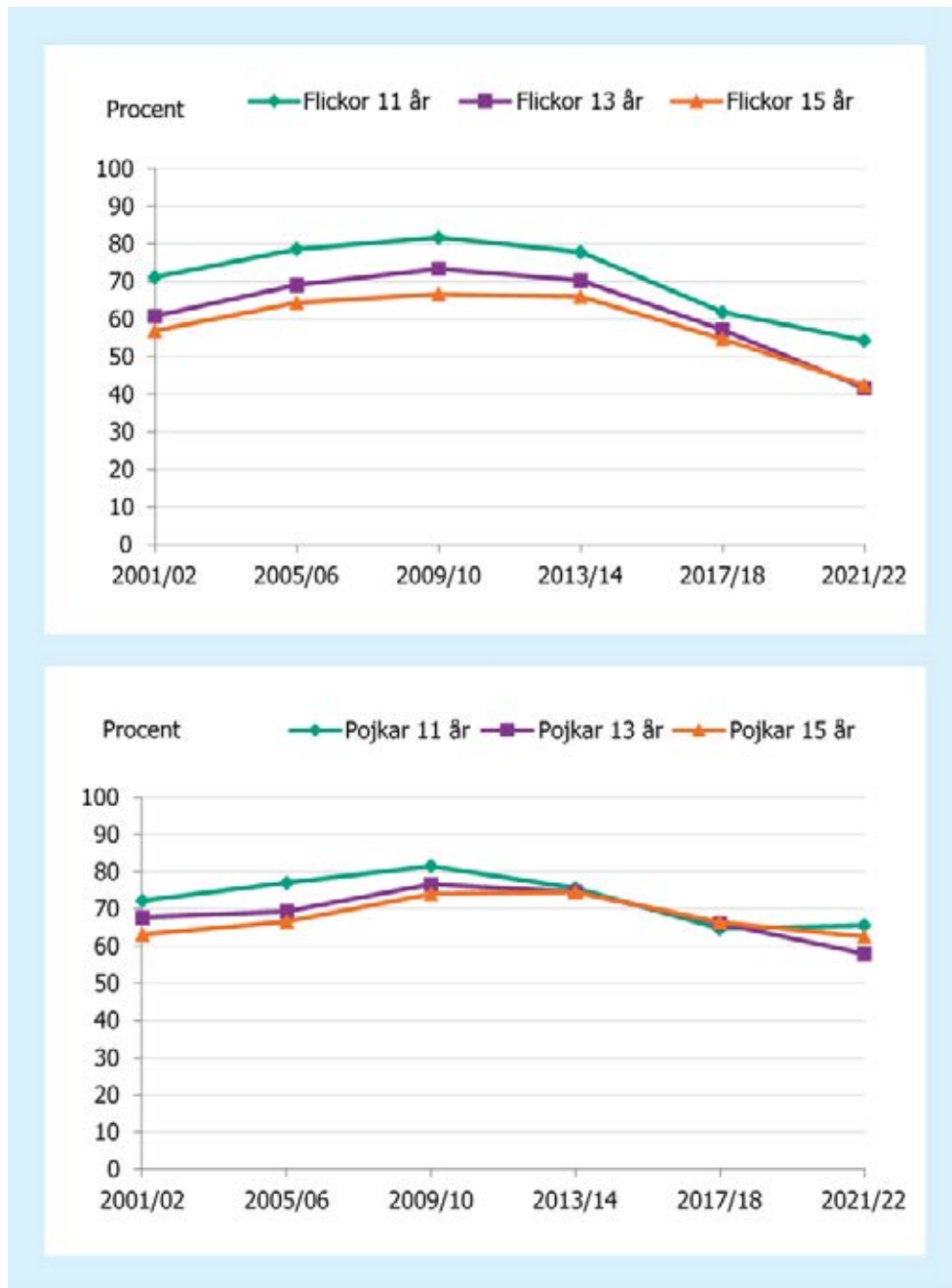
För de 11-åriga flickorna ökade andelen som hade högt socialt stöd från klasskamrater, från 71 till 82 procent mellan 2001/02 och 2009/10, figur 3.2. Därefter har andelen gradvis minskat och var 54 procent 2021/22.

Även för de 13-åriga flickorna ökade andelen som hade högt socialt stöd från klasskamrater, från cirka 60 till cirka 70 procent mellan 2001/02 och 2005/06. Därefter låg det kvar på samma nivå, cirka 70 procent, fram till 2017/18, när det sjönk till 57 procent och sedan sjönk det ytterligare till drygt 40 procent vid undersökningen 2021/22.

De 15-åriga flickorna följde samma mönster som de 13-åriga flickorna. Andelen som hade högt socialt stöd från klasskamrater ökade från cirka 55 till cirka 65 procent mellan 2001/02 och 2013/14. År 2017/18 sjönk andelen till 55 procent och sedan ytterligare till 42 procent vid undersökningen 2021/22.

Bland de 11-åriga pojkarna fluktuerade andelen som hade högt socialt stöd från klasskamrater mellan drygt 70 och 80 procent mellan 2001/02 och 2009/10. Andelen sjönk därefter mellan 2009/10 och 2013/14 från 82 till 75 procent, och sedan ytterligare till 65 procent 2017/18 och låg sedan kvar på den nivån 2021/22.

Figur 3.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har högt socialt stöd från klasskamrater, 2001/02–2021/22.



För de 13-åriga pojkarna låg andelen som hade högt socialt stöd från klasskamrater kring 70 procent mellan 2001/02 och 2005/06. Därefter steg det till cirka 75 procent åren 2009/10 och 2013/14. Vid undersökningen 2017/18 sjönk andelen till 66 procent och sedan ytterligare till 58 procent 2021/22.

För de 15-åriga pojkarna låg andelen som hade högt socialt stöd från klasskamrater kring 65 procent mellan 2001/02 och 2005/06. Därefter steg det till cirka 75 procent åren 2009/10 och 2013/14. Vid undersökningen 2017/18 sjönk andelen till 65 procent igen och låg sedan kvar på samma nivå 2021/22.

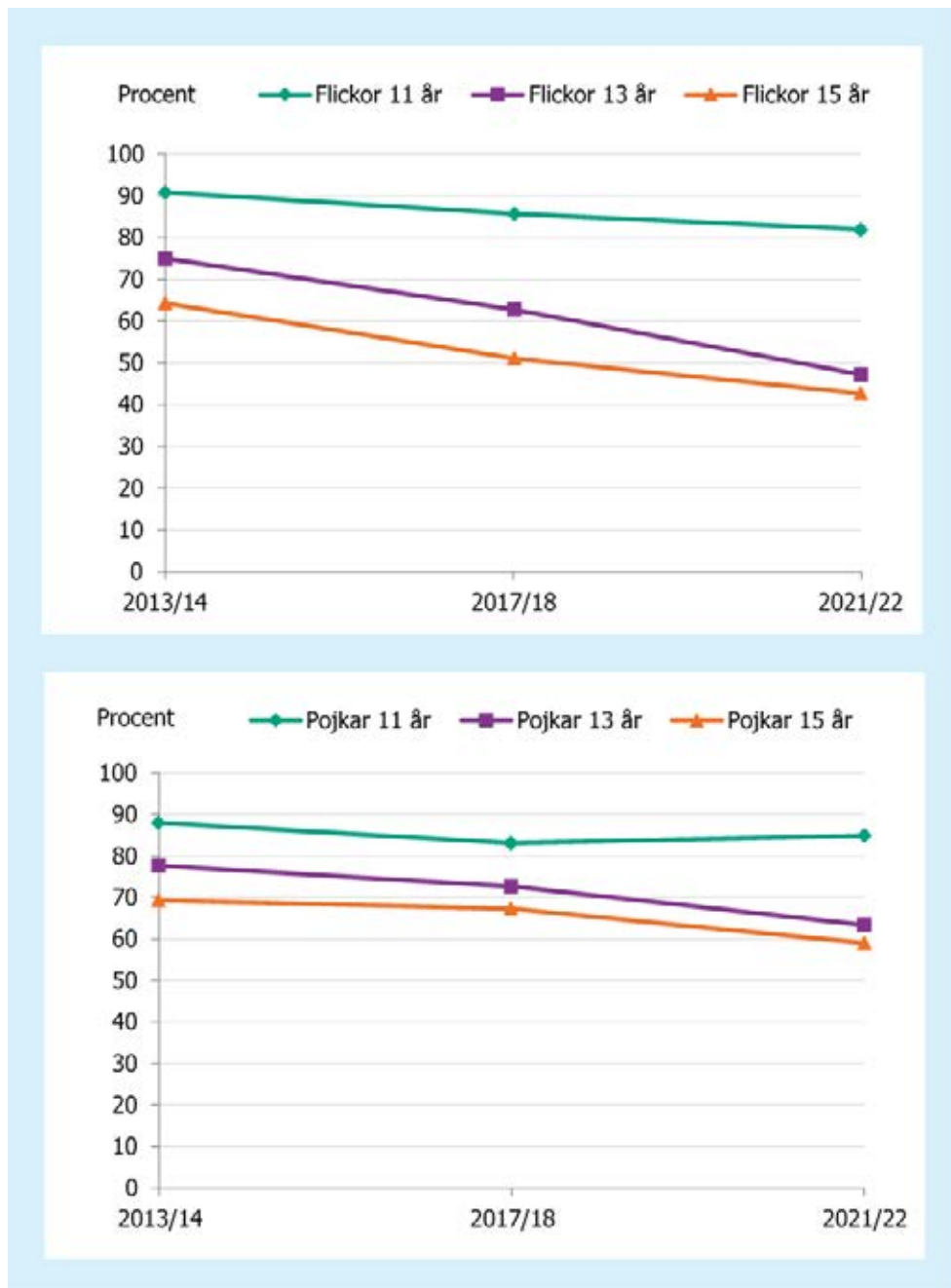
Vid den senaste undersökningen 2021/22 har pojkarna högre socialt stöd från klasskamrater jämfört med flickorna, i alla tre åldrar.

Eleverna har också fått ta ställning till tre påståenden om sina lärare: ”Mina lärare bryr sig om mig som person”, ”Mina lärare accepterar mig som jag är” och ”Jag litar på mina lärare”. Eleverna har fått ange ett av följande alternativ: håller verkligen med, håller med, jag varken håller med eller inte håller med, håller inte med och håller verkligen inte med. Även här har elevernas svar på de tre påståendena summerats till 3–15, och sedan delats med 3. Här presenteras andelen av de elever som har ett genomsnitt på minst 4, vilka anses ha högt socialt stöd från lärare, 2013/14–2021/22.

För de 11-åriga flickorna sjönk andelen som hade högt lärarstöd från cirka 90 procent 2013/14, till 86 procent 2017/18, och låg sedan kvar på drygt 80 procent 2021/22, figur 3.3. För de 13-åriga flickorna sjönk andelen som hade högt lärarstöd successivt från 75 procent, 63 procent respektive 47 procent under samma tidsperiod. De 15-åriga flickorna visar på samma mönster som de 13-åriga flickorna. Andelen som hade högt lärarstöd sjönk successivt från 64 procent, 51 procent respektive 43 procent under samma tidsperiod.

Andelen bland de 11-åriga pojkarna som hade högt lärarstöd sjönk från 88 till 83 procent mellan 2013/14 och 2017/18, och låg sedan kvar på samma nivå 2021/22. För de 13-åriga pojkarna var det cirka 75 procent som hade högt lärarstöd 2013/14 och 2017/18. Andelen sjönk sedan till 63 procent 2021/22. Även för de 15-åriga pojkarna sjönk andelen som hade högt lärarstöd mellan 2017/18 och 2021/22, från knappt 70 procent (2013/14 och 2017/18) till 60 procent.

Figur 3.3 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har högt lärarstöd, 2013/14–2021/22.



Vid den senaste undersökningen 2021/22 är det vanligare att pojkar i 13- och 15-årsåldern har högt lärarstöd jämfört med flickor i samma åldrar, men det är ingen skillnad mellan könen för 11-åringarna.

Att ha en nära relation med minst en vuxen i sitt liv har stor betydelse för unga människors hälsa (62). Utöver hemmiljön fyller lärarna en viktig roll för sina elever. Därför ingick i undersökningen 2021/22 ytterligare ett frågebatteri om elevernas relation till sina lärare (Teacher-Student Connectedness) (63). Eleverna fick ta ställning till sex påståenden om sina lärare (se enkäten, bilaga 1, fråga 60), med följande svarsalternativ *håller verkligen inte med, håller inte riktigt med,*

håller med lite grann och håller verkligen med. Svaren på de sex frågorna summeras för varje elev och ger summan 6–24. Ju högre värde, desto bättre elev-lärarelation. I figur 3.4 presenteras medelvärden för flickor och pojkar i respektive ålder.

De 11-åriga flickorna har en bättre elev-lärarelation än de äldre flickorna, med en genomsnittlig nivå på 19,9. Den lägsta nivån har de 13-åriga flickorna, 17,5, medan de 15-åriga flickorna har en något högre nivå, 18,0. För pojkarna försämras elev-lärarelationen med stigande ålder, från 19,0 för 11-åringarna, till 17,7 och 17,2 för 13- och 15-åringarna.

Figur 3.4 Elev-lärarelation bland flickor och pojkar i respektive ålder, 2021/22. Summor (6–24).

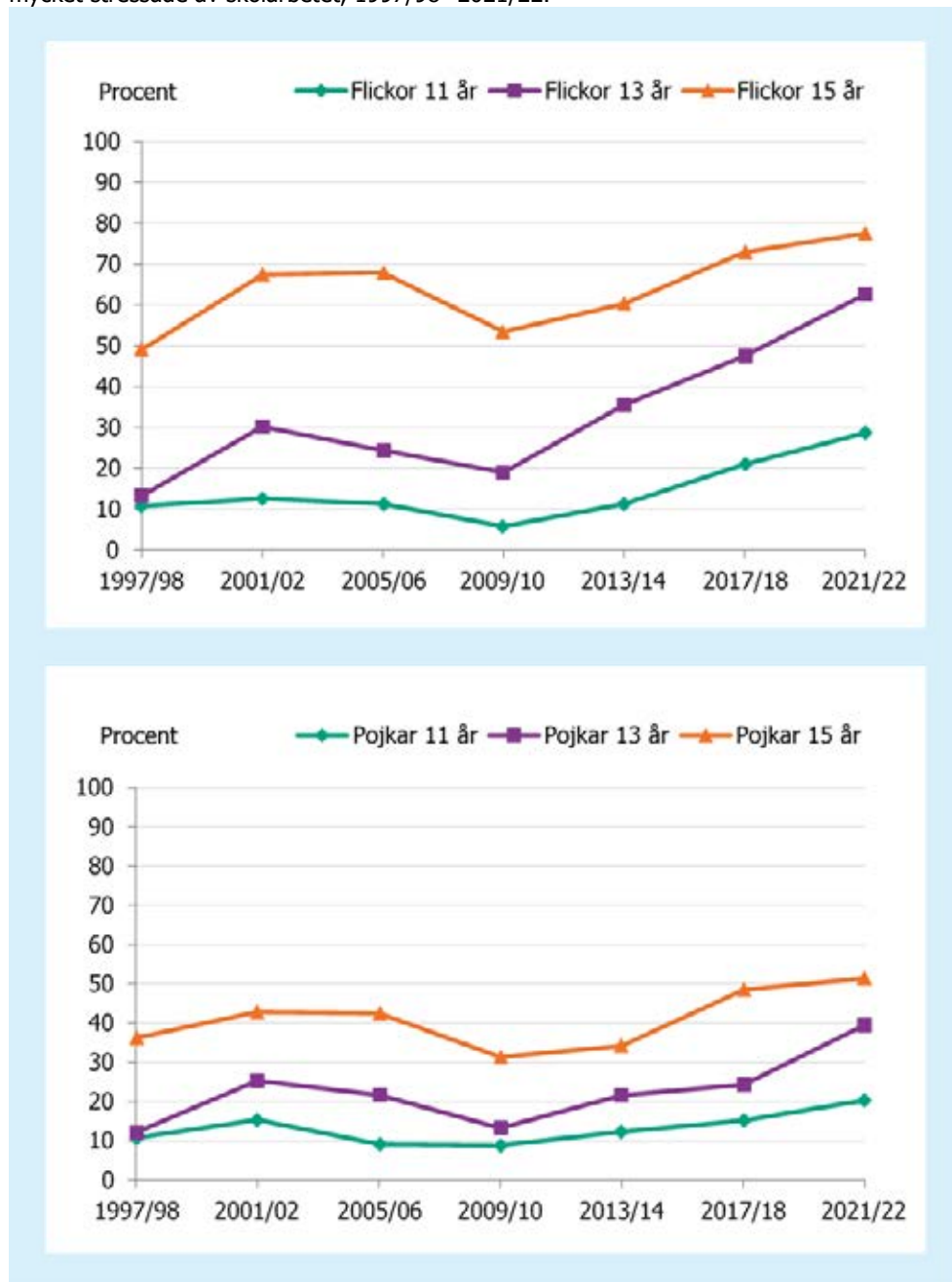


3.4 Stress och prestationer i skolan

Höga krav i skolan kan underlätta lärande och utveckling, men kan också vara en källa till stress under tonåren. Skolstress kan ses som ett resultat av en obalans mellan skolans krav och elevens befintliga resurser för att möta dem, vilket i sin tur kan ha negativa effekter på välbefinnandet. Flera studier har visat på ett samband mellan skolrelaterad stress och sämre hälsa, samt olika riskbeteenden (38, 39, 43, 45, 60, 63, 64). Att uppleva skolstress kan också påverka elevernas skolprestationer negativt (42), vilket i sin tur innebär en ökad risk för självrapporterade hälsobesvär. Sambandet kan även gå i motsatt riktning, dvs. sämre hälsa kan leda till ökad stress. Vidare har tidigare analyser av data från Skolbarns hälsovanor visat att tron att läraren tycker att man presterar medelbra eller under genomsnittet jämfört med sina klasskamrater, är förenat med högre sannolikhet att rapportera minst två hälsobesvär, mer än en gång i veckan, under en sexmånadersperiod (13).

Sedan 1997/98 har eleverna fått svara på en fråga om hur stressade de känner sig av sitt skolarbete. Svartalternativen är *inte alls*, *lite grann*, *ganska mycket* och *mycket*. Här redovisar vi andelen flickor och pojkar som känner sig *ganska mycket* eller *mycket stressade* av skolarbetet. Som figur 3.5 visar ökar andelen med stigande ålder.

Figur 3.5 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som känner sig ganska eller mycket stressade av skolarbetet, 1997/98–2021/22.



Det var ungefär lika vanligt för 11-åriga flickor och pojkar att känna sig ganska eller mycket stressade av sitt skolarbete fram till 2013/14, när det låg på cirka 10 procent för båda könen. Efter det har andelen ökat gradvis till 28 procent 2021/22

för flickorna. Andelen 11-åriga pojkar som uppgett att de känner sig stressade av skolarbetet har också ökat sedan 2013/14, till 20 procent 2021/22.

Det är vanligare att 13-åriga flickor känner sig stressade av sitt skolarbete, jämfört med pojkarna: 63 procent jämfört med 40 procent 2021/22. Andelen 13-åriga flickor som känner sig stressade har varierat över tid, men ökade kraftigt i de senaste tre mätningarna, 36 procent 2013/14 till 63 procent 2021/22. För de 13-åriga pojkarna ses också en ökning mellan 2013/14 och 2021/22, från 22 till 40 procent.

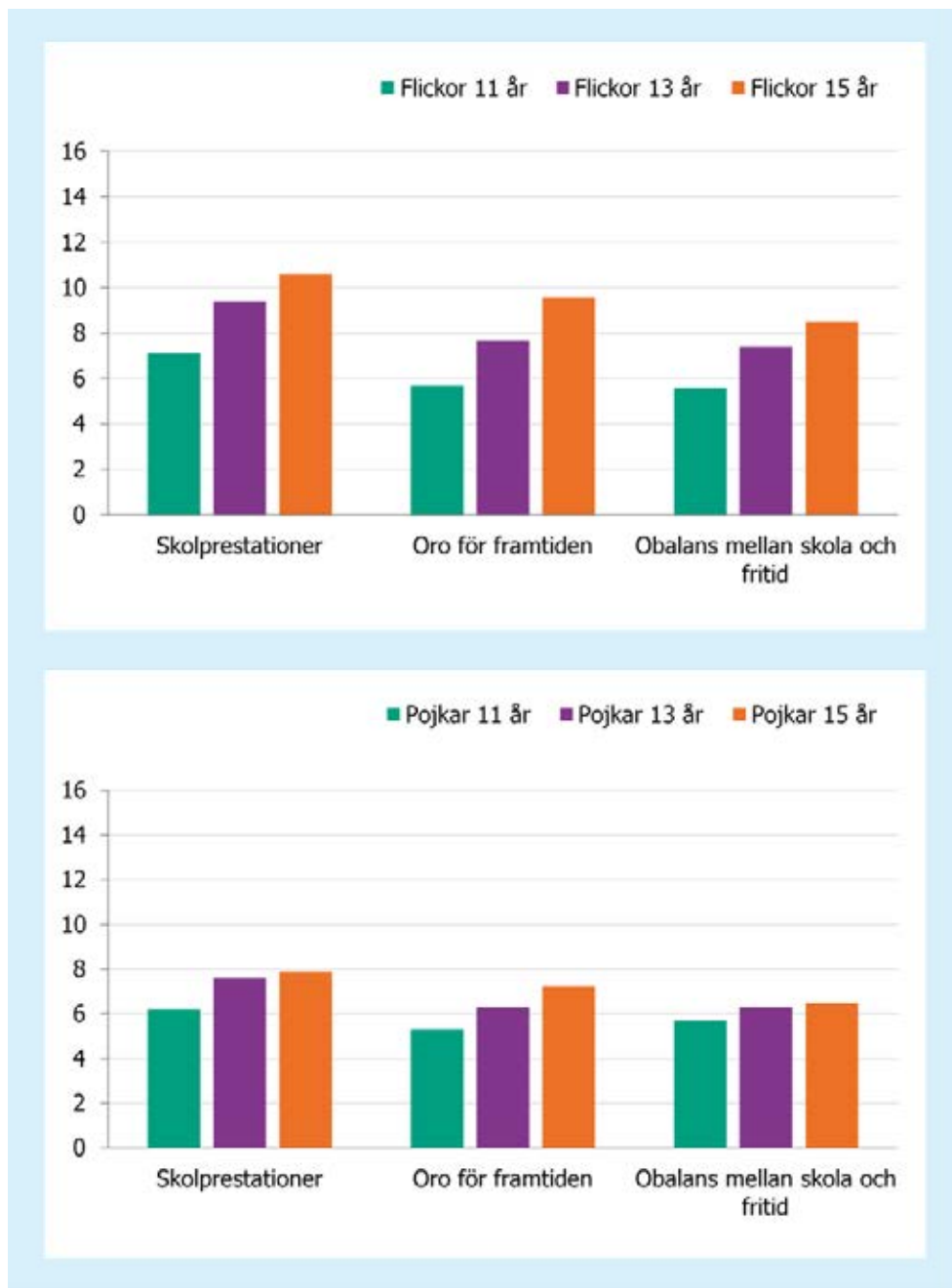
Skolstress är även vanligare bland flickor än pojkar i 15-årsåldern: 78 procent av flickorna och 51 procent av pojkarna känner sig ganska eller mycket stressade av skolarbetet 2021/22. Det är de högsta uppmätta nivåerna under perioden, även om skillnaderna gentemot 2017/18 inte är statistiskt säkerställda.

En nyhet i 2021/22 års undersökning är att skolstress också mäts genom instrumentet Adolescent Stress Questionnaire (ASQ), för att få en djupare förståelse av orsakerna till skolstressen. Instrumentet har utvecklats av Byrne et al. (65) för att mäta stressfaktorer i ungdomars liv inom tre huvudområden: skola, familj och privatliv. Den ursprungliga, långa, versionen består av sammanlagt tio områden och 58 frågor. En kortversion har utvecklats som består av nio områden och 27 frågor (65, 66). I 2021/22 års undersökning används de tre områdena stress på grund av skolprestationer (*stress of school performance*), stress på grund av oro för framtiden (*stress of future uncertainty*) och stress på grund av obalans mellan skolarbete och fritid (*stress of school performance*) (se enkäten, bilaga 1, fråga 55). Instrumentet är validerat (65, 66) och har använts i ett flertal tidigare studier bland ungdomar i Sverige och Europa (66-68).

I figur 3.6 visas de tre områdena vart och ett för sig. Varje område har summerats till ett värde mellan 3 och 15, där ett högre värde indikerar högre nivåer av stress. För både flickor och pojkar ökar stressen med ålder, men det är högre nivåer för flickorna än pojkarna. För flickorna ökar den genomsnittliga *stressen på grund av skolprestationer* från 7,1 för 11-åriga flickor, till 9,4 och 10,6 för de 13- och 15-åriga flickorna. *Stress på grund av oro för framtiden* ökar från 5,7 till 7,7 och 9,6. Det är samma mönster för *stress på grund av obalans mellan skolarbete och fritid*, där den genomsnittliga nivån för 11-åriga flickor är 5,6, för att sedan öka successivt till 7,4 för 13-åringarna och 8,5 för 15-åringarna.

De 11-åriga pojkarna har en lägre *stress på grund av skolprestationer* än de äldre pojkarna, med en genomsnittlig nivå på 6,2. För de 13- och 15-åriga pojkarna var den genomsnittliga nivån 7,6 respektive 7,9. *Stress på grund av oro för framtiden* ökar med stigande ålder från 5,3 till 6,3 och 7,2. Även för *stress på grund av obalans mellan skolarbete och fritid* har de 11-åriga pojkarna en lägre stress än de äldre pojkarna med en genomsnittlig nivå på 5,7, medan de 13- och 15-åriga pojkarna rapportera 6,3 och 6,5.

Figur 3.6 Stress på grund av skolprestationer, stress på grund av oro för framtiden och stress på grund av obalans mellan skolarbete och fritid bland flickor och pojkar i respektive ålder, 2021/22 (medelvärden 3–15).



3.5 Mobbning

Att vara mobbad definieras ofta som att upprepade gånger bli utsatt för negativa handlingar från en eller flera personer. Beteendet är medvetet och karaktäriseras av en maktobalans, vilket innebär att den som blir utsatt har mindre makt än den som mobbar och därför har svårt att försvara sig (69, 70). Skillnaden i makt kan illustreras med att den som mobbar kan vara större, starkare eller mer populär. Det kan också vara ett maktöverläge om det är flera personer som mobbar (71, 72).

Barn kan vara förövare eller offer för mobbning, och vissa barn både mobbar och blir utsatta för mobbning (73).

Flera studier visar att personer som mobbas i skolan får lägre självkänsla, att det finns ett samband mellan mobbning och olika former av inåtvända eller utåtagerande psykiska problem, somatiska besvär och en mer negativ framtidssyn (74-77). Konsekvenserna av mobbning kan även visa sig decennier efter att de inträffat då till exempel de som mobbas oftare drabbas av depressioner långt upp i 20-årsåldern, jämfört med de som inte mobbas (75, 77). Skolor med högre grad av mobbning har i genomsnitt lägre PISA-resultat än skolor med en lägre grad av mobbning (78).

Svenska skolor är enligt skollagen (2010:800) skyldiga att vidta åtgärder för att förebygga mobbning och annan kränkande behandling.

I enkäten finns en definition av mobbning:

Vi menar att en elev **blir mobbad** då en annan elev, eller en grupp elever, upprepade gånger säger eller gör elaka och otrevliga saker mot honom/henne. Det är också mobbning då en elev blir retad på ett sätt som han/hon inte tycker om eller om han/hon lämnas utanför med flit. Den person som mobbar har mer makt än personen som blir mobbad och vill orsaka honom eller henne skada. Det är **inte mobbning** då två personer som är ungefär lika starka, eller har lika mycket makt, grälar eller slåss.

Därefter ställs frågan ”Hur ofta har du blivit mobbad i skolan under de senaste månaderna?” med svarsalternativen *jag har inte blivit mobbad i skolan de senaste månaderna, det har hänt 1 eller 2 gånger, 2 till 3 gånger i månaden, ungefär 1 gång i veckan samt flera gånger i veckan*. I figur 3.7 redovisas andelen flickor och pojkar i olika åldrar som har blivit mobbade i skolan 2–3 gånger i månaden eller oftare, under de senaste månaderna. I Skolbarns hälsovanor har frågan om mobbning haft samma formulering sedan undersökningen 2001/02 och uppgifter redovisas sedan dess.

Under perioden 2001/02–2009/10 var andelen elever som mobbats i det närmaste stabil, kring 4–6 procent, bland både flickor och pojkar i alla tre åldrar.

För de 11- och 13-åriga flickorna ökade andelen som mobbades från cirka 4 till cirka 10 procent under perioden 2009/10 till 2021/22. För 15-åriga flickorna var andelen som mobbats stabil mellan 3 och 4 procent mellan 2001/02 och 2013/14. Andelen ökade sedan till cirka 6 procent 2017/18, och var kvar på den nivån 2021/22.

För de 11-åriga pojkarna har andelen mobbade legat stabil på cirka 4 procent under hela perioden, med undantag för 2017/18 då andelen steg till 8 procent. För de 13- och 15-åriga pojkarna ökade andelen som mobbats från cirka 4 procent till cirka 9 procent under perioden 2009/10 till 2021/22.

Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan flickor och pojkar i någon ålder.

Figur 3.7 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har blivit mobbade i skolan 2–3 gånger i månaden eller oftare, under de senaste månaderna, 2001/02–2021/22.



I figur 3.8 visas andelen som mobbar andra elever i skolan. Sett över tid för de 11-åriga flickorna fluktuerade andelen som mobbar andra elever i skolan mellan 0,5 och 1 procent mellan 2001/02 och 2013/14, och ökade sedan till 2,5 procent 2017/18, och var kvar på den nivån 2021/22. För de 13- och 15-åriga flickorna har andelen legat på 1–3 procent för motsvarande period.

Bland de 11-åriga pojkarna var andelen som mobbar andra elever i skolan cirka 2 procent under hela perioden 2001/02–2021/22, medan motsvarande siffra var 3–6 procent för de 13-åriga pojkarna. För de 15-åriga pojkarna har andelen fluktuerat mellan 4 och 9 procent för motsvarande period.

Bland flickorna är andelen cirka 2 procent i alla tre åldersgrupperna vid den senaste mätningen 2021/22. Även för de 11-åriga pojkarna är det cirka 2 procent som mobbar andra den senaste mätningen. Däremot är det en större andel bland de 13- och 15-åriga pojkarna, cirka 6 procent, vid samma tidpunkt.

Figur 3.8 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har mobbat andra 2–3 gånger i månaden eller oftare, under de senaste månaderna, 2001/02–2021/22.

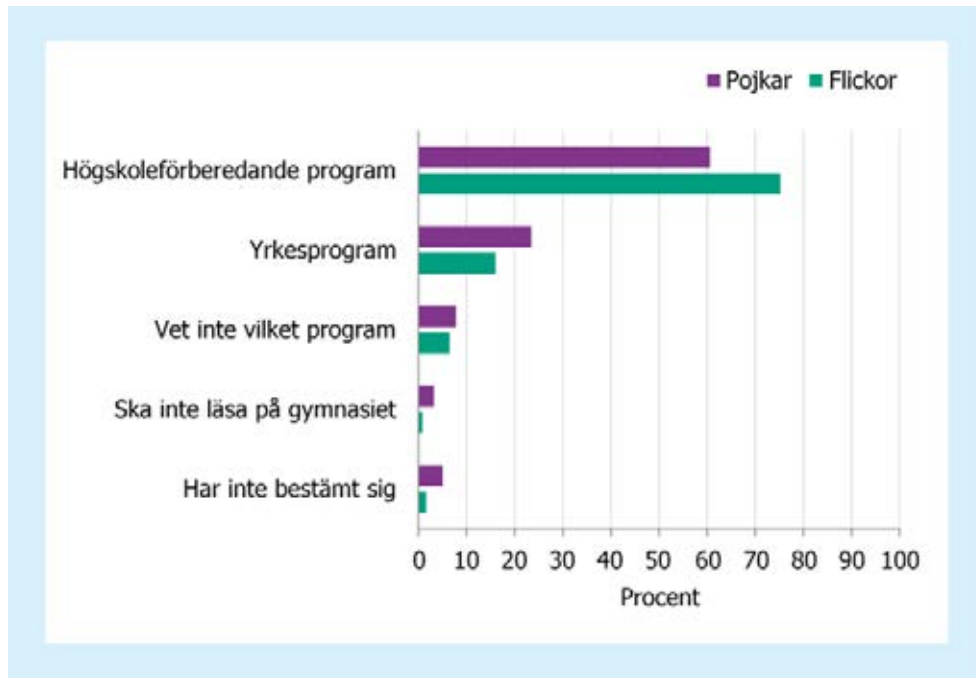


3.6 Gymnasievalet

Eleverna i årskurs 9 fick svara på om de har tänkt välja ett högskole- eller yrkesförberedande program på gymnasiet. En betydligt större andel av flickorna har tänkt läsa ett högskoleförberedande program, 75 jämfört med 61 procent, se

figur 3.9. I gengäld är det en större andel pojkar som har tänkt läsa ett yrkesförberedande program, 23 procent, jämfört med 16 procent bland flickorna. Det är cirka 7 procent bland både flickorna och pojkarna som har tänkt läsa vidare, men inte har bestämt på vilken typ av program.

Figur 3.9 Tänkt val av gymnasieprogram bland 15-åriga pojkar och flickor, 2021/22. Andelar i procent.



KAPITEL 4

Sociala medier



4. Sociala medier

Huvudresultat

- Många elever har kontakt med vänner eller familj via sociala medier nästan hela tiden på dagarna, vilket anses vara *intensiv användning av sociala medier*. Bland flickor är det 35–40 procent och bland pojkar 29–34 procent 2021/22.
- En liten andel elever anses ha en *problematiserad användning av sociala medier*. Bland flickor är det 7–12 procent och bland pojkar 4–6 procent 2021/22. Det är vanligare bland flickor än pojkar i 13- och 15-årsåldern att ha en problematiserad användning av sociala medier.
- Mellan 3 och 7 procent av eleverna har blivit utsatta för nätmobbning 2021/22.

4.1 Inledning

I dag sker en betydande del av människors kommunikation via digitala kanaler, till exempel sociala medier såsom Facebook, Instagram och Snapchat. Under 2017/18 rapporterade till exempel 35 procent av ungdomar 11–15 år i Europa och Kanada att de hade kontakt med jämnåriga och andra via sociala medier nästan hela tiden under dagen (79).

I Sverige använder i princip alla barn 8–19 år internet dagligen (80). Enligt samma rapport tycker de att de lär sig nya saker där och blir bättre på engelska. Barn umgås också med varandra till stor del på andra sociala medieplattformar än vuxna. Samtidigt har andelen barn och unga i åldern 12–19 år som har utsatts för näthat eller att någon skrivit något negativt om dem nästan fördubblats från 9 procent år 2021 till 17 procent år 2022. Andelen ökar bland både högstadie- och gymnasieungdomar och lika många flickor som pojkar är drabbade. Däremot utsätts flickor i högre grad än pojkar för olika typer av kränkningar såsom oönskade kontaktförsök på nätet. Det är dubbelt så många flickor som pojkar som drabbats av oönskade kontaktförsök på nätet under året.

Det har diskuterats huruvida intensiv användning av sociala medier är skadligt för ungdomars hälsa. Forskningen ger ännu inget tydligt svar på hur den snabba utvecklingen av sociala medier påverkar den psykiska hälsan bland unga. Det har till exempel visat sig att det finns ett samband mellan måttligt användande av sociala medier och ökat välbefinnande bland ungdomar, medan de som har mycket hög respektive mycket låg användning av sociala medier rapporterar lägre välbefinnande än måttliga användare (81, 82).

Nyare översikter visar också att effekten av användning av sociala medier är beroende av typen av användning (dvs. aktiv eller passiv), de individuella egenskaperna hos tonåringen, och det sociala sammanhang som ungdomarna befinner sig i (83, 84).

Det har också väckts farhågor om att användning av sociala medier är potentiellt beroendeframkallande. Under 2017/18 rapporterar cirka 7 procent av barn och ungdomar i åldrarna 11–15 år en problematisk användning av sociala medier (79). Dessa ungdomar rapporterar till exempel att de inte har kontroll över sin användning av sociala medier eller allvarliga problem med sina familjer på grund av sin användning av sociala medier (85).

Sociala medier kan troligen ha såväl positiv som negativ påverkan på den psykiska hälsan. Exempel på positiv påverkan är bland annat bättre självförtroende, möjlighet att få socialt stöd och en säker plattform för att utveckla sin identitet och vara öppen med vem man är. Exempel på negativ påverkan är bland annat att utsättas för kränkande eller skadlig information, social isolering eller att bli mobbad via internet (86).

I Skolbarns hälsovanor ställs sedan 2017/18 frågor om hur ofta man har kontakt med vänner, familj och andra via nätet samt en fråga om användningen av sociala medier, i syfte att identifiera hur många som har en problematisk användning. Svaren på dessa frågor presenteras i det här kapitlet.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid *inte* överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

4.2 Kommunikation med familj och vänner på nätet

I Skolbarns hälsovanor har frågorna om användning av olika medier för kommunikation ändrats i takt med att nya internetbaserade kommunikationskanaler har uppstått. Sedan 2017/18 års undersökning ställs frågor om hur ofta eleverna har kontakt med vänner, föräldrar och andra personer i sin omgivning via olika internetbaserade kommunikationskanaler. Det kan till exempel handla om att skicka och ta emot meddelanden via e-post, sociala medier eller chattverktyg.

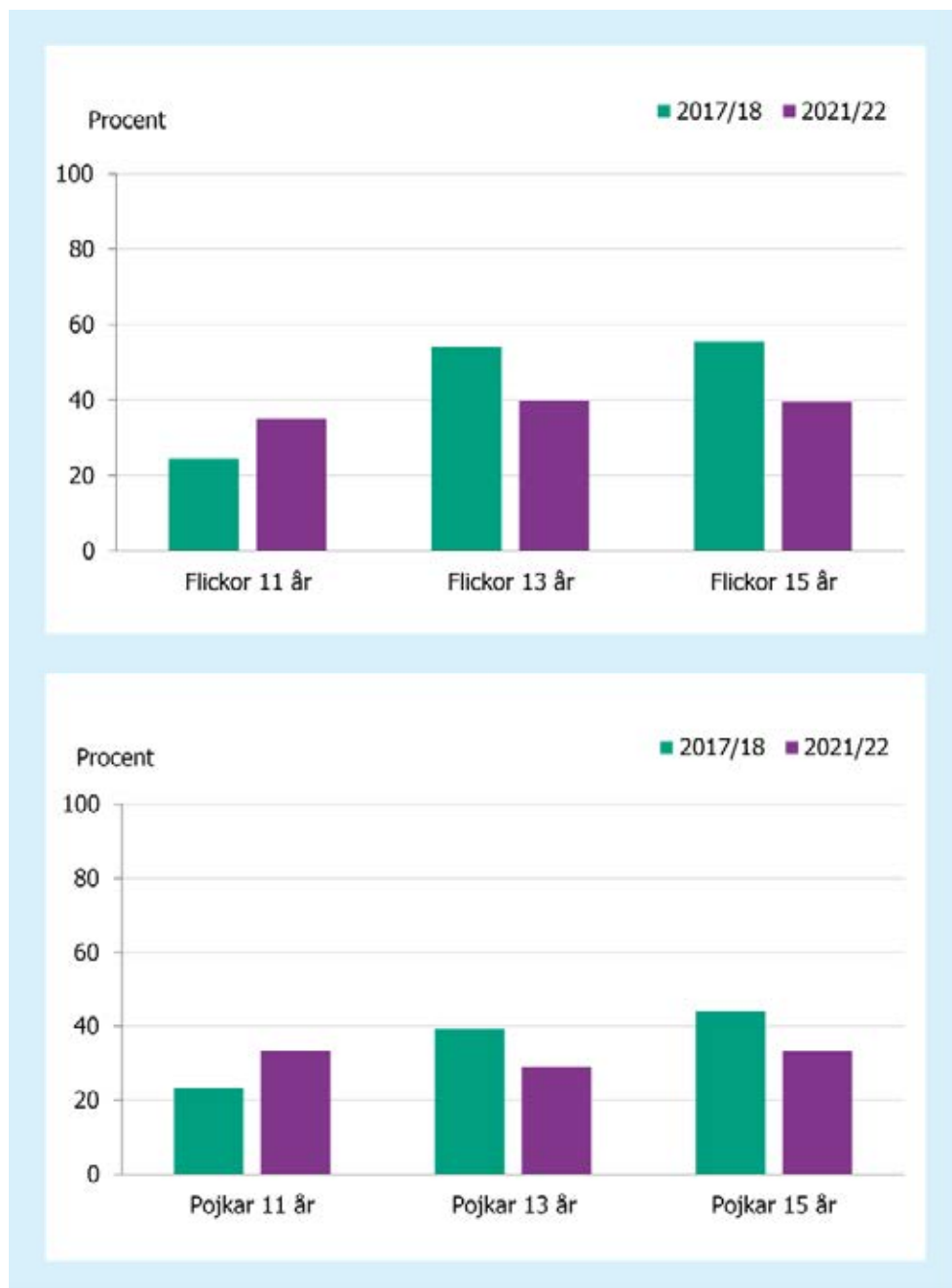
Frågan lyder: "Hur ofta har du kontakt på nätet med följande personer?" Följande personer anges: *nära vän eller vänner, vänner från en större vänkrets, vänner som du lärt känna på internet men inte kände innan och andra personer än vänner (t.ex. föräldrar, syskon, klasskompisar, lärare)*. Svartalternativen är *vet inte/inte aktuellt, aldrig eller nästan aldrig, åtminstone varje vecka, dagligen, eller nästan dagligen, flera gånger varje dag och nästan hela tiden på dagarna*. Här definieras de som har en intensiv användning av sociala medier som de som har rapporterat *nästan hela tiden på dagarna* på minst ett av de fyra påståendena.

Bland de 11-åriga flickorna ökar andelen som har en intensiv användning av sociala medier från 25 procent 2017/18 till 35 procent 2021/22, se figur 4.1. Däremot sjunker andelen för de 13- och 15-åriga flickorna under samma period.

För de 13-åriga flickorna från 54 till 40 procent, och för de 15-åriga flickorna från 56 till 39 procent.

Pojkarna visar på samma mönster. De 11-åriga pojkarna visar på en ökad andel som har en intensiv användning av sociala medier, från 23 procent 2017/18 till 34 procent 2021/22. Bland de 13- och 15-åriga pojkarna sjunker dock andelen från 39 till 29 procent för de 13-åriga pojkarna, och från 44 till 33 procent för de 15-åriga pojkarna.

Figur 4.1 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har en intensiv användning av sociala medier, 2017/18–2021/22.



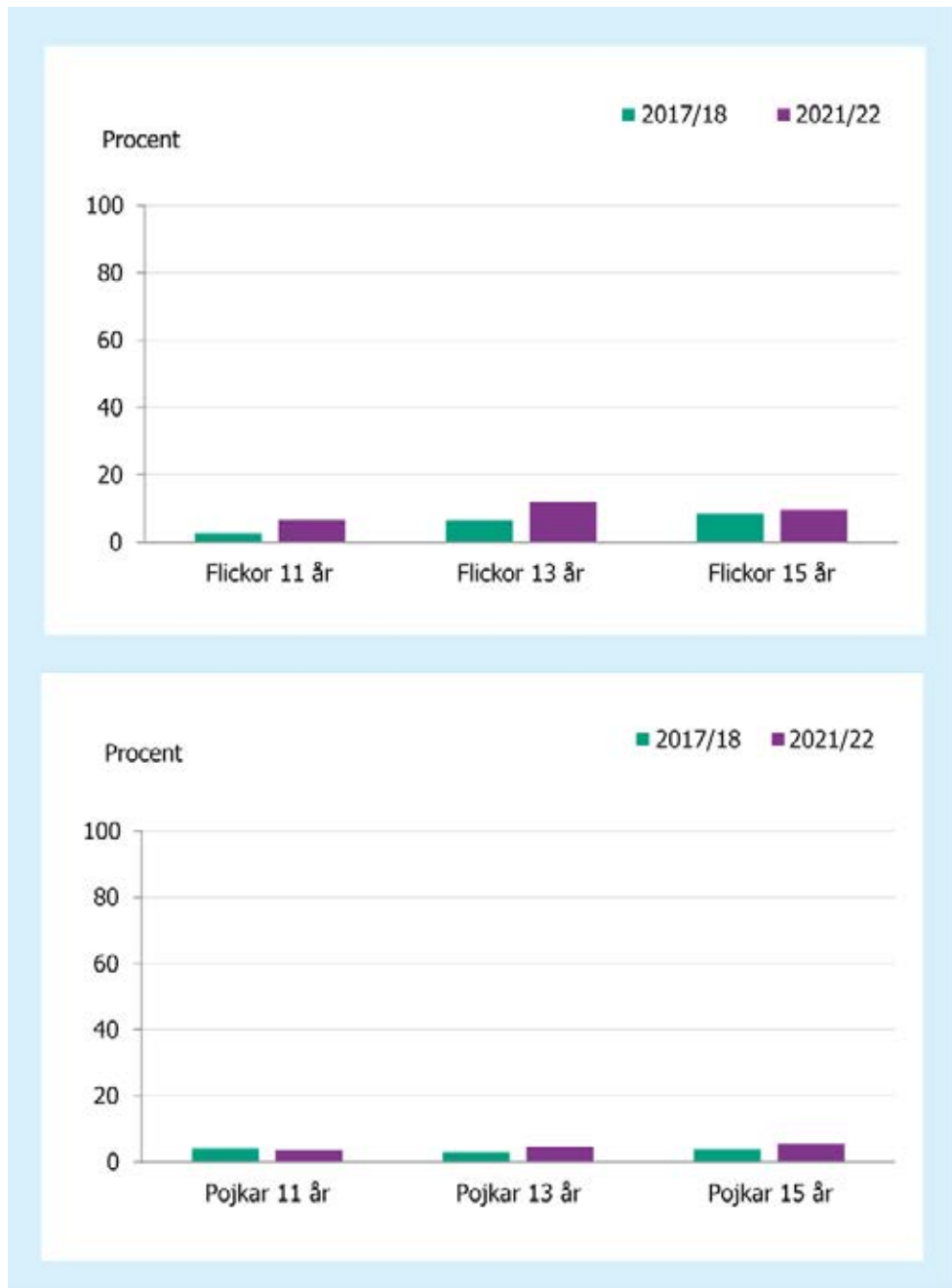
4.3 Problematisk användning av sociala medier

I Skolbarns hälsovanor har frågan om problematisk användning av sociala medier ställts sedan 2017/18. Det är ett frågebatteri som utvecklats för att mäta om respondenten visar på en beroendeliknande användning av sociala medier (85). De nio påståendena finns i enkäten i bilaga 1, fråga 76. Svartalternativen är *nej* respektive *ja*. De som har svarat *ja* på minst sex av de nio påståendena anses ha en problematisk användning av sociala medier.

I figur 4.2 visas andelen flickor och pojkar i respektive ålder som har en problematisk användning av sociala medier. För de 11- och 13-åriga flickorna ökar andelen som har en problematisk användning av sociala medier mellan 2017/18 och 2021/22, för 11-åringarna från 3 till 7 procent och för 13-åringarna från 7 till 12 procent. Däremot är det ingen ökning för de 15-åriga flickorna, där andelen som har en problematisk användning av sociala medier ligger på cirka 9 procent vid båda mättillfällena.

Bland pojkarna sker ingen förändring mellan 2017/18 och 2021/22, utan andelen som har en problematisk användning av sociala medier är cirka 4 procent för alla tre åldrarna, vid båda mättillfällena.

Figur 4.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har en problematisk användning av sociala medier, 2017/18–2021/22.



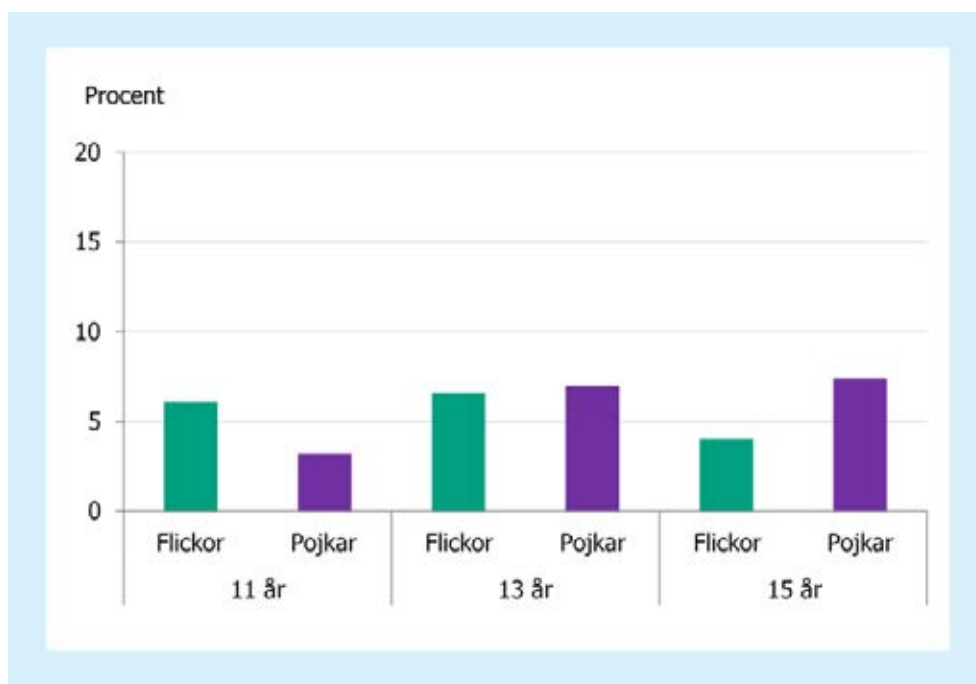
4.4 Nätmobbning

Under det senaste decenniet har nätmobbning blivit allt vanligare som ytterligare en form av att skada en annan person. Så kallad nätmobbning definieras på samma sätt som ”vanlig” eller traditionell mobbning med tillägget att kommunikationen sker via en dator, mobiltelefon eller annan produkt för digital medieanvändning (87, 88). Nätmobbning skiljer sig dock från annan mobbning på flera sätt, exempelvis genom att förövaren kan vara mer anonym, elaka inlägg snabbt kan få

stor spridning och mobbningen inte är knuten till en fysisk miljö utan kan ske när och var som helst (89).

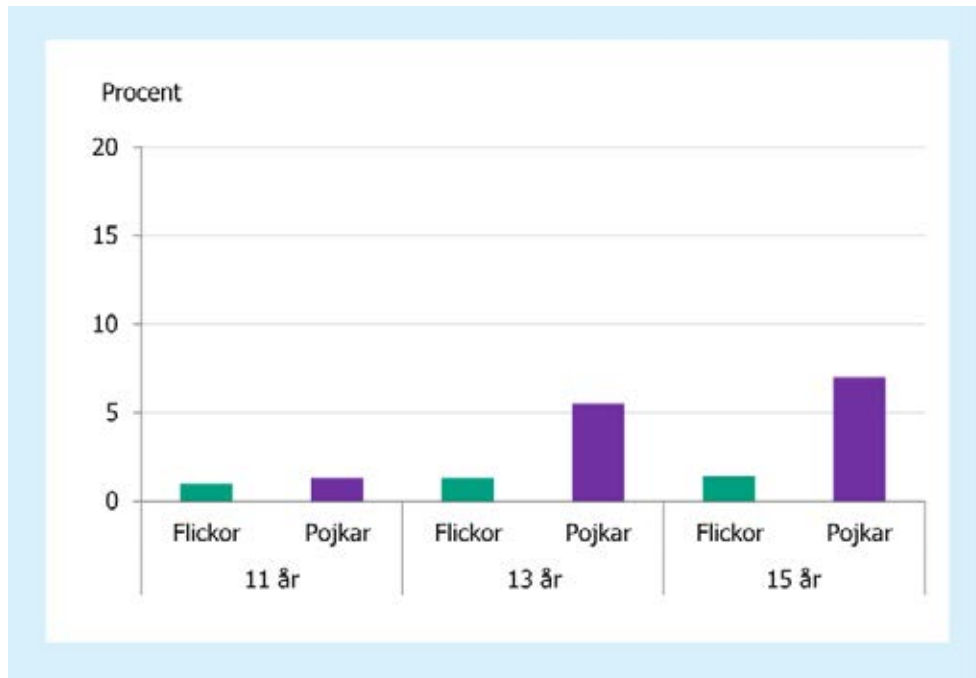
I Skolbarns hälsovanor får eleverna sedan 2017/18 ange om de blivit utsatta eller utsatt andra för nätmobbning. Figur 4.3 visar andelen flickor och pojkar i respektive ålder som har blivit nätmobbade 2–3 gånger i månaden eller oftare, vid den senaste undersökningen 2021/22. Mellan 3 och 7 procent av eleverna har blivit utsatta för nätmobbning vid den senaste undersökningen, vilket är samma nivåer som vid undersökningen 2017/18.

Figur 4.3 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har blivit nätmobbade 2–3 gånger i månaden eller oftare, under de senaste månaderna, 2021/22.



Figur 4.4 visar att endast ett par procent av eleverna har utsatt andra för mobbning på internet, med undantag för gruppen 15-åriga pojkar där cirka 7 procent svarar att de nätmobbade någon. Det är samma nivåer som vid undersökningen 2017/18, med undantag för en ökning bland de 13-åriga pojkarna från cirka 4 till 7 procent.

Figur 4.4 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har nätmobbat andra 2–3 gånger i månaden eller oftare, under de senaste månaderna, 2021/22.



KAPITEL 5

Fysisk aktivitet och matvanor



5. Fysisk aktivitet och matvanor

Huvudresultat

- Pojkar anger i högre grad än flickor att de är fysiskt aktiva och tränar på fritiden.
- Omkring en tredjedel av både pojkar och flickor spenderar mycket tid eller nästan all sin fritid sittande.
- Andelen skolbarn som äter frukost varje dag har minskat sedan början av 2000-talet.
- Andelen som äter grönsaker varje dag har ökat under 2000-talet, medan andelen som äter frukt varje dag är oförändrad under samma period. Läskkonsumtionen har minskat, medan godiskonsumtionen är oförändrad.

5.1 Inledning

De levnadsvanor och den hälsa som grundläggs under barn- och ungdomsåren påverkar även individens framtida hälsa och hälsorelaterade beteenden. Många beteenden som kan starta i ungdomen, till exempel stillasittande och ohälsosamma matvanor, kan leda till övervikt och fetma som i sin tur kan bidra till kroniska sjukdomar som vuxen såsom hjärt-kärlsjukdomar, cancer, lungsjukdomar och typ 2-diabetes (90).

Skolbarns hälsovanor innehåller frågor om fysisk aktivitet och träning, stillasittande och matvanor. Svaren på dessa frågor presenteras i det här kapitlet.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid *inte* överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

5.2 Fysisk aktivitet och träning

Fysisk aktivitet stärker barns och ungas hälsa och utvecklar deras motorik och rörelseförmåga (91). Fysisk aktivitet förbättrar även kognitiva processer såsom minne och koncentration (92), och bidrar till välbefinnande och psykisk hälsa (92, 93). Ansträngande fysisk aktivitet, som ger ökad puls och andning, förbättrar konditionen samt stärker muskler och skelett (91, 92). I de svenska riktlinjerna för fysisk aktivitet och stillasittande (93) ingår även rekommendationer som tydliggör att skolbarn bör vara fysiskt aktiva varje dag, i skolan och på fritiden, i samband med lek, spel, transporter (gå/cykla), idrott eller motion. I genomsnitt bör minst en timme per dag vara ansträngande fysisk aktivitet. Riktlinjerna och rekommendationerna utgår från WHO (92).

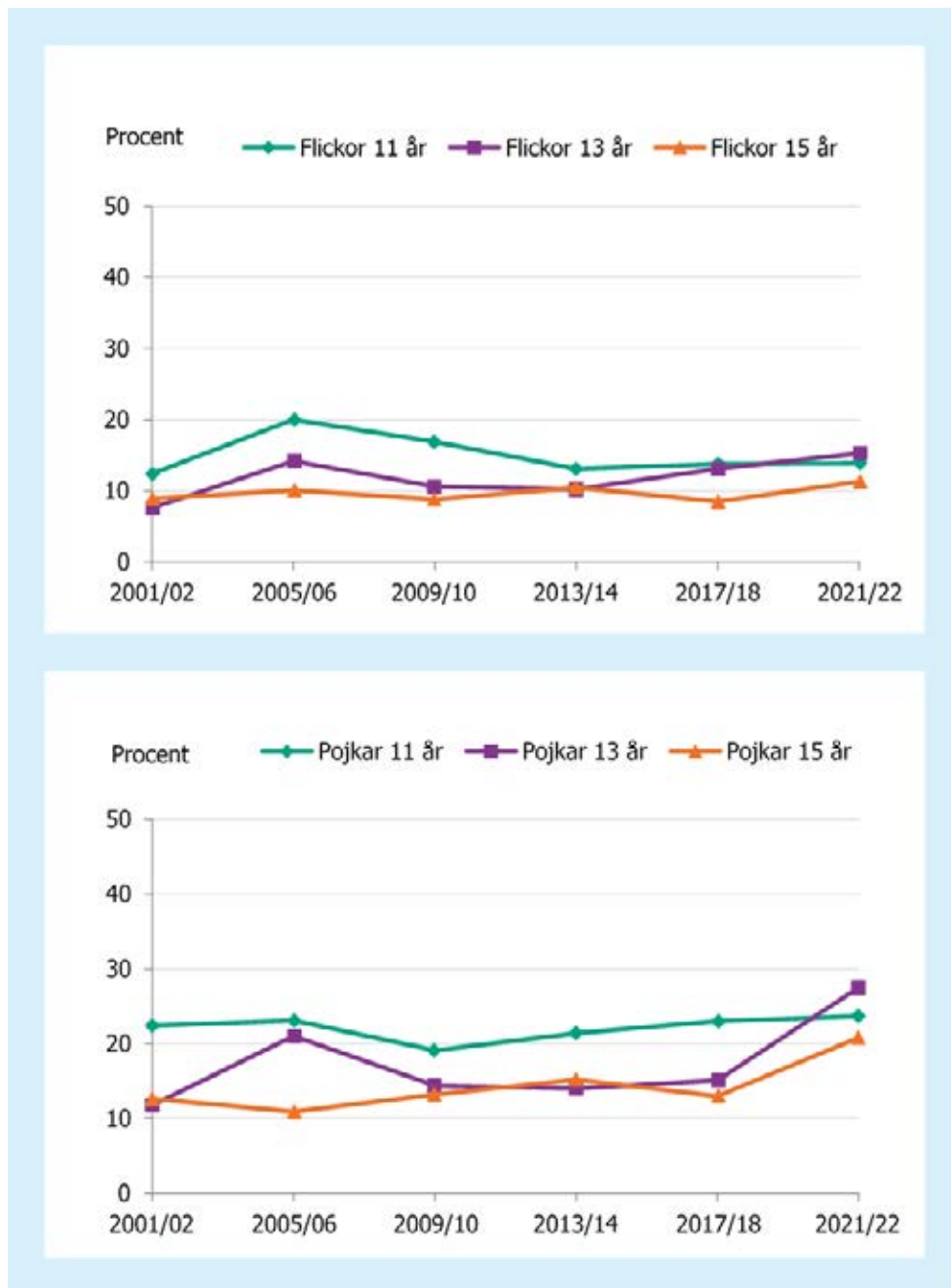
Sedan år 2001/02 har frågor om fysisk aktivitet ingått i undersökningen Skolbarns hälsovanor. Frågan föregås av en definition av fysisk aktivitet:

FYSISK AKTIVITET är all aktivitet som får ditt hjärta att slå snabbare och som ibland gör dig andfädd. Fysisk aktivitet kan man hålla på med i idrottssammanhang, i olika aktiviteter på skolan, när man leker med kamrater eller då man går till skolan. Några exempel på fysisk aktivitet är att springa, gå snabba promenader, åka skridskor eller rullskridskor, simma, spela fotboll, cykla eller dansa.

Eleverna uppger därefter hur många dagar den senaste veckan de ägnat sig åt pulshöjande fysisk aktivitet i sammanlagt minst en timme. Under hela perioden 2001/02–2021/22 har andelen varit låg (figur 5.1).

Flickor anger i lägre grad än jämnåriga pojkar att de är fysiskt aktiva en timme per dag, och andelen är lägst bland 15-åriga flickor. Bland 11-åringar är det 14 procent av flickorna och 24 procent av pojkarna som är fysiskt aktiva en timme per dag, vilket inte är någon förändring sedan 2017/18. För 13- och 15-åriga flickor ses inte heller någon ökning sedan föregående mätning. Däremot ses en ökning bland pojkarna i åldrarna 13 och 15 år, från 15 till 27 procent för 13-åriga pojkar och från 13 till 21 procent för 15-åriga pojkar.

Figur 5.1 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har varit fysiskt aktiva i sammanlagt minst en timme om dagen under de senaste sju dagarna, 2001/02–2021/22.

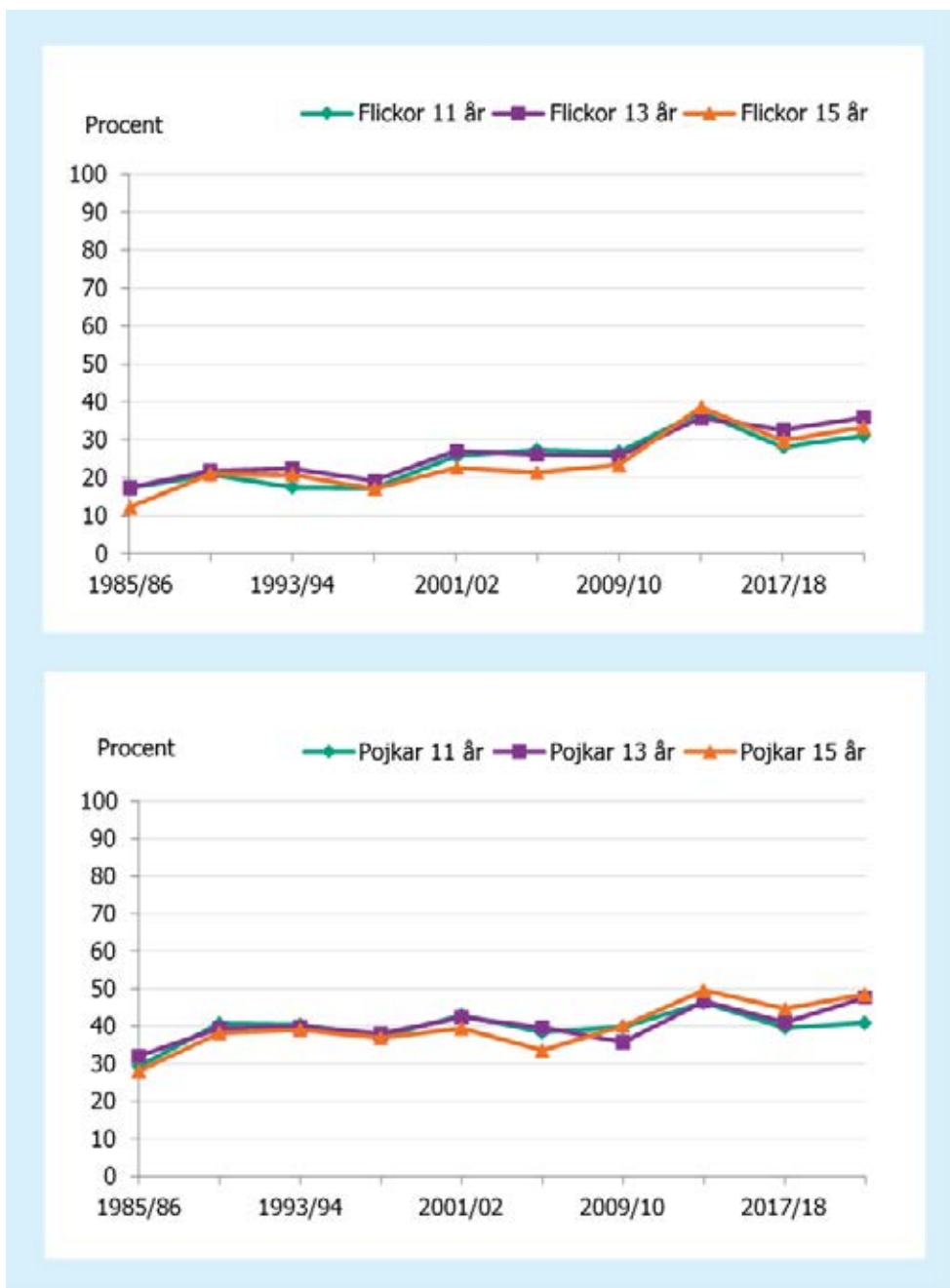


Träning på fritiden bidrar till barns och ungas aktiviteter på ansträngande nivå. Regelbunden träning kan ske i form av organiserad idrott och fritidsaktiviteter eller träning på egen hand. Barn till föräldrar med hög socioekonomisk status deltar i högre grad i organiserad träning på fritiden (94). Sedan år 1985/86 har en fråga om träning ingått i undersökningen Skolbarns hälsovanor. Eleverna får uppge hur ofta, utanför skoltid, de tränar så att de blir andfådda eller svettas. De olika svarsalternativen löper från *varje dag* till *aldrig*.

Andelen som tränar utanför skoltid minst 4 gånger i veckan har ökat sedan 1985/86 i alla åldersgrupper (figur 5.2). I denna kategori ingår de skolelever som svarat att

de tränar 4–7 gånger i veckan. Det är mindre vanligt att flickor tränar minst 4 gånger i veckan än pojkar. Andelen bland 11-åringar är 31 procent för flickor och 41 procent för pojkar. I åldern 13 och 15 år uppger drygt var tredje flicka (33–36 procent) och nästan hälften av pojkarna (48 procent) att de tränar minst 4 gånger i veckan.

Figur 5.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som tränar minst 4 gånger i veckan, 1985/86–2021/22.



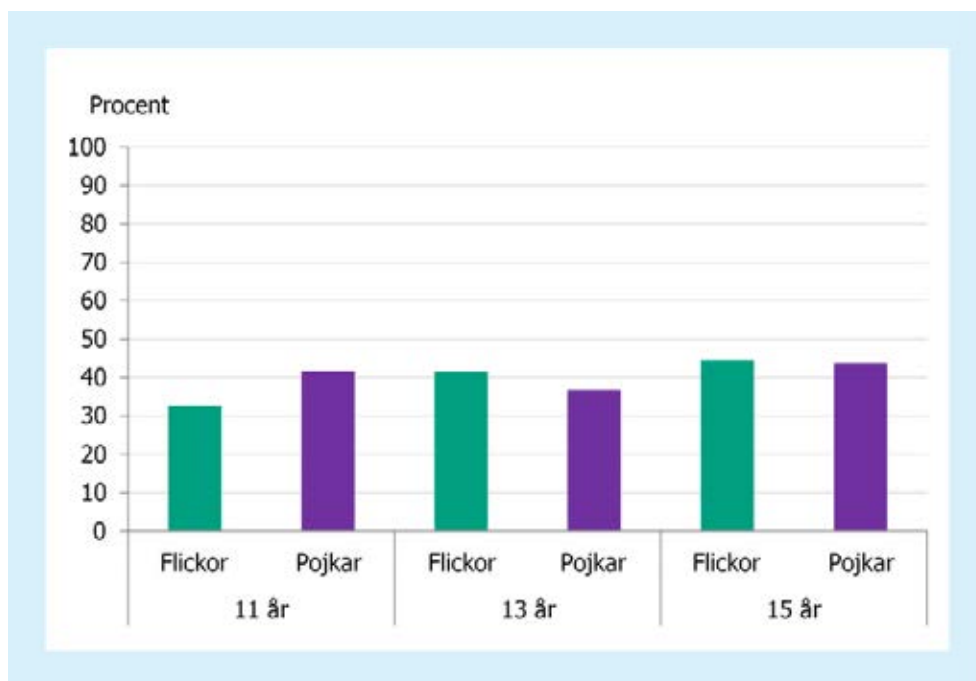
5.3 Stillasittande

Undersökningar om fysisk aktivitet med hjälp av rörelsemätare visar att barn och unga är inaktiva och stillasittande en stor del av den vakna tiden (95).

Stillasittande, framför allt på fritiden, är förknippat med ökad risk för ohälsa, även om man i övrigt är fysiskt aktiv (91, 92). Barn och unga rekommenderas därför att undvika långa perioder av stillasittande och bryta av tiden med någon form av fysisk aktivitet (92, 93). För att undersöka stillasittandet bland barn och unga har en ny fråga inkluderats i undersökningen 2021/22, där eleverna får ange hur mycket de sitter på fritiden. Svarsalternativen sträcker sig från *Jag spenderar nästan ingen av min fritid sittande* till *Jag spenderar nästan all min fritid sittande*.

Resultatet presenteras i form av andelen som spenderar mycket tid eller nästan all sin fritid sittande. Andelen är lägst bland 11-åriga flickor och högst bland 15-åriga flickor, 33 respektive 44 procent (figur 5.3). För flickor ses en tendens till ökat sittande med stigande ålder. Bland pojkar är andelen som spenderar mycket tid eller nästan all sin fritid sittande 37–44 procent.

Figur 5.3 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som spenderar mycket tid eller nästan all sin fritid sittande, 2021/22.



5.4 Matvanor

Mat är grunden för liv och hälsa och är särskilt viktig för barns och ungdomars tillväxt, utveckling och hälsa. Hälsosam mat påverkar både vår fysiska och psykiska hälsa. Den kan bidra till motståndskraft mot till exempel infektioner, lägga grunden för god tandhälsa och ge vår hjärna energi och förutsättningar att fungera optimalt. Ohälsosam konsumtion av mat kan bidra till bland annat typ 2-diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och vissa cancerformer samt öka risken att bli sjuk i infektionssjukdomar (96-99). Ångest, depression och andra sjukdomar som

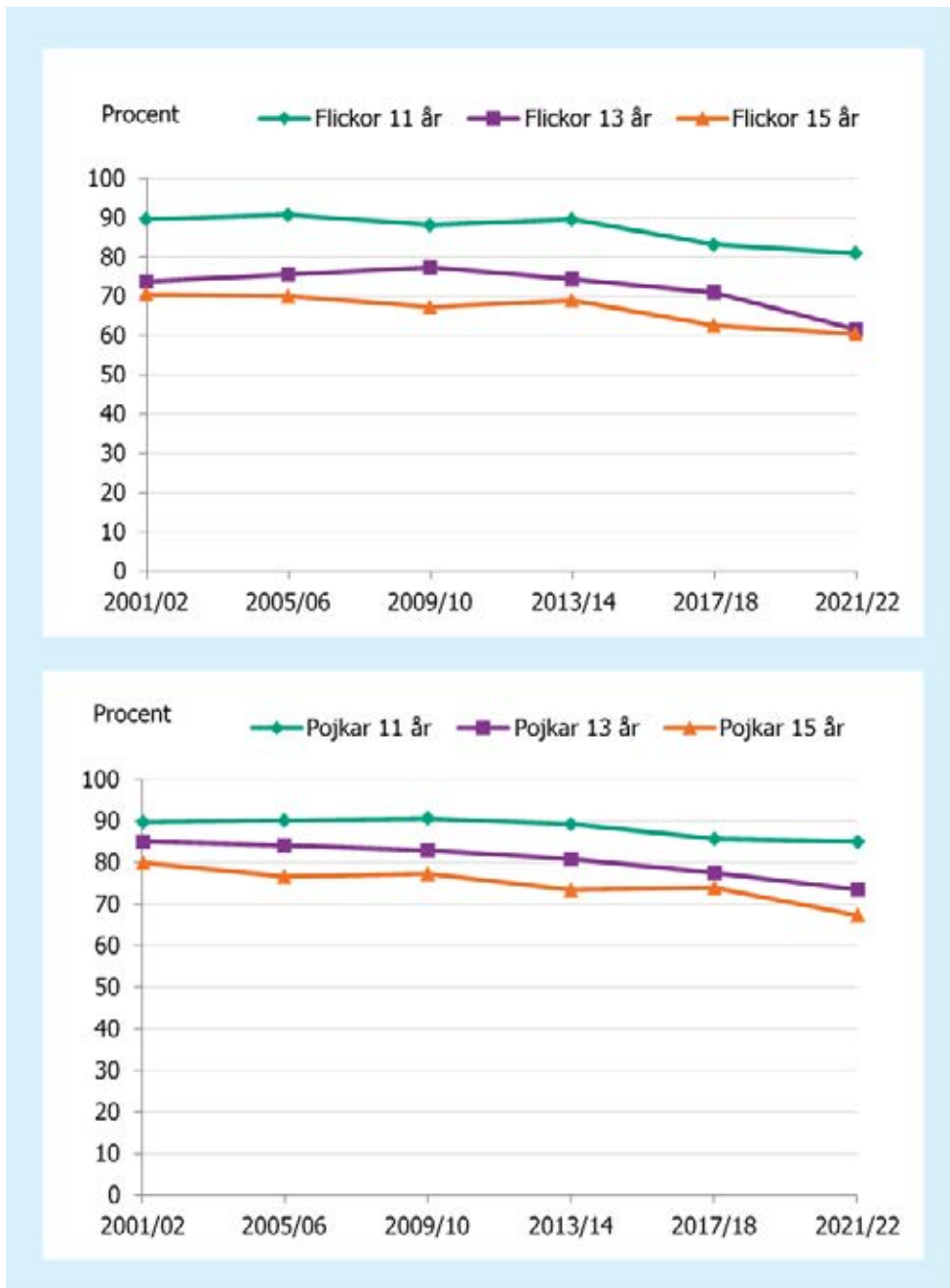
påverkar vårt humör kan kopplas till vad vi äter. De matvanor som etableras under barn- och ungdomsåren följer ofta med in i vuxen ålder (100, 101). Skillnader i skolbarns matkonsumtion ses inte bara utifrån kön och ålder, utan det finns även en tydlig koppling till föräldrarnas socioekonomiska status (79).

För att följa utvecklingen av människors konsumtion av mat används indikatorfrågor för kostmönster och beteende. Att regelbundet äta frukost kan vara en indikator för ett högt näringsintag medan att inte regelbundet äta frukost kan ge en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes, men forskningen är inte entydig (102, 103). Ett högt intag av grönsaker och frukt kan tyda på ett relativt lågt intag av fett, mättat fett och tillsatt socker, men också ett relativt högt intag av fibrer och fullkorn. Godis och läsk är exempel på ultraprocessade livsmedel med högt energiinnehåll och lågt näringsinnehåll. En hög konsumtion av ultraprocessade livsmedel kan öka risken för bland annat övervikt och fetma (104).

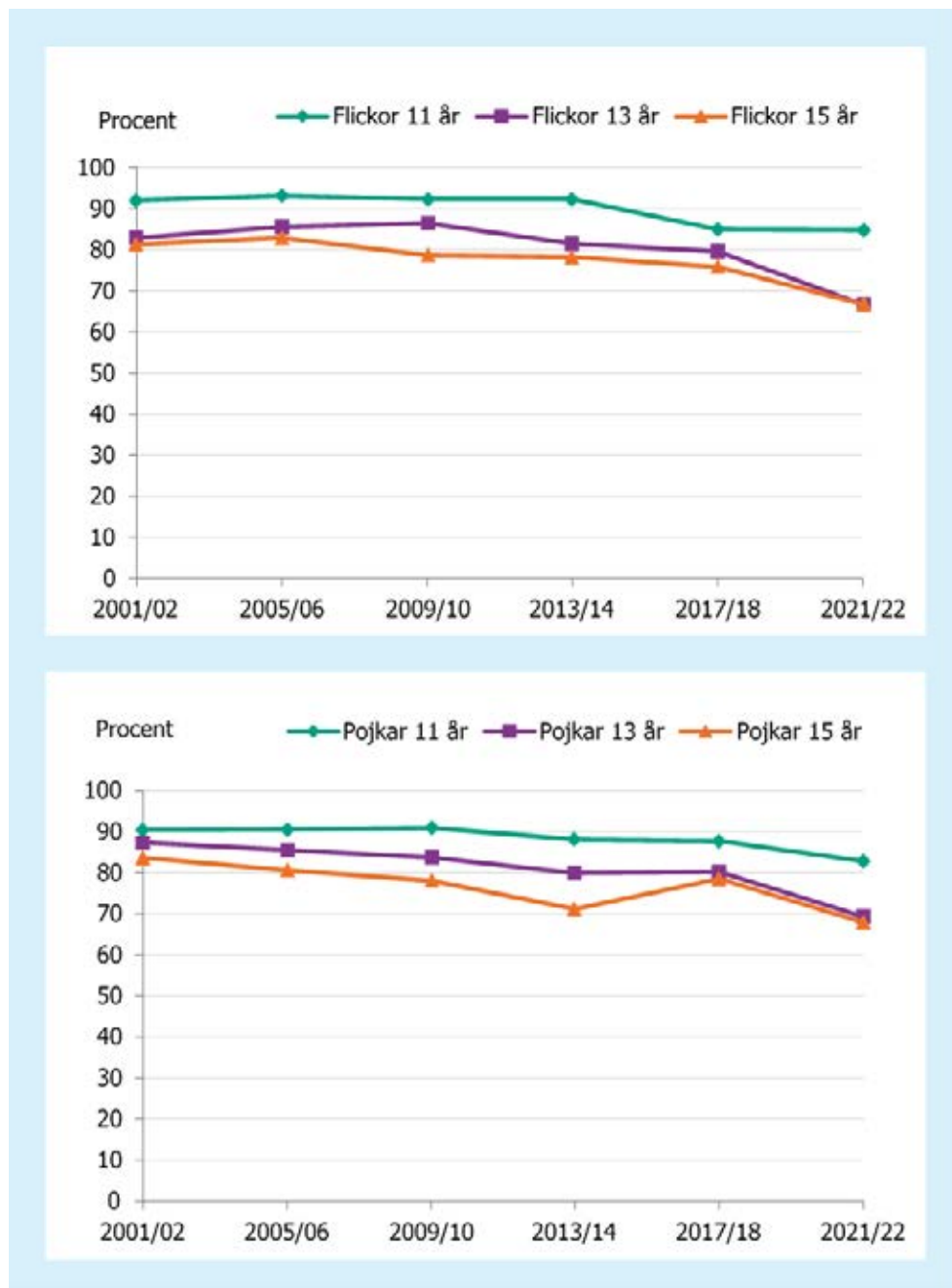
I Skolbarns hälsovanor får eleverna sedan 2001/02 ange hur ofta de vanligtvis äter frukost, mer än till exempel ett glas mjölk eller juice, på vardagarna respektive helgerna. De flesta elever äter frukost 4–5 vardagar i veckan (figur 5.4). Pojkar äter i större utsträckning frukost än vad flickor gör. Andelen som äter frukost har minskat över tid. Bland 11-åringarna kan man se en minskning under åren; 81 procent av flickorna och 85 procent av pojkarna anger att de äter frukost 4–5 vardagar 2021/22, jämfört med 90 procent bland båda könen 2001/02. Även bland 13- och 15-åringar ses en minskning från 2001/02 till senaste mätningen. Det finns bara en signifikant skillnad mellan könen för 13-åringar, där pojkar i högre utsträckning anger att de äter frukost 4–5 vardagar i veckan.

Andelen elever som äter frukost både lördag och söndag har minskat i alla åldrar sedan 2001/02. Störst minskning mellan 2001/02 och 2021/22 syns bland 13-åringar, där andelen minskade från 83 till 67 procent bland flickorna och från 87 till 69 procent bland pojkarna (figur 5.5). Resultaten för både vardagar och helger tyder på en förändring i rutinen att äta frukost i alla tre åldrar. Det finns ingen signifikant säkerställd skillnad mellan könen i respektive ålder.

Figur 5.4 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som äter frukost 4–5 vardagar i veckan, 2001/02–2021/22.



Figur 5.5 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som äter frukost både lördagar och söndagar, 2001/02–2021/22.



Eleverna får även svara på hur ofta de vanligtvis äter måltider med sin familj. Svartalternativen varierar från *varje dag* till *aldrig*. Från enkäten 2021/22 framgår att andelen som vanligtvis äter måltider med sin familj varje dag eller de flesta dagar är hög, men andelen är högre bland 11-åringar än 15-åringar. Bland 11-åringar anger 92 procent bland flickorna och pojkarna att de vanligtvis äter måltider med familjen, jämfört med 86 procent bland 15-åriga flickor och 87 procent bland 15-åriga pojkar (figur 5.6).

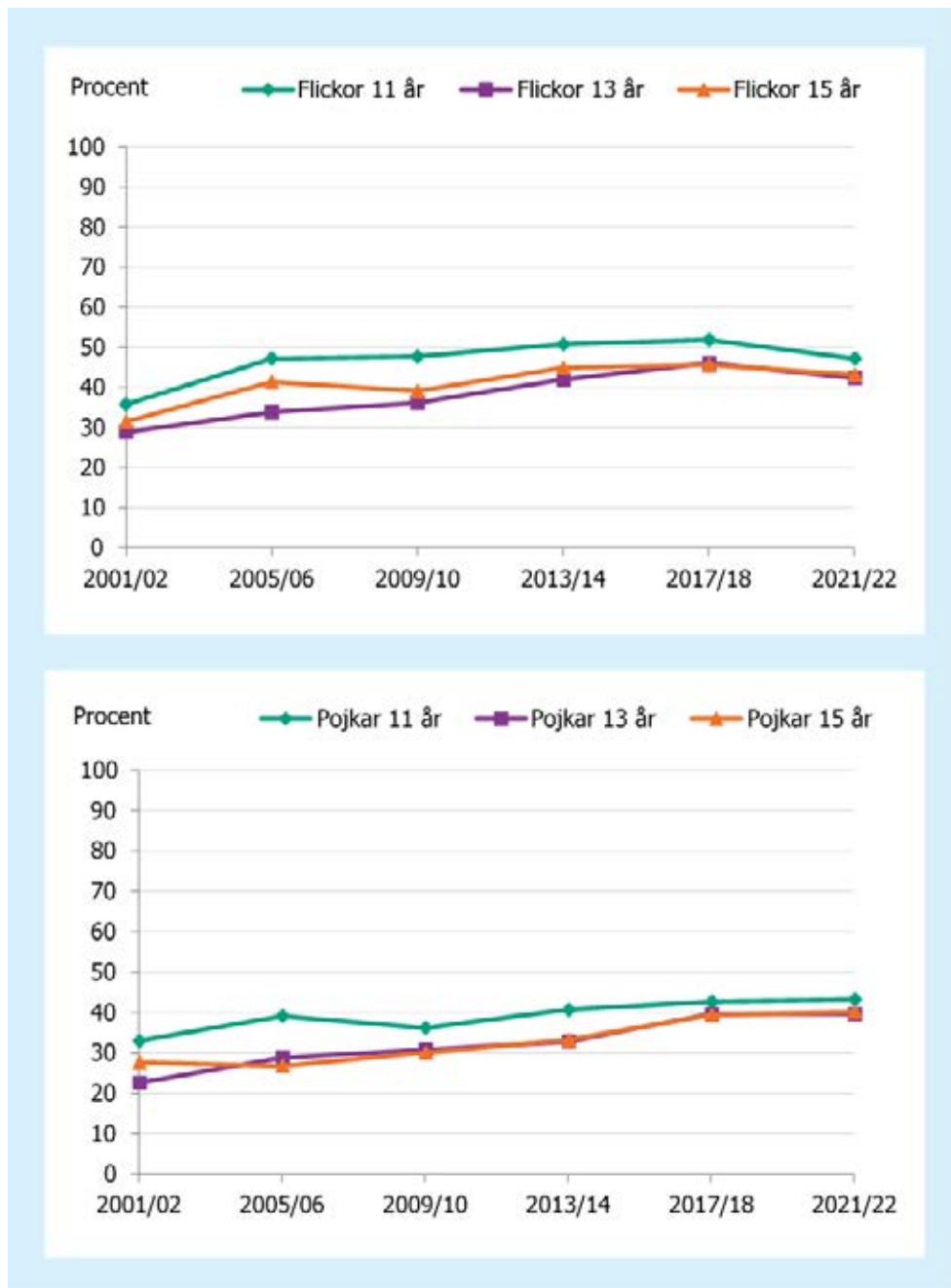
Figur 5.6 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som vanligtvis äter måltider tillsammans med sin familj varje dag eller de flesta dagar, 2021/22.



I Skolbarns hälsovanor får eleverna ange hur många gånger i veckan de vanligtvis äter frukt, grönsaker, godis och dricker läsk. Svartalternativen varierar här från *varje dag/flera gånger om dagen till aldrig*.

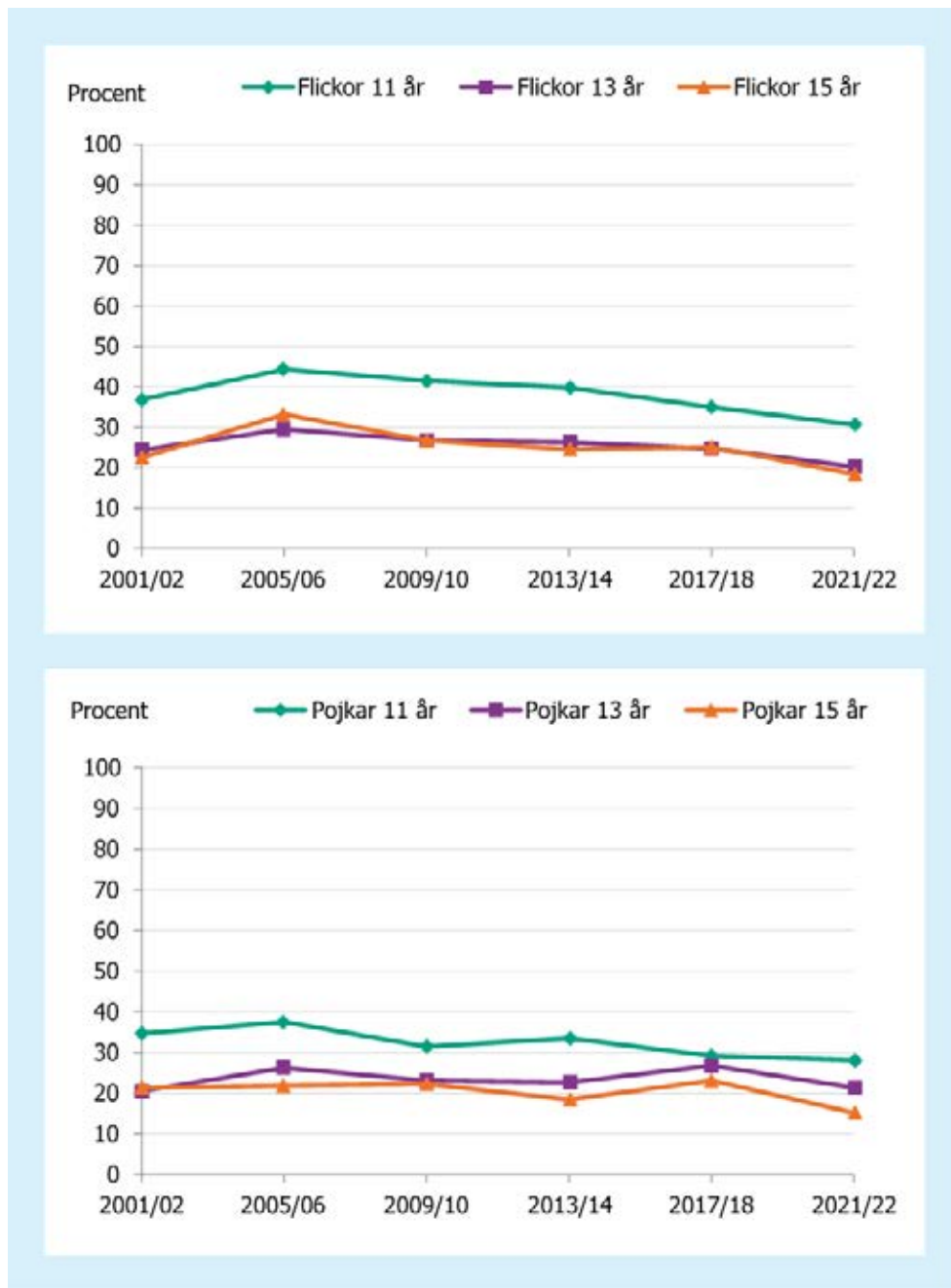
Resultaten visar en uppåtgående trend från 2001/02 till 2021/22 för andelen som äter grönsaker dagligen, i alla åldersgrupper (figur 5.7). Den största ökningen ses bland 13-åringar. Andelen 13-åriga flickor som anger att de äter grönsaker dagligen var 29 procent 2001/02, jämfört med 42 procent 2021/22. Motsvarande siffror för 13-åriga pojkar är 23 procent 2001/02, jämfört med 40 procent 2021/22. Det finns ingen skillnad mellan könen för respektive ålder vid mätningen 2021/22 för dagligt grönsaksintag.

Figur 5.7 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som dagligen äter grönsaker, 2001/02–2021/22.



Utvecklingen av elevernas konsumtion av frukt ser annorlunda ut. Det är en nedåtgående trend av andelen som äter frukt dagligen i samtliga åldrar 2001/02–2021/22 (figur 5.8). Skillnaden är dock bara signifikant säkerställd bland 15-åriga pojkar, där andelen som anger att de äter frukt dagligen har minskat från 21 procent 2001/02 till 15 procent 2021/22. Det finns ingen skillnad mellan könen för respektive ålder vid mätningen 2021/22 i att äta frukt dagligen.

Figur 5.8 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som dagligen äter frukt, 2001/02–2021/22.



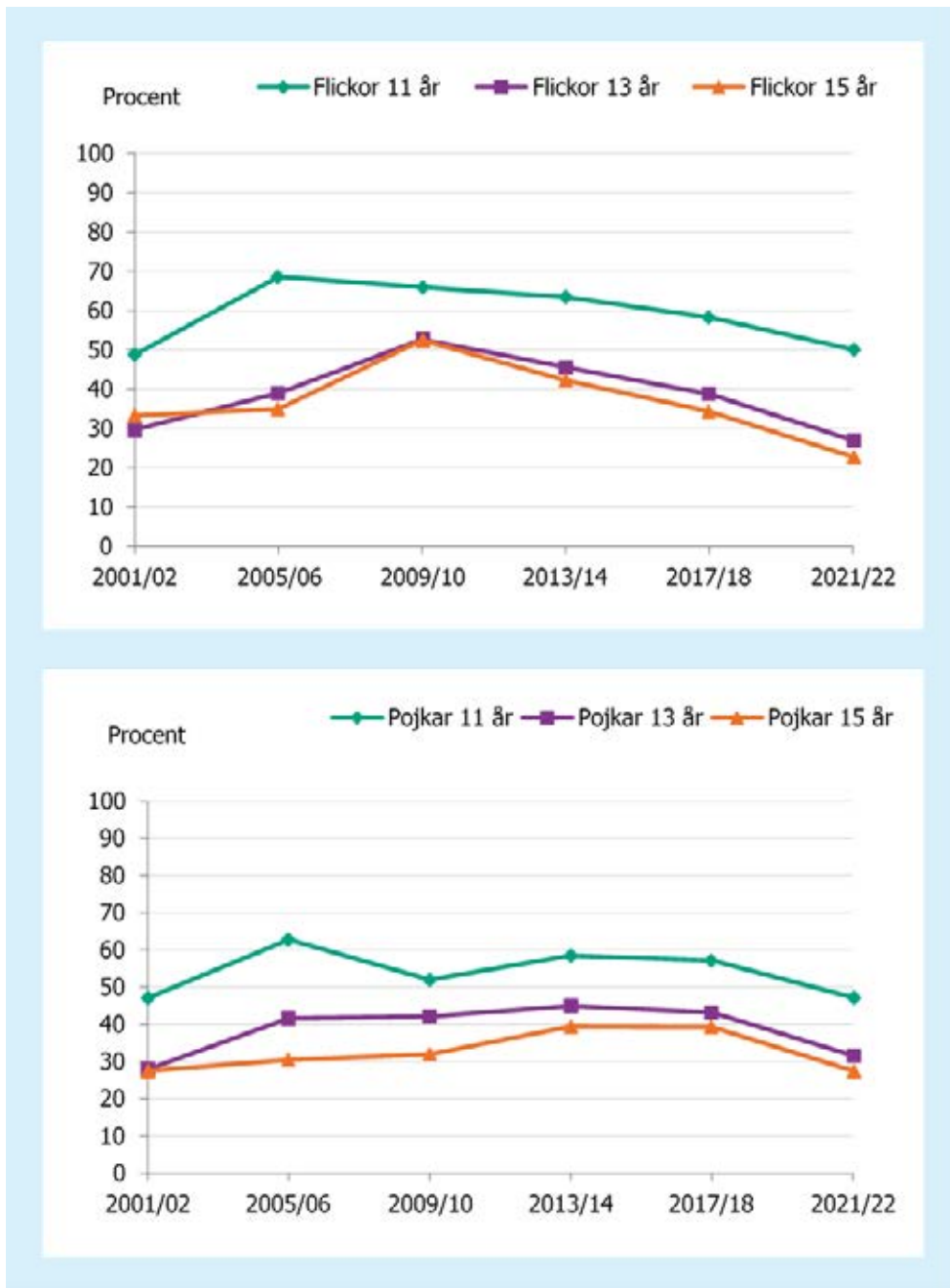
I figur 5.9 presenteras andelen elever som har svarat att de dricker läsk högst en gång i veckan. Resultaten visar att andelen som dricker läsk högst en gång i veckan har ökat 2001/02–2021/22, bland pojkar i alla åldrar samt 13-åriga flickor. Bland 15-åriga pojkar är ökningen störst. Cirka 23 procent anger att de dricker läsk högst en gång i veckan 2001/02, jämfört med 40 procent 2021/22. Bland de 13-åriga flickorna anger 44 procent att de dricker läsk högst en gång i veckan 2001/02, jämfört med 53 procent 2021/22. Bland 13- och 15-åringar är det vanligare att flickor dricker läsk högst en gång i veckan vid mätningen 2021/22.

Figur 5.9 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som dricker läsk högst en gång i veckan, 2001/02–2021/22.



Andelen skolelever som anger att de äter godis högst en gång i veckan är oförändrad 2001/02–2021/22 (figur 5.10). Undantaget är 15-åriga flickor, där andelen minskar från 33 till 23 procent under perioden. Det finns ingen skillnad mellan könen i respektive ålder vid mätningen 2021/22.

Figur 5.10 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som äter godis högst en gång i veckan, 2001/02–2021/22.



KAPITEL 6

Alkohol, tobak och narkotika



6. Alkohol, tobak och narkotika

Huvudresultat

- Andelen 15-åringar (pojkar och flickor) och 13-åriga flickor som har varit berusade ökar 2021/22, jämfört med 2017/18. Sett ur ett längre perspektiv har dock andelen berusade minskat.
- Andelen 15-åringar som har snusat har ökat. Det är vanligare att pojkar använder tobakssnus och vanligare att flickor använder nikotinsnus.
- Allt fler 15-åriga pojkar har rökt cannabis.

6.1 Inledning

De levnadsvanor och den hälsa som grundläggs under barn- och ungdomsåren påverkar även individens framtida hälsa och hälsorelaterade beteenden. Många beteenden som kan starta i ungdomen, till exempel alkoholkonsumtion, tobaksanvändning och cannabisanvändning, bidrar till kroniska sjukdomar hos vuxna såsom hjärt-kärlsjukdomar, cancer, lungsjukdomar och typ 2-diabetes (90, 105). Skolbarns hälsovanor innehåller frågor om användning av alkohol, tobak och cannabis. Svaren på dessa frågor presenteras i det här kapitlet.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid *inte* överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

6.2 Alkoholkonsumtion

Barn och unga är särskilt sårbara för alkoholens effekter (106). En hög eller frekvent konsumtion av alkohol bland unga har ett samband med olika negativa konsekvenser, däribland förekomst av andra riskbeteenden, sämre impuls kontroll och sämre skolresultat (107-109). Hög alkoholkonsumtion i ung ålder har även ett samband med hög alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem i vuxen ålder (110, 111). Alkoholbruk är en av de riskfaktorer som bidrar mest till sjukdoms bördan bland unga globalt, och är den främsta riskfaktorn bland ungdomar 15–19 år i Sverige (112, 113).

I Skolbarns hälsovanor får eleverna svara på om de har druckit alkohol någon gång i sitt liv, om de druckit alkohol de senaste 30 dagarna, samt om de någon gång druckit sig berusade. Eleverna i årskurs 7 och 9 får även ange vilka alkoholhaltiga drycker de dricker.

I enkäten ställdes frågan ”Under hur många dagar (om några) har du... druckit alkohol i ditt liv?” med svarsalternativen aldrig, 1–2 dagar, 3–5 dagar, 6–9 dagar,

10–19 dagar, 20–29 dagar samt 30 dagar (eller fler). Frågan har endast ställts 2013/14–2021/22. Här presenteras andelen som svarat 1–2 dagar eller mer.

Bland 11-åringar är det 9 procent av flickorna och 12 procent av pojkarna som har druckit alkohol någon gång 2021/22 (se figur 6.1). I denna åldersgrupp har det inte skett någon större förändring av alkoholkonsumtionen sedan föregående mätning 2017/18, och skillnaden mellan flickor och pojkar är inte statistiskt signifikant.

Figur 6.1 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har druckit alkohol någon gång i sitt liv, 2013/14–2021/22.



Bland 13-åriga flickor är det 26 procent som har druckit alkohol någon gång, jämfört med 17 procent vid föregående mätning 2017/18. Bland 15-åriga flickor

syns också en ökning. Andelen som druckit alkohol någon gång är 58 procent, en ökning med ungefär 11 procentenheter från föregående mätning. Av de 13-åriga pojkarna är det 26 procent som druckit alkohol någon gång och bland de 15-åriga pojkarna är det 45 procent. Dessa resultat skiljer sig inte signifikant från resultaten vid föregående mätning 2017/18.

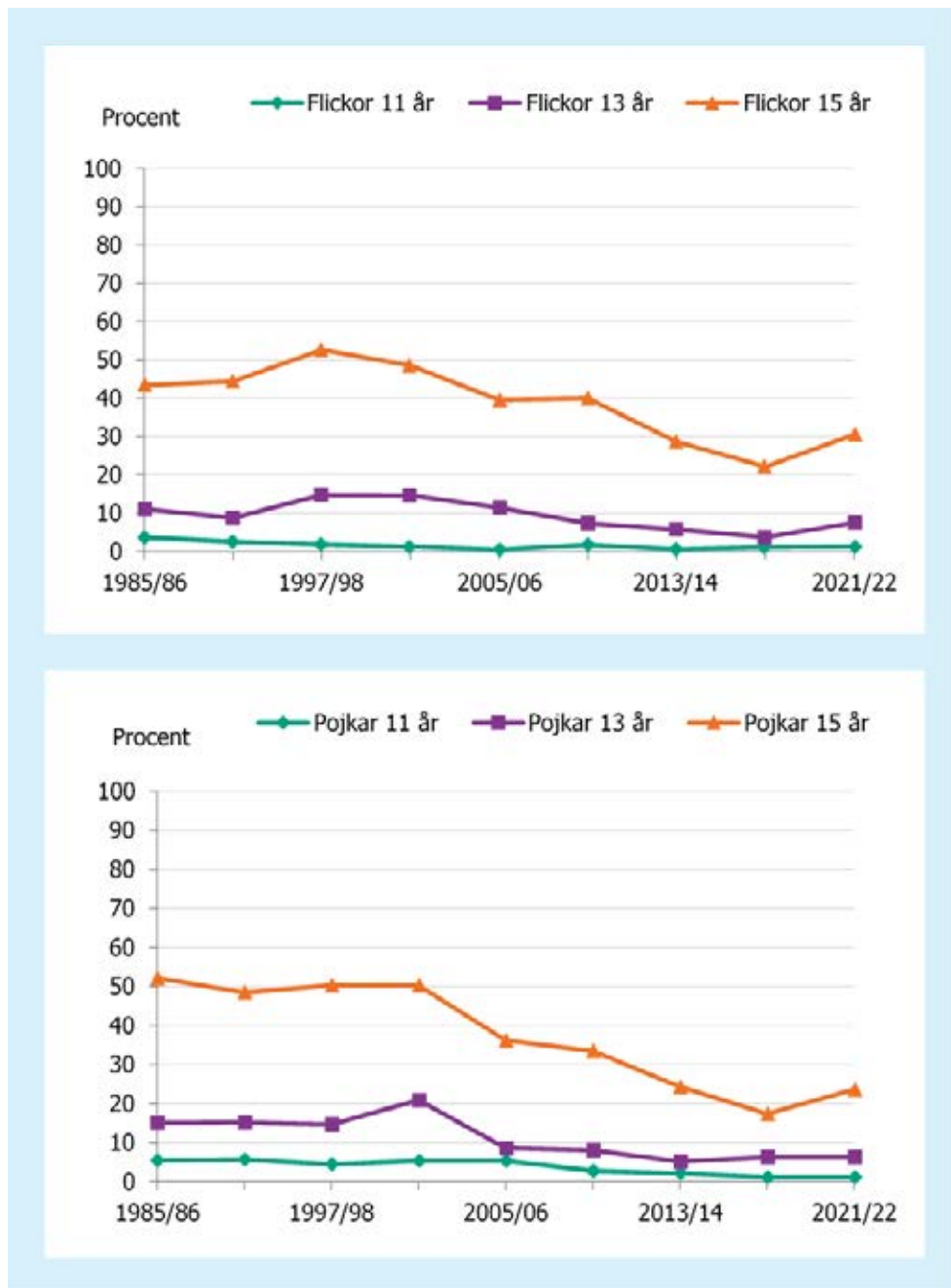
I enkäten ställdes frågan ”Har du någonsin druckit så mycket alkohol att du blivit riktigt full i ditt liv?” med svarsalternativen *Nej, aldrig, Ja, 1 gång, Ja, 2–3 gånger, Ja, 4–10 gånger* och *Ja, fler än 10 gånger*. Här presenteras andelen som svarat *Ja, 1 gång* eller fler. Frågor om berusningsdrickande har ställs ända sedan 1985/86, men med lite olika svarsalternativ.

En procent av både flickorna och pojkarna i 11-årsåldern har druckit sig berusade (figur 6.2). I denna åldersgrupp har det inte skett någon större förändring av alkoholkonsumtionen sedan föregående mätning 2017/18.

Andelen 13-åriga flickor som varit berusade har fördubblats under de senaste fyra åren, från 4 till 8 procent. Av de 13-åriga pojkarna är det 6 procent som någon gång druckit sig berusade, vilket inte är någon förändring sedan 2017/18. Sett ur ett längre perspektiv har det dock varit en stadig nedgång i andelen 13-åringar som har varit berusade.

Bland 15-åriga flickor har andelen som någon gång druckit sig berusade ökat jämfört med föregående mätning, från 22 till 31 procent. Bland 15-åriga pojkar har det också ökat, från 17 procent 2017/18 till 24 procent 2021/22. Sett ur ett längre perspektiv har det dock varit en stadig nedgång i andelen 15-åringar som har varit berusade. Det är en statistiskt signifikant lägre andel pojkar än flickor som någon gång druckit sig berusade.

Figur 6.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har varit berusade någon gång, 1985/86–2021/22.

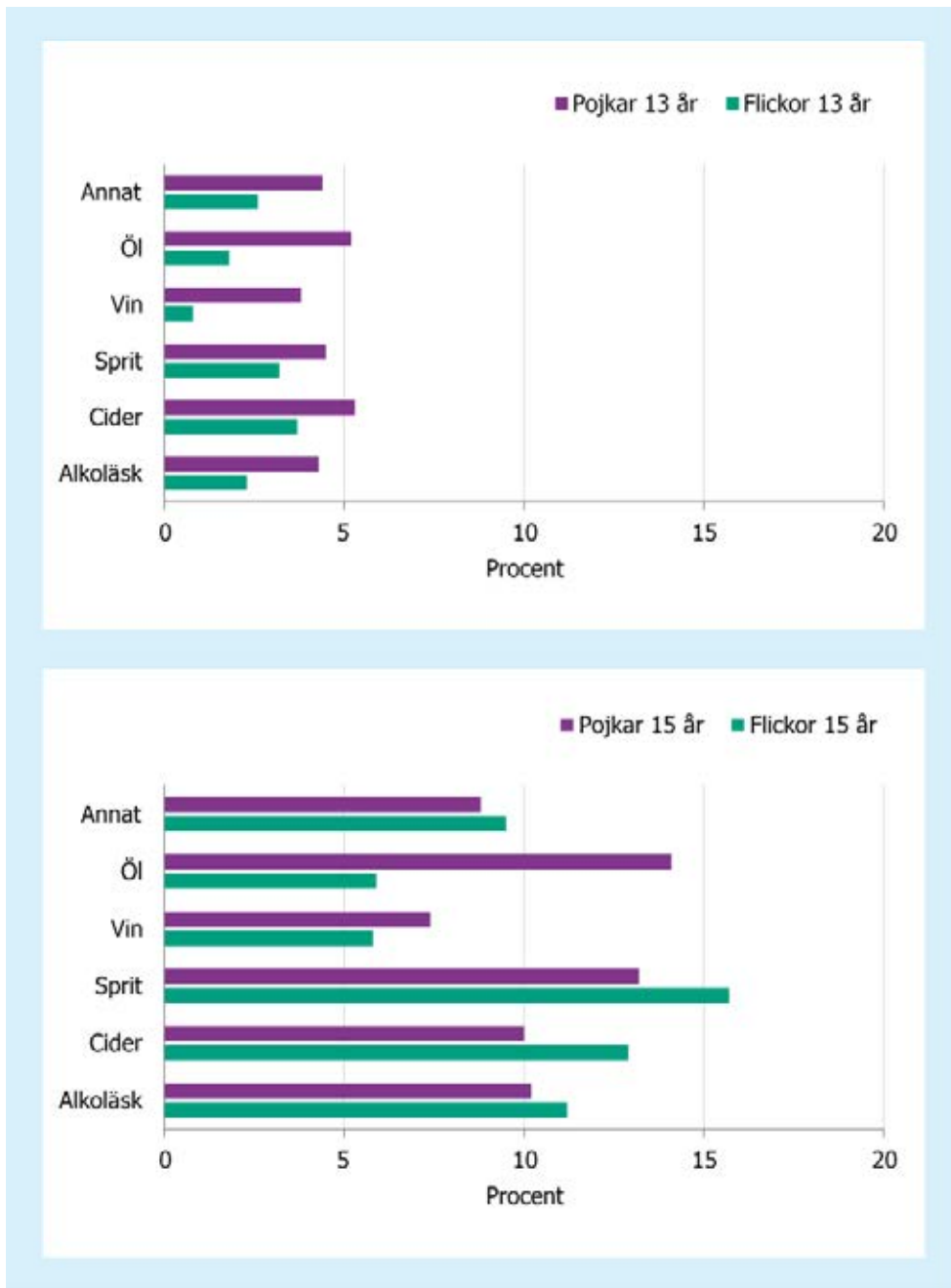


Observera att uppgifter för 1993/94 saknas.

Eleverna i årskurs 7 och 9 har även svarat på frågan ”Hur ofta dricker du alkohol, som t.ex. öl, vin eller sprit? Försök även ta med de gånger då du bara dricker lite grann.” De drycker som räknas upp är öl med alkohol, vin, sprit, alkoläsk (t.ex. Smirnoff Ice, Barcardi Breezer), cider med alkohol samt annan dryck med alkohol. Svartalternativen är *varje dag*, *varje vecka*, *varje månad*, *sällan* och *aldrig*. I figur 6.3 presenteras andelen som svarat *varje månad* eller oftare för den senaste mätningen 2021/22.

Cider och sprit är de alkoholhaltiga drycker som konsumeras mest bland flickorna. Bland 13-åriga flickor är det 4 procent som har druckit cider och 3 procent som har druckit sprit varje månad eller oftare. Bland 15-åriga flickor är det 13 procent som har druckit cider och 16 procent som har druckit sprit varje månad eller oftare.

Figur 6.3 Andel (i procent) flickor och pojkar som har druckit öl, vin, sprit, cider, alkoholisk eller annat, varje månad eller oftare, 2021/22.



Bland 13-åriga pojkar konsumeras samtliga kategorier av alkoholhaltiga drycker i ungefär lika stor utsträckning; omkring 4–5 procent uppger att de dricker dessa drycker varje månad eller oftare. Öl och sprit är de alkoholhaltiga drycker som 15-åriga pojkar konsumerar mest. I denna grupp är det 14 procent som har druckit öl och 13 procent som har druckit sprit varje månad eller oftare.

Vin är den alkoholhaltiga dryck som konsumeras minst bland både flickor och pojkar i båda ålderskategorierna.

6.3 Tobaks- och nikotinanvändning

Alla tobaks- och nikotinprodukter innehåller nikotin som är starkt beroendeframkallande och unga som använder produkterna riskerar att fastna i ett livslångt beroende. Forskning visar att ju tidigare någon börjar röka, desto större är risken att fortsätta (114, 115). Kunskapen om hälsorisker ser olika ut för olika produktgrupper och beror på hur länge produkterna funnits på marknaden, hur många som använder dem och hur mycket forskning som bedrivits.

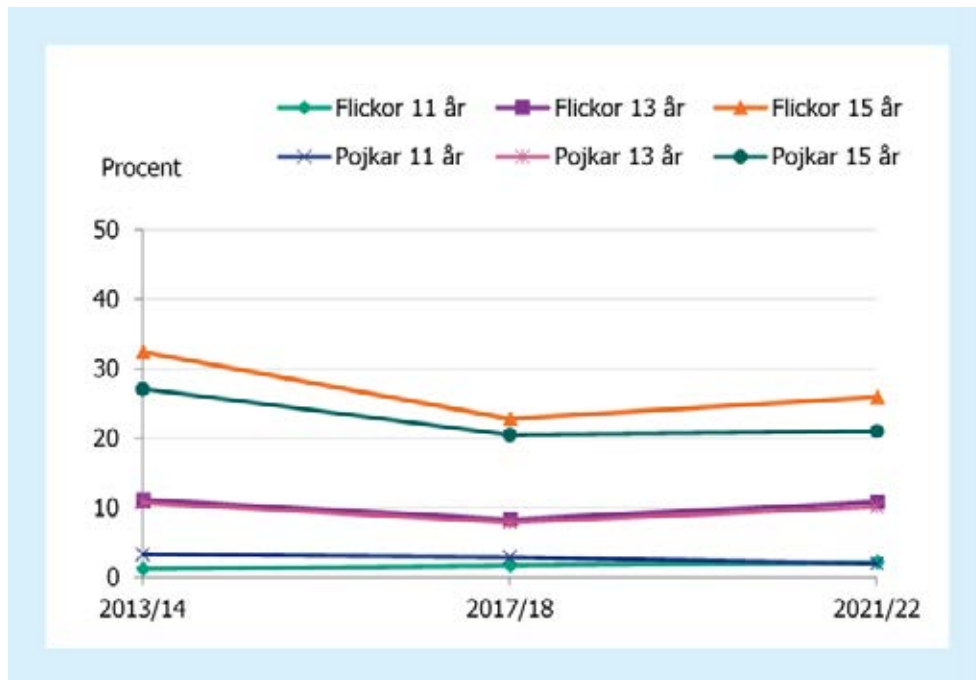
Det är väldokumenterat att tobaksrökning ökar risken för flera olika sjukdomar, däribland cancer, hjärt-kärlsjukdomar, typ-2-diabetes och sjukdomar och infektioner i andningsorganen (116, 117).

I Skolbarns hälsovanor får eleverna uppge om de har rökt cigaretter, rökt vattenpipa, snusat och använt e-cigaretter någon gång i sitt liv. Frågorna om cigaretter och snus har ändrats flera gånger över tid och därför redovisas endast resultat för 2013/14–2021/22. Frågorna om vattenpipa och e-cigaretter inkluderas sedan 2017/18. Frågan om vilken typ av snus respektive e-cigaretter man använder finns endast med i senaste undersökningen, 2021/22.

Vid senaste undersökningen 2021/22 svarar omkring 2 procent av 11-åringarna att de har provat att röka cigaretter någon gång i sitt liv (figur 6.4). En större andel 13-åringar svarar att de har provat att röka (11 procent bland flickor och 10 procent bland pojkar). Bland 15-åringarna svarar 26 procent av flickorna och 21 procent av pojkarna att de har rökt någon gång i sitt liv.

Sett över tid 2013/14–2021/22 har andelen 15-åringar som rökt någon gång minskat. I åldrarna 11 och 13 år har inga förändringar skett under perioden.

Figur 6.4 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har rökt cigaretter, 2013/14–2021/22.

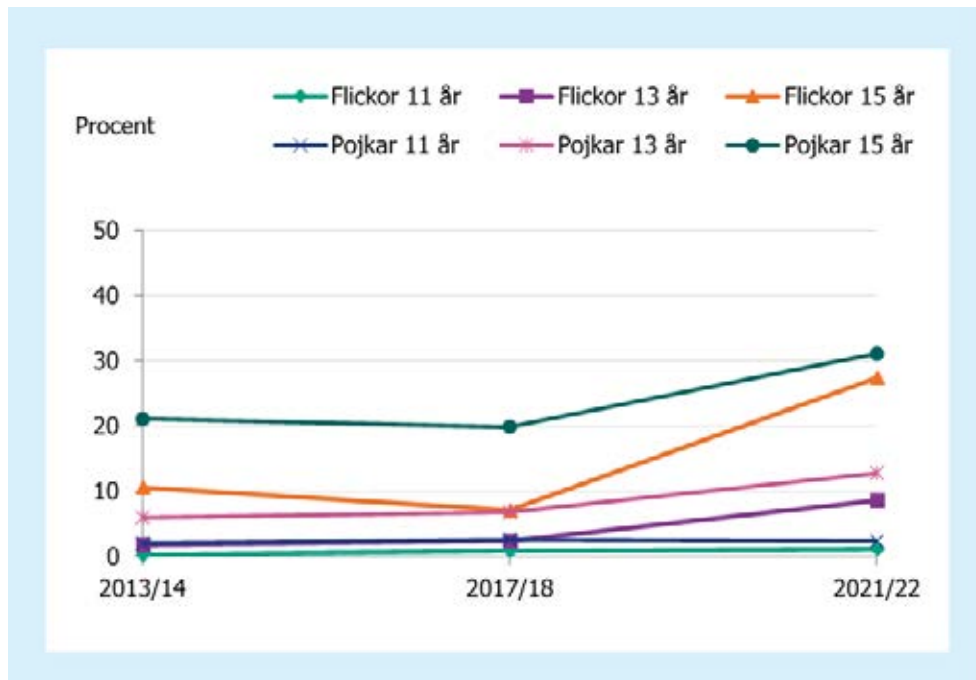


Hälsorisker med vattenpipsrökning beror på vad man röker. Att röka vattenpipa med tobak innebär liknande hälsorisker som övrig tobaksrökning (118). Andelen 13-åringar som har rökt vattenpipa någon gång är 5 procent bland flickor och 6 procent bland pojkar. Bland 15-åringarna har 9 procent av flickorna och 14 procent av pojkarna rökt vattenpipa, vilket är en minskning bland flickorna jämfört med senaste mätningen 2017/18.

Det finns i dag olika sorters snus: tobakssnus som innehåller både tobak och nikotin och nikotinsnus (även kallat nikotinpåsar och vitt snus). Utöver att vara starkt beroendeframkallande påverkar användning av tobakssnus hjärta och kärl genom att bland annat höja blodtrycket och minska kärlens förmåga att vidgas. Snusanvändning under graviditeten ökar risken för flera komplikationer, till exempel för tidig födsel och låg födelsevikt (119). Nikotinsnus är en nyare produkt där hälsoriskerna framför allt kan kopplas till exponering för nikotin vilken kan ge en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom (119).

I Skolbarns hälsovanor ställs frågor om man har snusat och vilken typ av snus man i så fall använder. Vid senaste undersökningen 2021/22 svarar 1 procent av de 11-åriga flickorna och 2 procent av de 11-åriga pojkarna att de snusat någon gång (figur 6.5) och andelen har varit stabil sedan 2013/14. Bland 13-åringar är det fler, 9 procent av flickorna och 13 procent av pojkarna, och bland 15-åringarna är motsvarande andelar 27 procent respektive 31 procent. I åldrarna 13 och 15 år förändrades inte andelen som snusat mellan 2013/14 och 2017/18, däremot ökade andelen mellan 2017/18 och 2021/22. Ökningen var störst bland de 15-åriga flickorna, från 7 till 27 procent.

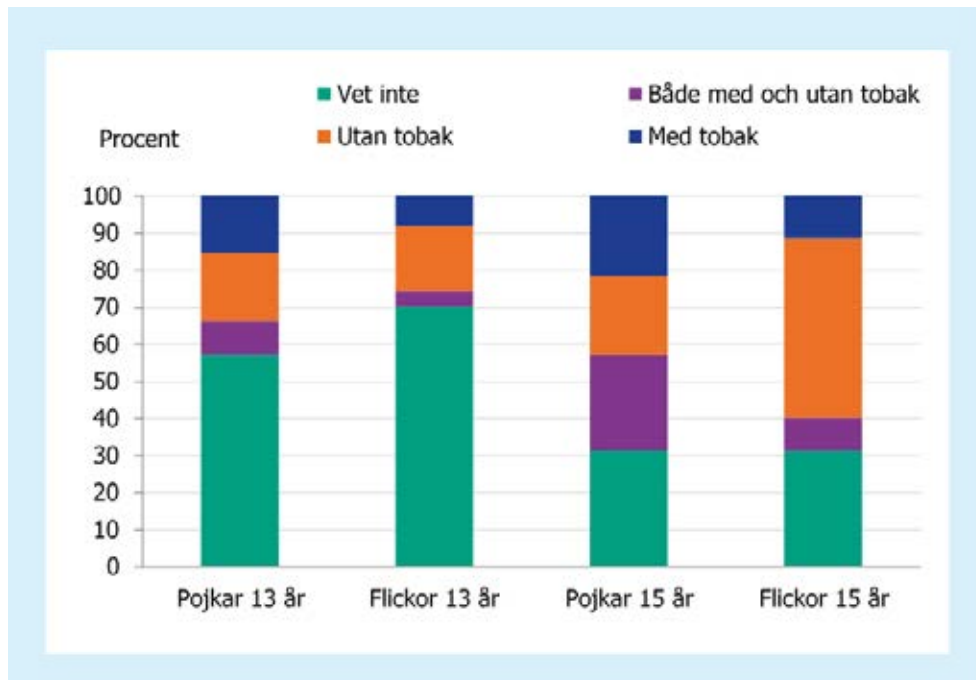
Figur 6.5 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har snusat, 2013/14–2021/22.



De äldre eleverna (13- och 15-åringar) som svarat att de någon gång snusat får för första gången även ange om de använder snus *med* eller *utan* tobak (figur 6.6). Majoriteten av 13-åringarna, 70 procent av flickorna och 57 procent av pojkarna, svarar att de inte vet. Bland 15-åriga flickor och pojkar är det omkring en tredjedel som inte vet om snuset innehåller tobak eller inte.

Bland pojkarna i bägge åldrar är det ungefär lika vanligt att använda snus med och utan tobak, 16 respektive 18 procent bland 13-åringarna och 21 procent bland 15-åringarna. Bland flickorna uppger en större andel av både 13- och 15-åringarna att de använder snus utan tobak (nikotinsnus). Bland 13-åringarna svarar 17 procent av flickorna att de använder nikotinsnus och 8 procent att de använder tobakssnus, medan 48 procent av de 15-åriga flickorna använder nikotinsnus och 11 procent tobakssnus.

Figur 6.6 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som använder snus med tobak, utan tobak, både med och utan tobak eller vet inte, 2021/22. (a)

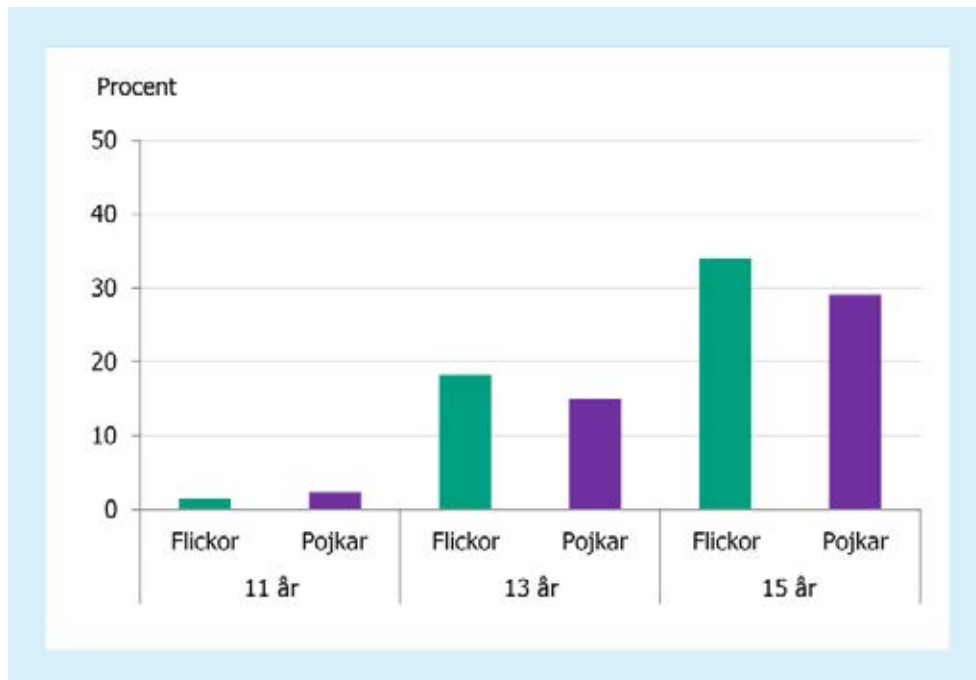


(a) Frågan har endast ställts till dem som svarat att de snusat någon gång i sitt liv.

E-cigarett innehåller en vätska som förångas med hjälp av ström från ett batteri, och ångan andas sedan in. Vätskan kan innehålla nikotin. Hälsoriskerna med användning av e-cigarett är de som kommer av exponeringen för nikotin, men beror också av vilka kemikalier som finns i lösningsmedlen och smaksättningen (120).

Bland 11-åringarna har omkring 2 procent använt e-cigarett någon gång i sitt liv (figur 6.7). I gruppen 13-åringar är det fler, 18 procent av flickorna och 15 procent av pojkarna, och bland 15-åringarna är motsvarande andelar 34 respektive 29 procent. Bland 15-åriga flickor ses en ökning sedan mätningen 2017/18.

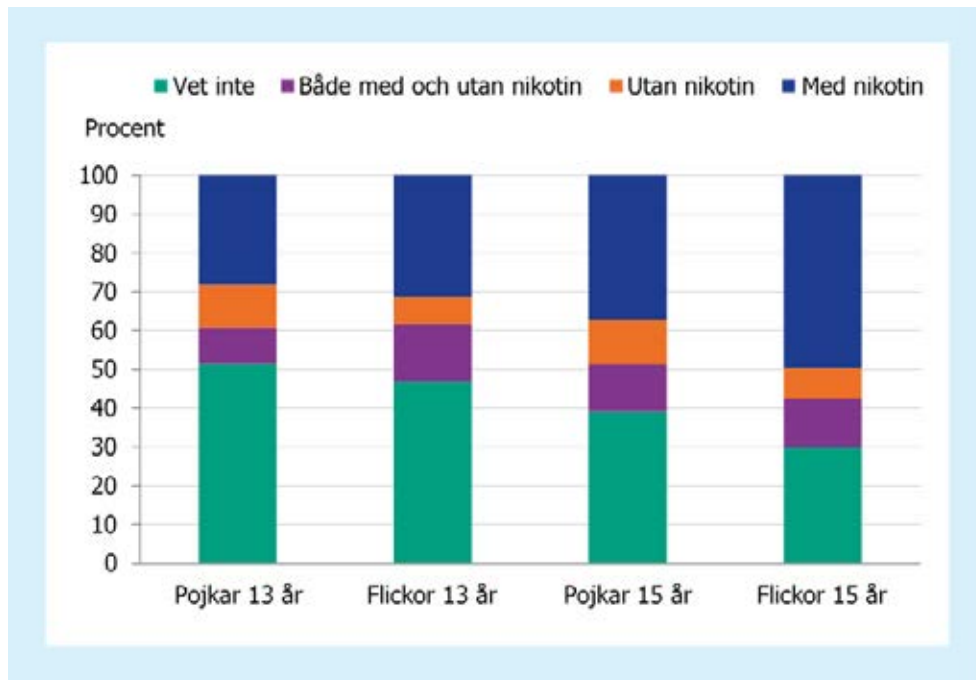
Figur 6.7 Andel (i procent) 15-åringar som har använt e-cigarett vid åtminstone ett tillfälle i sitt liv, 2021/22.



De äldre eleverna (13- och 15-åringar) som svarat att de använt e-cigarett får även ange om de använt e-cigarett *med* eller *utan* nikotin (figur 6.8). Precis som för snus, är det många som inte vet vad e-cigaretterna innehåller: omkring hälften av de 13-åriga flickorna och pojkarna vet inte om de har använt e-cigarett med eller utan nikotin. Bland de 15-åriga flickorna är det 30 procent och bland de 15-åriga pojkarna 39 procent som inte vet.

Bland både flickor och pojkar har en större andel använt e-cigarett *med* nikotin än e-cigarett *utan* nikotin. Bland 13-åringarna svarar 31 procent av flickorna som någon gång använt e-cigarett att de använder e-cigarett *med* nikotin och 7 procent att de använder e-cigarett *utan* nikotin. Motsvarande andelar bland pojkarna är 28 respektive 11 procent. Bland 15-åringarna svarar hälften av flickorna som någon gång använt e-cigarett att de använder e-cigarett *med* nikotin och 8 procent att de använder e-cigarett *utan* nikotin. Bland pojkarna är andelarna 37 respektive 12 procent.

Figur 6.8 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som använder e-cigarett med nikotin, utan nikotin, både med och utan nikotin eller vet inte, 2021/22. (a)



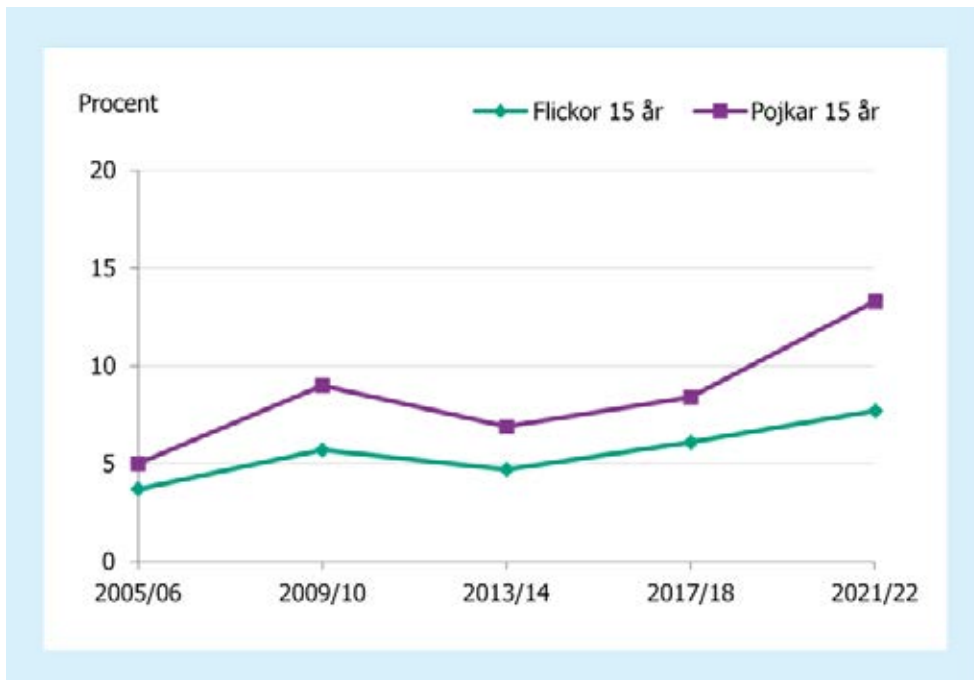
(a) Frågan har endast ställts till dem som svarat att de använt e-cigarett någon gång i sitt liv.

6.4 Cannabisanvändning

Bruk av cannabis i ung ålder kan leda till försämrade kognitiva funktioner, beroendutveckling och ökad risk för psykotiska symtom. Man har också sett ett samband mellan regelbundet cannabisbruk som påbörjats i tidig ålder och en lägre utbildningsnivå, högre skolfrånvaro, högre arbetslöshet, lägre inkomst och större behov av ekonomiskt stöd samt bruk av andra droger. För de senare faktorerna är det inte helt klarlagt om regelbundet cannabisbruk är orsaken eller om faktorerna orsakar cannabisbruk (121).

I Skolbarns hälsovanor får de 15-åriga eleverna svara på hur många *dagar* de använt cannabis (hasch eller marijuana) i sitt liv (figur 6.9). I undersökningen 2021/22 är det 8 procent av flickorna och 13 procent av pojkarna som har provat cannabis minst *en dag* i sitt liv. Bland flickorna har andelen legat mellan 5 och 8 procent under perioden 2005/06–2021/22. Bland pojkarna har andelen som provat cannabis däremot varierat, och ökar mellan 2017/18 och 2021/22.

Figur 6.9 Andel (i procent) 15-åringar som har provat cannabis (hasch eller marijuana) vid minst ett tillfälle under sitt liv, 2017/18–2021/22.



Anm. Åren 2005/06, 2009/10 och 2017/18 gällde frågan hur många *gånger* man använt cannabis (hasch eller marijuana) i sitt liv. Åren 2013/14 och 2021/22 gällde frågan hur många *dagar* man använt det i sitt liv. I figuren redovisas andelen som svarat antingen minst *1 gång* eller minst *1 dag* i sitt liv.

KAPITEL 7

Allmän hälsa



7. Allmän hälsa

Huvudresultat

- Majoriteten av eleverna i alla tre åldrar har en bra eller mycket bra hälsa. Andelen 13- och 15-åringar med mycket bra hälsa är mindre bland flickor än pojkar.
- Andelen med övervikt eller fetma ökade mellan 1989/90 och 2021/22 i alla åldrar. Andelen var högre bland pojkar än flickor oavsett ålder.
- Andelen som har en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem är cirka 25 procent bland 11-åringar och 30 procent bland 13- och 15-åringar, 2021/22. Andelen har ökat bland pojkar i alla tre åldrar och bland 15-åriga flickor sedan 2013/14.

7.1 Inledning

Skolbarns hälsovanor har sedan 1980-talet innehållit frågor om elevernas allmänna hälsa, längd och vikt samt tandborstning. Under 1990-talet inkluderades frågor om skador och olyckor. Under 2010-talet lades frågor om långvariga sjukdomar, funktionsnedsättningar och andra långvariga hälsoproblem till. Svaren på dessa frågor presenteras i det här kapitlet.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid *inte* överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

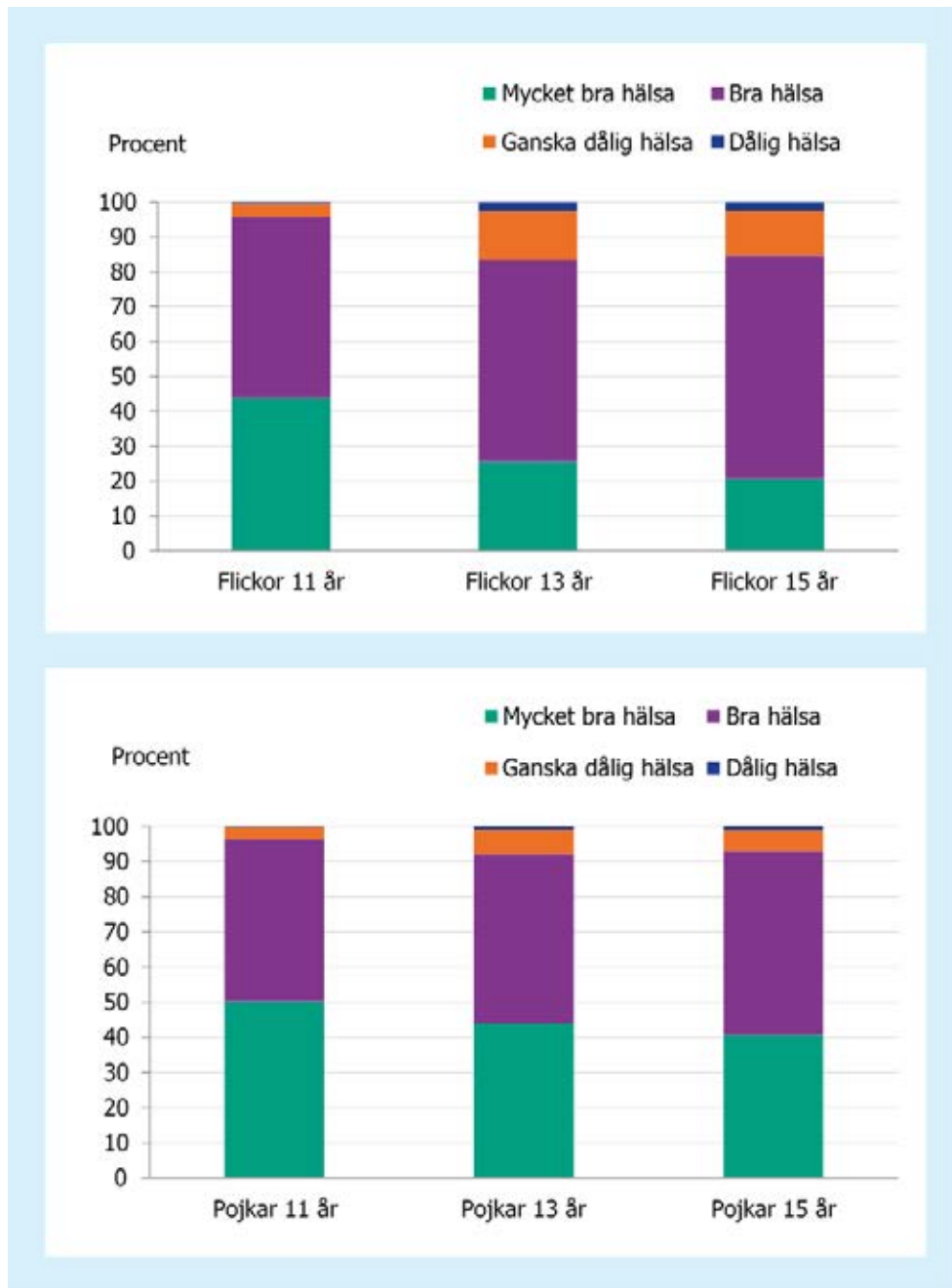
7.2 Självskattad hälsa

Självskattad hälsa innebär att individerna själva skattar sitt allmänna hälsotillstånd längs en på förhand definierad skala, och det ger alltså ett subjektivt mått. Forskning har visat att det stämmer väl överens med mer objektiva och medicinskt definierade mått på hälsa (122).

Det finns flera publicerade studier om självskattad hälsa som bygger på data från Skolbarns hälsovanor. En longitudinell studie bland tonåringar i Norge har visat att självskattad hälsa är ett relativt stabilt mått som markant minskar med sänkt välbefinnande, ohälsosamma levnadsvanor, sjukvårdskonsumtion och funktionshinder (123). Samtidigt har höga skattningar av allmän hälsa ett positivt samband med andra självskattade faktorer såsom skolrelaterat välbefinnande (45), skolprestationer, familjeekonomi och känsla av trygghet i grannskapet (124).

Sedan 2001/02 har eleverna fått svara på frågan ”Hur tycker du att din hälsa är?” Svartalternativen är *mycket bra*, *bra*, *ganska dålig* och *mycket dålig*. I figur 7.1 presenteras fördelningen av de fyra svartalternativen för självskattad hälsa för flickor och pojkar, 2021/22.

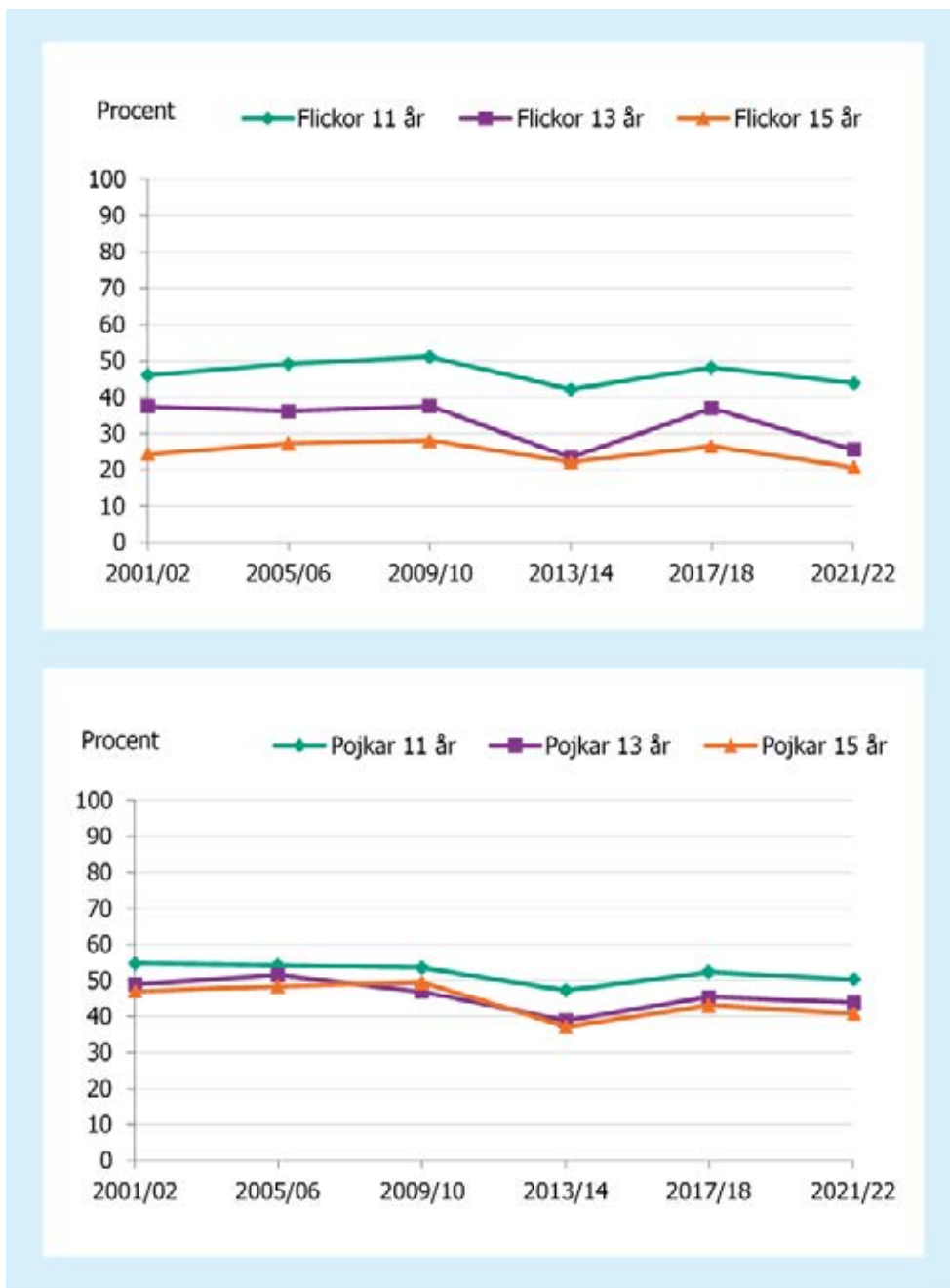
Figur 7.1 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som svarat att deras hälsa är mycket bra, bra, ganska dålig respektive dålig, 2021/22.



Majoriteten av eleverna i alla tre åldrar svarade att de har en bra eller mycket bra hälsa, medan en mycket liten andel svarade att hälsan är dålig. Bland 11-åringar var det ingen skillnad i andelen flickor och pojkar som har en mycket bra hälsa, men andelen 13- och 15-åringar med mycket bra hälsa är mindre bland flickor än pojkar. Cirka 26 procent av de 13-åriga flickorna har en mycket bra hälsa, jämfört med 44 procent av de 13-åriga pojkarna. Bland 15-åringarna är det 21 procent av flickorna och 41 procent av pojkarna som har det. Andelen som har en mycket god hälsa minskar med stigande ålder, framför allt bland flickor.

I figur 7.2 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som har en mycket bra hälsa, åren 2001/02–2021/22. År 2001/02–2009/10 var svarsalternativen annorlunda: *mycket bra*, *bra*, *ganska bra* och *dålig*. Andelen som hade en mycket bra hälsa var stabil 2001/02–2009/10, men sjönk 2013/14 och har sedan dess varit lägre än i början av 2000-talet.

Figur 7.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har en mycket bra hälsa, 2001/02–2021/22.



7.3 Övervikt och fetma

Övervikt och fetma kan definieras som ett överskott på fettmassa i sådan grad att den påverkar vår hälsa negativt (125). Övervikt och fetma är en av de främsta orsakerna till sjukdomsördan och förtida död i Sverige (117). Att ha fetma som barn innebär inte bara högre risk för fetma, förtida död och funktionsnedsättning som vuxen, utan även direkta konsekvenser för den fysiska och psykiska hälsan (125, 126).

Barnfetma ökar till exempel risken för andningssvårigheter, insulinresistens, högt blodtryck, frakturer, social stigmatisering och nedsatt livskvalitet (125, 126).

Medan övervikt till största delen beror på våra levnadsvanor, som matvanor och fysisk aktivitet, är fetma däremot starkare kopplat till genetiska och sociala faktorer, som samspelar med våra levnadsvanor (127). Fetma är till exempel vanligare bland barn till föräldrar med lägre socioekonomisk position (128). Fetma är också en kronisk sjukdom, som ofta kräver långsiktig behandling och uppföljning (126, 127).

I Skolbarns hälsovanor uppger barnen sin längd och vikt. Dessa uppgifter ligger sedan till grund för beräkningen av kroppsmasseindex (BMI). BMI uttrycker förhållandet mellan vikt och längd. Till skillnad från vuxna, där längdtillväxten avstannat, förändras barns längd och kroppssammansättning under hela barndomen. Därför beräknas, utifrån tillväxtkurvor, köns- och åldersstandardiserade BMI-värden, som motsvarar BMI-värdena för vuxna (129). Internationellt används framför allt två tillväxtkurvor för att klassificera övervikt och fetma: Världshälsoorganisationens (WHO:s) och International Obesity Task Force (IOTF). Här har IOTF:s värden använts.

Förekomsten av övervikt och fetma bland 11-, 13- och 15-åringar ökade mellan 1989/90 och 2021/22 (figur 7.3). Övervikt var nästan dubbelt så vanligt bland båda pojkar och flickor 2021/22 jämfört med 1989/90, medan fetma var närmare tre gånger vanligare bland flickor och fem gånger vanligare bland pojkar.

Andelen 11-åriga pojkar med övervikt eller fetma 2021/22 var 16 procent (12 respektive 4 procent). Bland 13- och 15-åriga pojkar var motsvarande andelar 19 procent (15 och 4 procent) respektive 21 procent (16 och 5 procent).

Bland 11-åriga flickor var andelen med övervikt eller fetma 12 procent (9 respektive 3 procent). Andelen med övervikt eller fetma hos 13-åriga flickor var 12 procent (10 och 2 procent) och bland flickor 15 år var andelen 11 procent (9 och 2 procent).

Förekomsten av övervikt och fetma var alltså högre bland pojkar än bland flickor i alla tre åldrar. Förekomsten av övervikt ökade med åldern för pojkar, medan övervikt hos flickor var relativt likvärdig i de olika åldrarna. När det gäller fetma verkar flickor också haft en liknande utveckling över tid oavsett ålder. Däremot hade yngre pojkar (11 och 13 år) en kraftig ökning av fetma efter 2009/10.

Figur 7.3 Övervikt och fetma bland flickor och pojkar i olika åldrar, 1989/90-2021/22



7.4 Långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar

Enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är lika tillgång till utbildning för alla barn en rättighet (130). Tillgången till god utbildning för alla är också ett av de globala målen för hållbar utveckling 2030 (131). I och med att elever med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar i högre utsträckning inkluderas i vanliga skolor är det viktigt att följa kvaliteten på denna inkludering, särskilt med tanke på att barn och unga med funktionsnedsättning upplever mindre trivsel i skolan och oftare är utsatta för mobbning än andra barn (132, 133). Detta gäller särskilt barn med måttliga eller svåra funktionsnedsättningar och barn med neuropsykiatriska diagnoser (134).

En annan svensk studie bekräftar att elever med funktionsnedsättning oftare är utsatta för olika former av mobbning. Den visar också att dessa elever skattar sin hälsa sämre, oftare har psykisk ohälsa och har fler stressrelaterade symtom i sin vardag än barn utan funktionsnedsättning (135, 136). En annan studie baserad på data från Värmland visar att det finns ett samband mellan funktionsnedsättning, nedsatt allmänt välbefinnande och förekomst av psykosomatiska besvär (137).

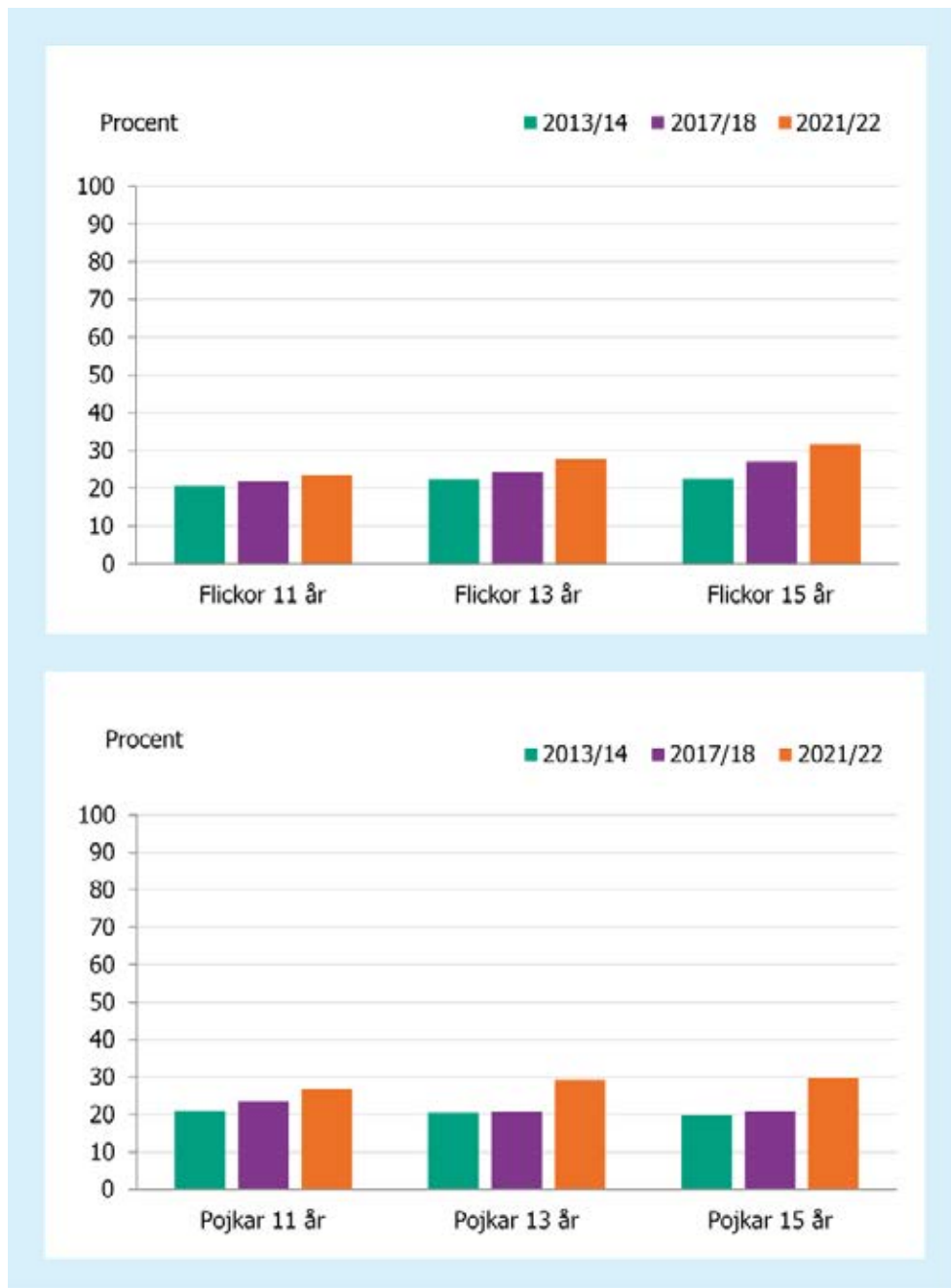
I Skolbarns hälsovanor får eleverna sedan 2013/14 ange om de har en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem, fastställt av läkare. De får även svara på om de tar medicin för den långvariga sjukdomen, funktionsnedsättningen eller långvariga hälsoproblemet samt om den påverkar närvaron och deltagandet i skolan. De två sistnämnda är markörer för svårare tillstånd (138).

Andelen som har en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem är ungefär densamma bland flickor och pojkar och i de olika åldrarna. Bland 11-åringarna är det cirka 25 procent, och bland 13- och 15-åringarna cirka 30 procent, figur 7.4.

För de 11- och 13-åriga flickorna skedde ingen förändring mellan 2013/14 och 2021/22, utan andelen som har en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem är kring 20 respektive 25 procent. Bland de 15-åriga flickorna är det däremot en ökning mellan 2013/14 och 2021/22, från 23 till 32 procent.

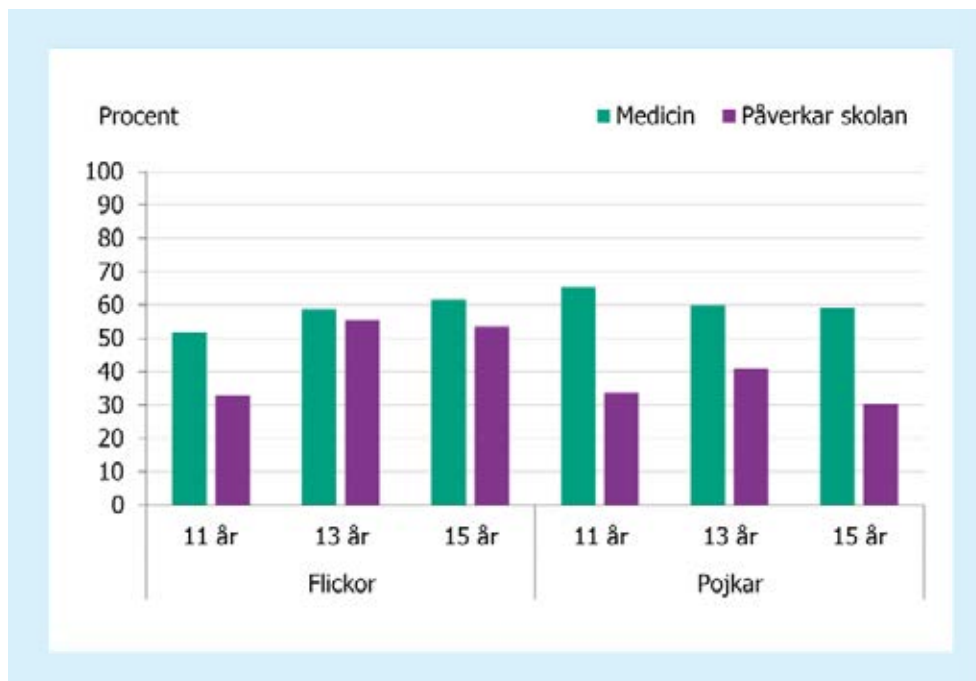
För pojkarna skedde en ökning i alla tre åldersgrupperna mellan 2013/14 och 2021/22, i andelen som har en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem. För 11-åringarna är det ökning från 21 till 27 procent. För de 13- och 15-åriga pojkarna är det en motsvarande ökning från cirka 20 till 30 procent.

Figur 7.4 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem, 2013/14–2021/22.



Mellan 52 och 65 procent tar medicin. Det finns inga statistiska skillnader mellan flickor och pojkar eller olika åldrar, figur 7.5. Det är en lägre andel 11-åriga flickor vars deltagande i skolan påverkas av deras långvariga sjukdom, funktionsnedsättning eller långvariga hälsoproblem, jämfört med de 13- och 15-åriga flickorna, 33 procent respektive cirka 55 procent. Bland pojkarna finns däremot ingen skillnad mellan olika åldrar.

Figur 7.5 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som tar medicin för en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning eller vars närvaro och deltagande i skolan påverkas av den, 2021/22.



7.5 Skador och olyckor

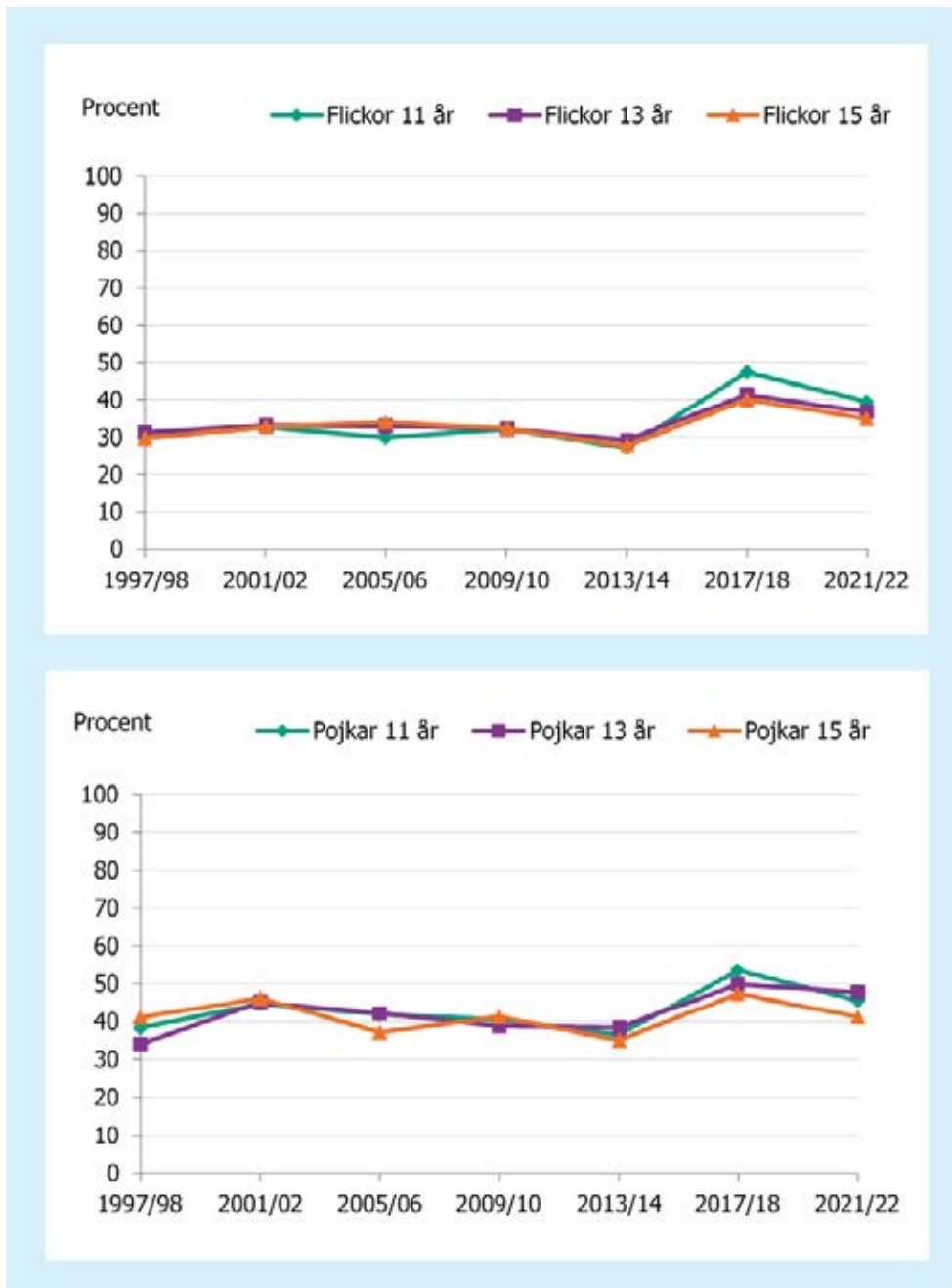
Deltagande i idrott kan innebära att ungdomar skadas (139). Men skador och olyckor kan även vara en markör för inblandning i tidiga riskbeteenden, såsom rökning, berusningsdrickande, cannabisanvändning och samlag (140).

Sedan 1997/98 har eleverna fått ange hur många gånger under de senaste 12 månaderna de skadat sig så illa att de blivit behandlade av en läkare eller sjuksköterska. Svartalternativen är *jag har inte skadat mig de senaste 12 månaderna*, *1 gång*, *2 gånger*, *3 gånger* och *4 gånger eller fler*.

I figur 7.6 presenteras andelen som har skadat sig minst en gång det senaste året. Det finns inga skillnader mellan pojkar och flickor eller olika åldrar, även om det är en större andel 13-åriga pojkar än flickor som har skadat sig 2021/22.

Andelen som skadat sig sjönk under 2000-talets början, framför allt bland pojkar, och ökade i mätningen 2017/18. Andelen som skadat sig tycks ha minskat i mätningen 2021/22, även om minskningen inte är statistiskt säkerställd i alla grupper. Eftersom det inte finns några följdfrågor saknar vi information om vad eleverna gjorde och var de befann sig när de skadade sig.

Figur 7.6 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har skadat sig så illa under de senaste 12 månaderna att de blivit behandlade av en läkare eller sjuksköterska, 1997/98–2021/22.



KAPITEL 8

Relationer och sexualitet



8. Relationer och sexualitet

Huvudresultat

- Andelen 15-åringar som har haft samlag minskar.
- Användningen av kondom har halverats bland 15-åringar under 2010-talet.
- Det är vanligare att flickor får information och pratar om sexualitet och relationer, jämfört med pojkar.

8.1 Inledning

När man diskuterar ungas välmående i relation till sexuell hälsa, är begreppet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) högst relevant. Det definieras som

ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, och inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada (141).

SRHR är en förutsättning för människors välbefinnande och generella hälsa (142-144). Rättigheterna kan innefatta att få avgöra om och när man vill ha sex, själv få välja sina sexualpartners samt få tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser (143). Det gäller också rätten att få avgöra om, när och hur man vill ha barn och hur många barn man vill ha.

SRHR ingår i de nationella folkhälsopolitiska målen (145) och i den nationella SRHR-strategin från 2020, vars huvudmål är en god jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen, är unga och unga vuxna en central målgrupp (142). Ungdomsårens sexualitet är sammanflätad med identitetsutveckling och social utveckling, och kan ha betydelse för den sexuella hälsan genom hela livet (142).

I Skolbarns hälsovanor ställs frågor om samlag, ålder för sexdebut samt preventivmedel. I årets undersökning har nya frågor om var man får information om relationer och sexualitet ställts, liksom frågor om vem man pratar med om relationer och sexualitet.

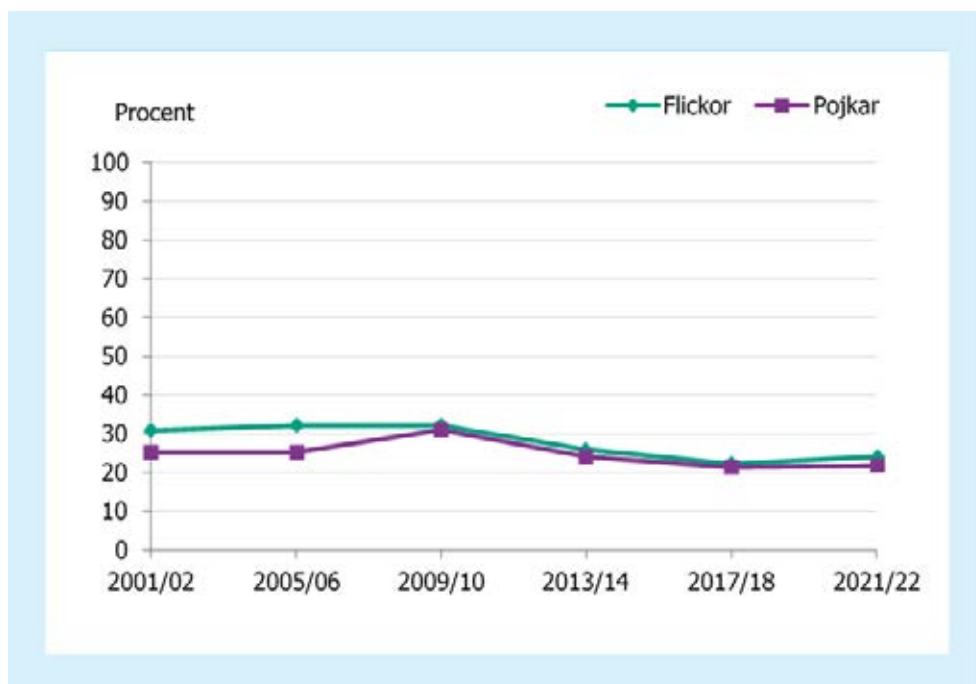
Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid *inte* överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

8.2 Sexdebut och preventivmedel

Ålder för sexdebut kan ha betydelse för en individs självuppfattning, välbefinnande, relationer och sexuell och reproduktiv hälsa (144, 146, 147). Sambanden kan se olika ut för flickor och pojkar (147-149). Uppföljningsstudier har observerat samband mellan en sen (i förhållande till medelåldern) sexdebut och sämre hälsa (144). Å andra sidan visar flertalet studier att en tidig debut, ofta definierat som före 15 års ålder, oftare sker mot ens vilja (149), utan preventivmetod (150) och har samband med erfarenheter av sexuellt våld (148, 151). Associationer med riskbeteenden såsom alkohol- och droganvändning har också kunnat påvisas (148, 152). Åldern kan höra ihop med faktorer såsom viljan att ha sex och förmågan att använda preventivmedel (153, 154).

I Skolbarns hälsovanor har man sedan mätningen 2001/02 ställt frågor om sexdebut till alla 15-åringar. Frågan lyder: ”Har du någonsin haft samlag? (ibland så kallas det för ”sex”, ”älskat”, ”legat med någon”, ”gått hela vägen”)”. Resultaten visar att andelen 15-åringar som haft samlag minskat något över tid, figur 8.1. Andelen flickor som haft samlag har minskat från 31 procent i mätningen 2001/02, till 24 procent i mätningen 2021/22. Bland pojkarna var det en ökning från 25 procent till 32 procent vid mätningen 2009/10, och sedan dess har andelen successivt minskat, till 22 procent i mätningen 2021/22.

Figur 8.1 Andel (i procent) 15-åringar som har haft samlag, 2001/02–2021/22.



De som svarat att de haft samlag fick följdfrågan: ”Hur gammal var du när du hade samlag för första gången?” De senaste årtiondena har åldern för sexdebut bland flickor och pojkar i Sverige legat relativt konstant omkring 15–16 år (148, 152, 155). Den undersökta åldersgruppen skiljer sig åt mellan olika studier, vilket gör att studierna inte är helt jämförbara sinsemellan. I denna mätning är det, bland de 15-åringar som hade haft samlag, 57 procent av flickorna och 58 procent av pojkarna

som hade en tidig debut, det vill säga före 15 års ålder. Det finns en spridning i åldern för debut, från 11 år eller yngre upp till 16 år, där 15 år är vanligaste åldern för debut.

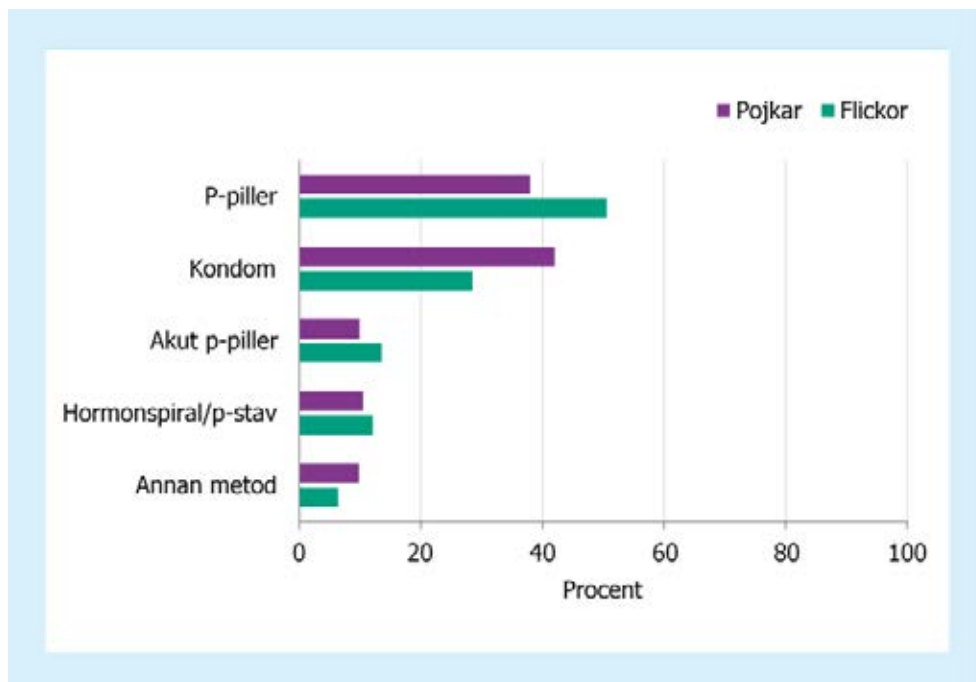
Jämfört med tidigare mätningar kan en tendens ses till en ökning av andelen pojkar som hade samlag första gången vid 11 års ålder eller yngre, men ökningen är inte statistiskt signifikant.

Sex utan kondom kan leda till sexuellt överförda infektioner. Klamydia är en av de vanligaste sexuellt överförda infektionerna och en obehandlad klamydiainfektion kan leda till försämrad fertilitet hos både kvinnor och män (156, 157). Sex utan någon preventivmetod alls kan också leda till oönskad graviditet.

Frågor om man använt preventivmedel har ställts sedan undersökningen 2001/02. I figur 8.2 presenteras resultaten från senaste undersökningen, 2021/22. Frågan har endast ställts till dem som svarat att de har haft samlag. Frågan lyder: ”Den senaste gången du hade samlag, använde du och din pojkvän/flickvän kondom/p-piller/hormonspiral eller p-stav/akut p-piller (dagen efter-piller)/någon annan metod?” På denna fråga kunde flera svarsalternativ anges.

Vanligast bland flickor är p-piller (51 procent) och därefter kondom (29 procent), se figur 8.2. Bland pojkarna är kondom vanligast (42 procent), följt av p-piller (38 procent). 10 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna svarar akut p-piller, och 10 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna svarar annan metod. Slutligen svarar 12 procent av flickorna och 11 procent av pojkarna att de använt hormonspiral eller p-stav under senaste samlaget. Det svarsalternativet fanns inte med i föregående mätningar.

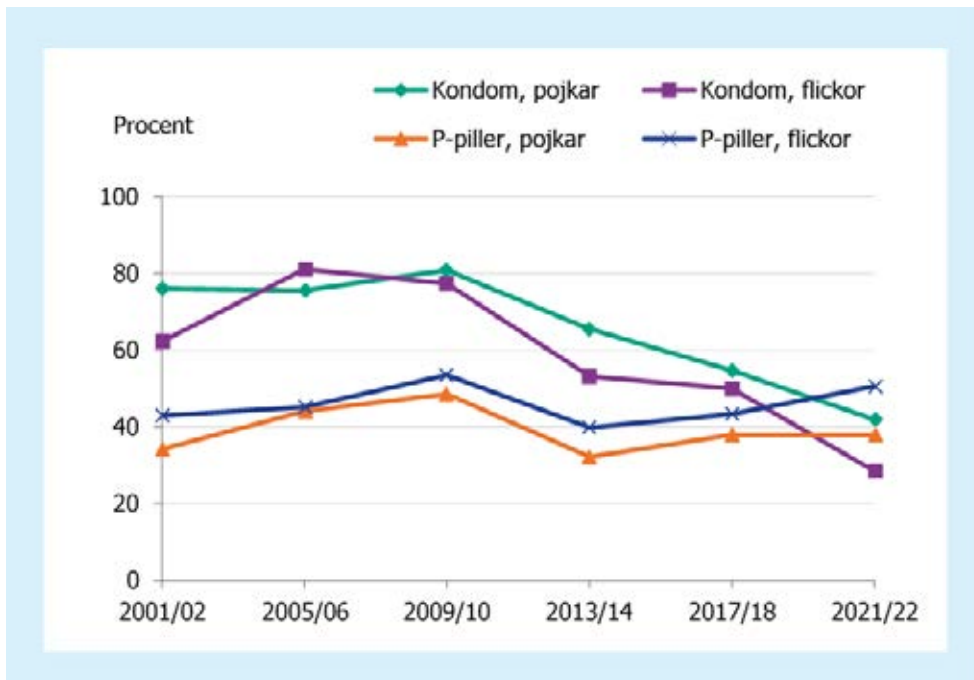
Figur 8.2 Andel (i procent) av 15-åriga pojkar och flickor som har använt kondom, p-piller, akut p-piller, hormonspiral/p-stav, och/eller annat som preventivmedel vid senaste samlaget, 2021/22.



Andelen flickor som använt kondom vid senaste samlaget varierar mellan cirka 60 och 80 procent under perioden 2001/02–2009/10, figur 8.3. Därefter har andelen successivt sjunkit från cirka 50 procent 2013/14 till 29 procent 2021/22. Bland pojkarna varierar andelen som använt kondom vid senaste samlaget mellan 75 och 80 procent under perioden 2001/02–2009/10, och även för pojkarna minskar sedan andelen successivt från 66 procent 2013/14 till 42 procent 2021/22.

Bland flickorna hade 45–50 procent använt p-piller vid senaste samlaget för perioden 2001/02–2021/22, förutom 2013/14 när det gick ner till 40 procent. Även för pojkarna gick det ner 2013/14, när 32 procent hade använt p-piller vid senaste samlaget. I övrigt under perioden 2001/02–2021/22 var det 35–48 procent av pojkarna som hade använt p-piller vid senaste samlaget.

Figur 8.3 Andel (i procent) av 15-åriga pojkar och flickor som har använt kondom respektive p-piller vid det senaste samlaget, 2001/02–2021/22.



8.3 Information och samtal om relationer och sexualitet

Att som ung få kunskapsbaserad information om relationer och sexualitet är inte bara en rättighet utifrån barnkonventionen (158), utan även centralt ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv (142, 159). Unga och unga vuxna har i tidigare studier uppgett internet, skolundervisning och ungdomsmottagningen som de viktigaste källorna till information om dessa frågor (155, 160). Bland unga 15–19 år är det en betydligt större andel flickor än pojkar som har ungdomsmottagningen som huvudsaklig informationskälla (160).

Det är också angeläget att unga får möjlighet till samtal och reflektion om sexualitet och relationer, särskilt eftersom en stor andel unga efterfrågar mer kunskap om hur man får en relation att fungera bra (155).

Skolans undervisning inom området sexualitet, samtycke och relationer har stärkts i läroplanerna (161). Tidigare granskningar har visat på kvalitetsbrister inom undervisningen och att en likvärdighet mellan skolor saknas, samt att elevhälsans kompetens inte tas tillvara (162). Därtill anser nästan hälften av alla unga att de fått för lite undervisning inom ämnet för att kunna ta hand om sin sexuella hälsa (155). Undervisningen tenderar även, enligt de unga, att fokusera på vissa aspekter av sexualitet såsom hur man blir gravid och kunskaper om kroppen och kondomanvändning, men mindre på aspekter såsom relationer, jämställdhet och normer.

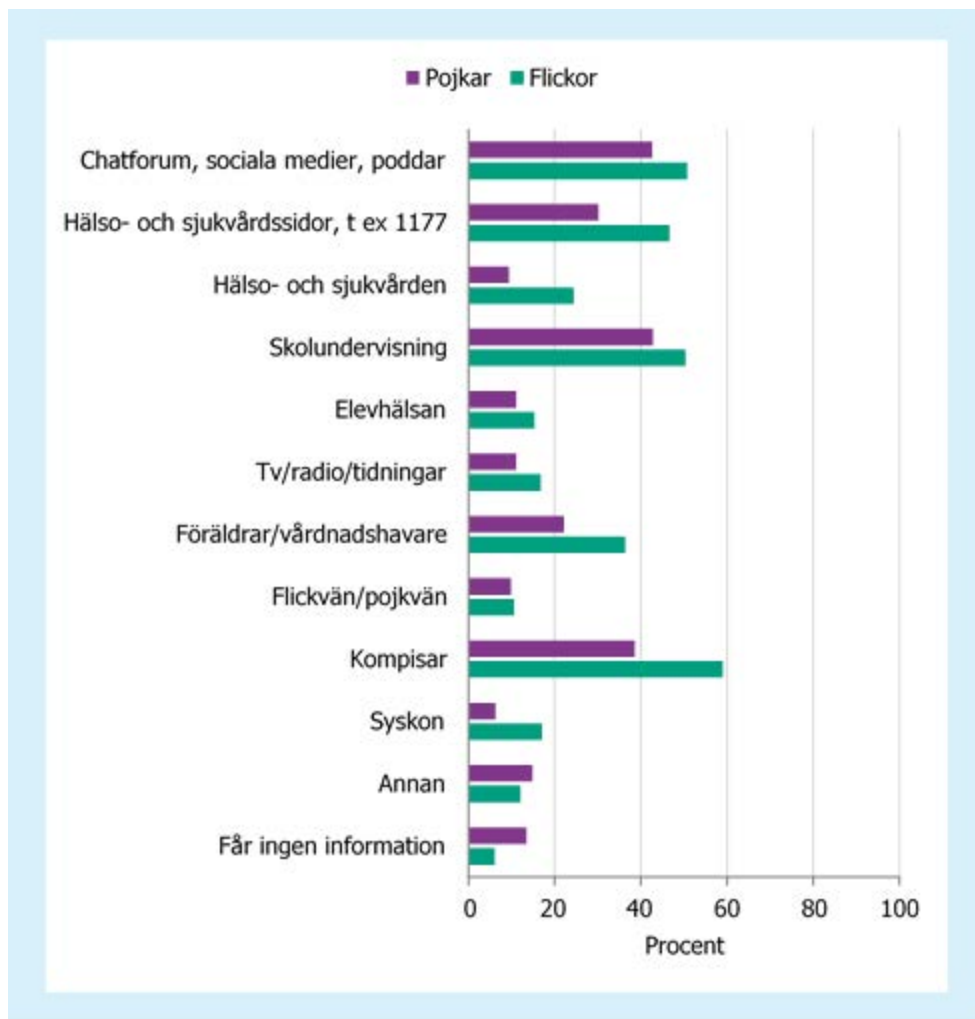
I den senaste undersökningen av Skolbarns hälsovanor tillfrågades eleverna: ”Varifrån får du information om relationer och sexualitet (även preventivmedel)?” De kunde välja flera svarsalternativ (se figur 8.4).

Frågan är ny för undersökningen och svaren visar att generellt är det vanligare att flickor får information om sexualitet och relationer, oavsett källa, jämfört med pojkar. Fler flickor än pojkar svarar *kompisar, föräldrar, syskon, mottagning inom hälso- och sjukvården, internet (t.ex. chattforum/sociala medier/poddar, internet (t.ex. hälso- och sjukvårdssidor såsom 1177 och umo.se), undervisning i skolan och tv/radio/tidningar* som källa till information om sexualitet och relationer.

Ungefär lika stor andel flickor som pojkar svarar *elevhälsan, flickvän/pojkvän* samt *annan* som källa till information om sexualitet och relationer.

Svarsalternativet *får ingen information* är vanligare bland pojkar än flickor.

Figur 8.4 Källor till information om relationer och sexualitet bland 15-åringar, 2021/22.



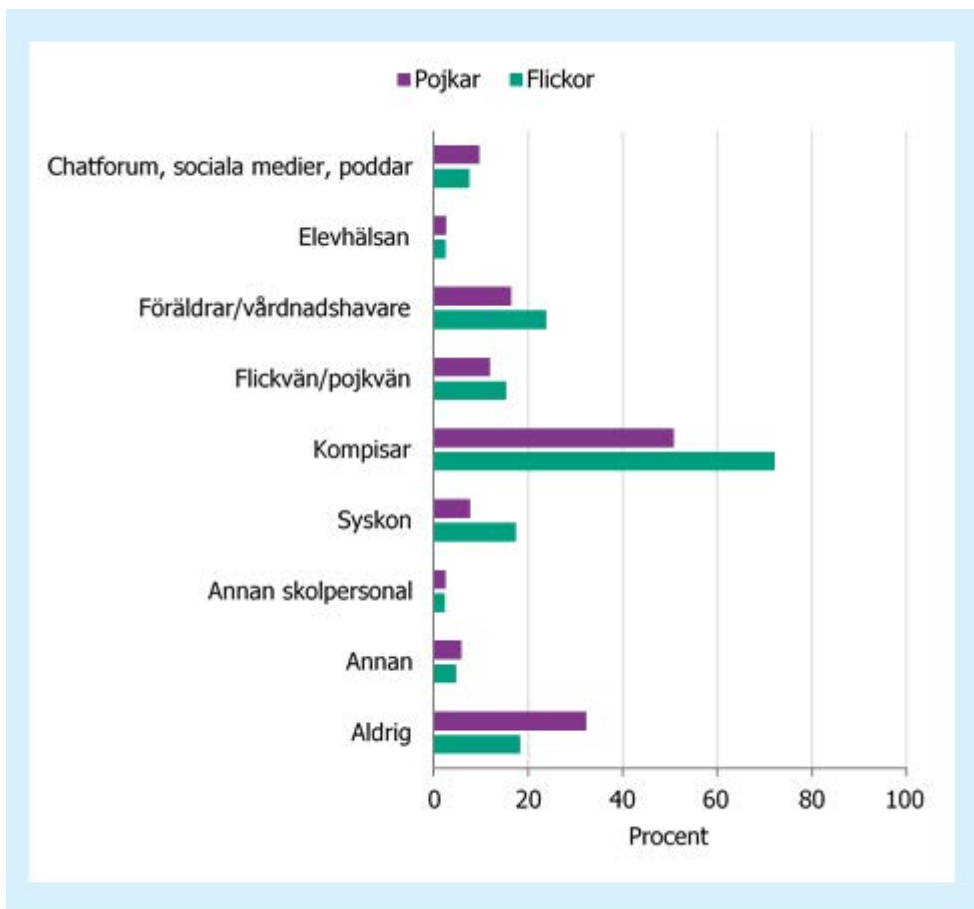
Den sista frågan om sexuell hälsa är: ”Vem pratar du med om relationer och sexualitet?” Även här kunde eleverna välja flera svarsalternativ.

Flickorna pratar oftare med familj och vänner om relationer och sexualitet, jämfört med pojkar, figur 8.5. Av flickorna svarar 24 procent *föräldrar/vårdnadshavare*, jämfört med 16 procent av pojkarna. *Kompisar* svarar 72 procent av flickorna och 51 procent av pojkarna, medan 17 procent av flickorna och 8 procent av pojkarna svarar *syskon*.

Ungefär lika många flickor som pojkar, cirka 10–15 procent, svarar att de pratar om relationer och sexualitet på *Internet, t.ex. chattforum/sociala medier* eller med *flickvän/pojkvän*. Det är även ungefär lika många flickor som pojkar som svarar *annan* (5 procent), *elevhälsan* (3 procent) eller *annan skolpersonal* (3 procent).

Det är vanligare att pojkarna inte pratar med någon alls om sexualitet och relationer: 18 procent av flickorna och 32 procent av pojkarna väljer svarsalternativet *aldrig*.

Figur 8.5 Vem man pratar med om relationer och sexualitet bland 15-åringar, 2021/22.



KAPITEL 9

Psykiskt välbefinnande



9. Psykiskt välbefinnande

Huvudresultat

- Flickor i alla tre åldrar skattar sin tillfredsställelse med livet lägre än jämnåriga pojkar. Den genomsnittliga livstillfredsställelsen har legat relativt stabil sedan 2001/02.
- En lägre andel av flickorna har ett högt eller mycket högt psykiskt välbefinnande än pojkarna. Det gäller alla tre åldrar.
- Resultaten visar att 13- och 15-åriga flickor skattar sin självförmåga lägre och har sämre självkänsla än pojkar i samma åldrar.

9.1 Inledning

WHO definierar psykisk hälsa som ”ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i”. Psykisk hälsa är på så vis inte detsamma som frånvaro av psykisk ohälsa. En person med psykisk sjukdom eller psykiska besvär kan samtidigt uppleva psykisk hälsa (163, 164).

Begreppsmässigt kan psykisk hälsa beskrivas som ett paraplybegrepp som inbegriper psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa (165). När man vill betona att det är hälsan och inte ohälsan som avses används ibland begreppet positiv psykisk hälsa (166), som motsvarar och kan ersättas med begreppet psykiskt välbefinnande (165). Psykiskt välbefinnande är inte enbart en grundläggande resurs för att bemästra livets olika svårigheter, utan också en samhällelig tillgång ur social och ekonomisk synvinkel (167).

I Skolbarns hälsovanor ställs frågor om livstillfredsställelse sedan 2001/02. De senaste undersökningarna har frågor om välbefinnande, självförmåga och självkänsla lagts till. Svaren på frågorna presenteras i det här kapitlet.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid *inte* överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

9.2 Livstillfredsställelse och psykiskt välbefinnande

I forskningen om psykiskt välbefinnande används begreppet subjektivt välbefinnande som har två aspekter (168). Den första, känslomässiga aspekten handlar om hur människor reagerar på livets skeenden genom balansen mellan positiva och negativa känslor, och den jämföras också med *hedoniskt välbefinnande* som är relaterat till njutning, lust och lycka (169). Den andra,

kognitiva aspekten innebär en bedömning av hur nöjda eller tillfredsställda vi är med livet (170). Tillfredsställelse med livet har visat sig ha samband med goda familjerelationer och skolfaktorer (171). Hög livstillfredsställelse har visat sig ha ett positivt samband med skolanknytning, familjestöd, social kompetens, skolresultat och självreglering (172). Elever med låg livstillfredsställelse är däremot mer benägna att använda tobak, alkohol och cannabis än dem som har hög livstillfredsställelse (49). För att mäta tillfredsställelse med livet används ofta Cantrils stege. Instrumentet används i denna undersökning sedan 2001/02.

Förutom det subjektiva välbefinnandet utgör det psykologiska och sociala välbefinnandet viktiga dimensioner (173) för individuellt välbefinnande. Dessa handlar om att utveckla sin inre potential, bemästra livets svårigheter och fungera väl, både psykologiskt och socialt. Det psykologiska och sociala välbefinnandet sammanfattas också som *eudaimoniskt välbefinnande* (169, 174). Såväl den hedoniska som den eudaimoniska dimensionen mäts i årets undersökning med instrumentet Short Warwick Edinburgh Mental Well-being (SWEMWBS). Instrumentet användes för första gången i undersökningen 2017/18 för 15-åriga flickor och pojkar.

Cantrils stege

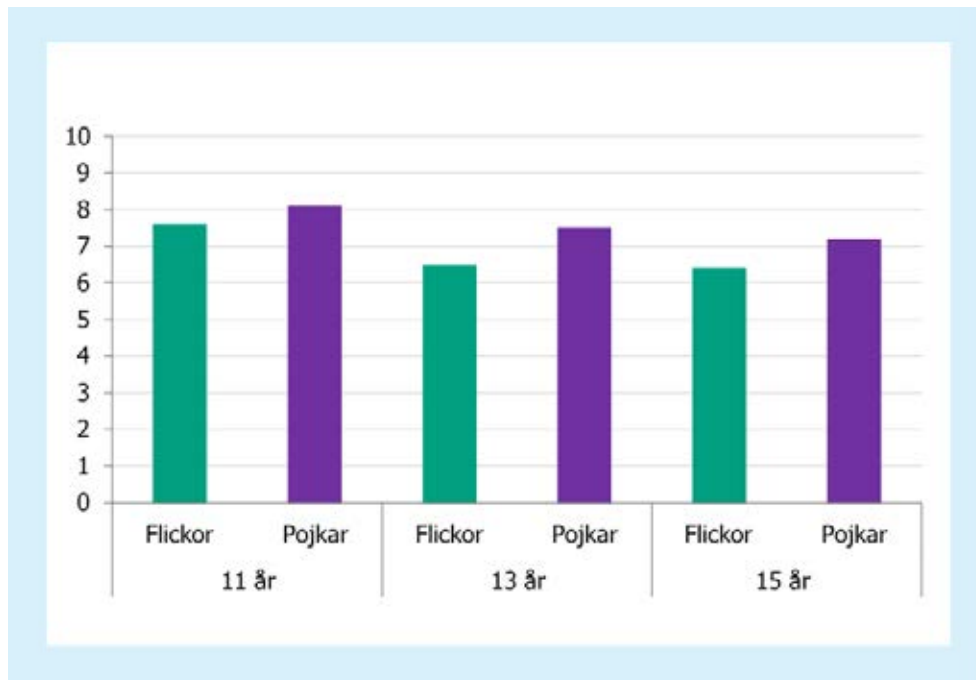
Instrumentet, som har formen av en stege, används för att skatta tillfredsställelse med livet på en 11-gradig skala, där 0 står för det sämst tänkbara och 10 för det bäst tänkbara livet. Frågan lyder: ”Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?”. Svaren presenteras från och med 2021/22 som medelvärden liksom i HBSC:s internationella rapporter.

Cantrils stege utvecklades ursprungligen för den vuxna befolkningen (175), men har anpassats för unga (176) och visat sig användbar för att jämföra skolbarns livstillfredsställelse över tid i olika länder (177). Instrumentet har använts sedan 2001/02 i Skolbarns hälsovanor och har efter en pilotstudie formulerats om något för att passa yngre elever.

I figur 9.1 redovisas den genomsnittliga livstillfredsställelsen bland flickor och pojkar i respektive ålder i undersökningen 2021/22. Flickor i alla tre åldersgrupper skattar sin tillfredsställelse med livet lägre än jämnåriga pojkar. Den genomsnittliga tillfredsställelsen med livet sjunker mellan 11 och 13, både flickor och pojkar. För flickor från 7,6 till 6,5, och för pojkar från 8,1 till 7,5. Däremot var det ingen skillnad mellan 13 och 15-åringarna. De 15-åriga flickorna har en genomsnittlig tillfredsställelse på 6,4, och de 15-åriga pojkarna 7,2.

I figur 9.2 presenteras medelvärden för perioden 2001/02–2021/22. Den genomsnittliga livstillfredsställelsen har legat relativt stabil sedan 2001/02.

Figur 9.1 Genomsnittlig livstillfredsställelse bland flickor och pojkar i respektive ålder, 2021/22.



Figur 9.2 Genomsnittlig livstillfredsställelse bland flickor och pojkar i respektive ålder, 2001/02–2021/22.



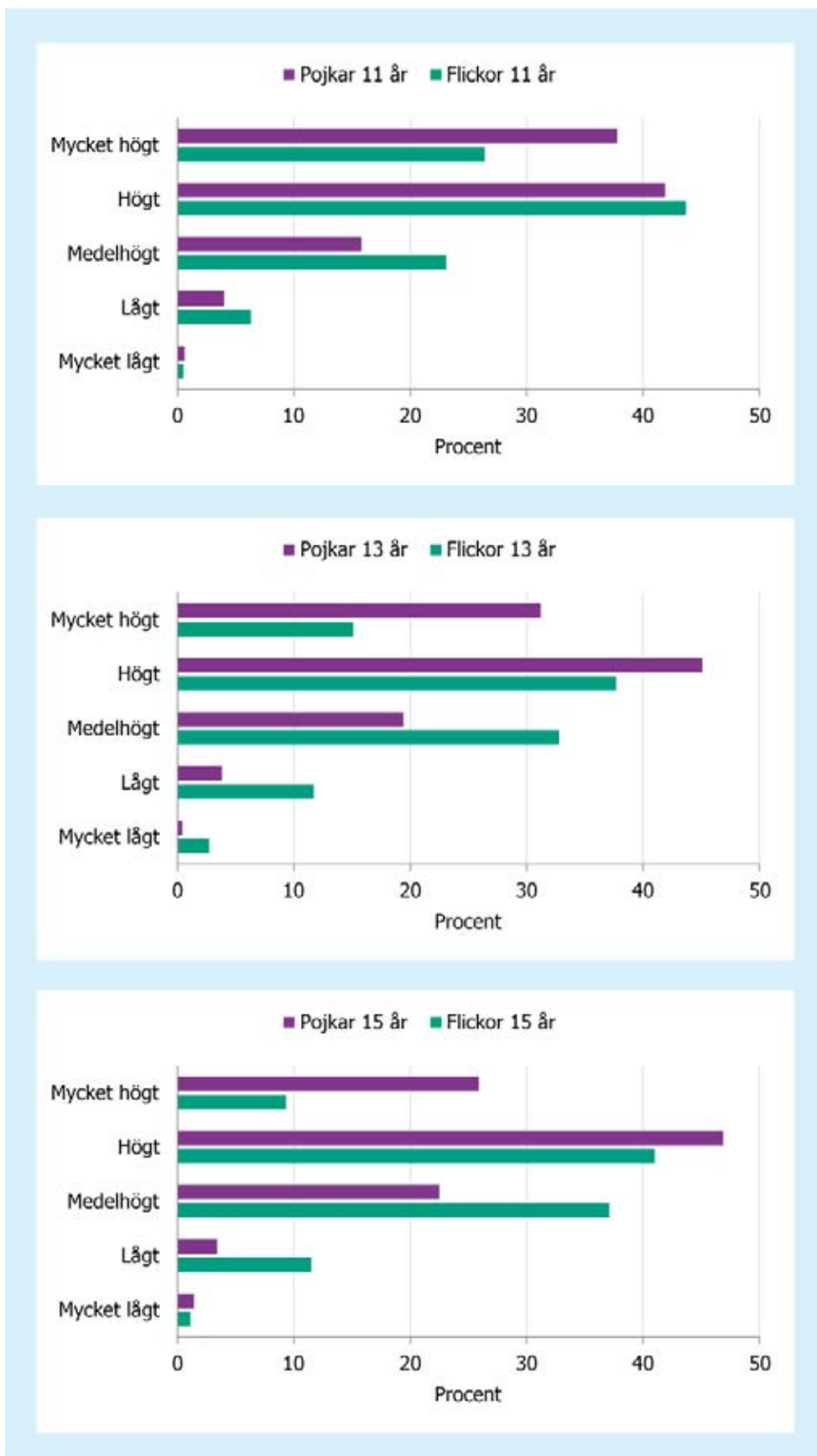
Short Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS) är en kortversion av det ursprungliga instrumentet WEMWBS med sina 14 frågor, som avser att mäta psykiskt välbefinnande i befolkningen 16 år och uppåt (178). WEMWBS mäter både det känslomässiga, hedoniska välbefinnandet och den psykologiska funktionen, alltså det eudaimoniska välbefinnandet, som i korthet handlar om att må bra och fungera väl. Sedan 2017/18 års undersökning mäts psykiskt välbefinnande med SWEMWBS, som i högre grad mäter psykologisk funktion på bekostnad av känslomässigt välbefinnande (179).

Skalan har validerats för skolungdomar 13–16 år i England och Skottland (180), bland elever 15–21 år i Norge (181) och i en studie om skolbarns hälsovanor bland 11–16-åringar i Wales (182). Både studien från Norge och den från Wales indikerar att kortversionen är mer användbar än den långa versionen. Den senare studien visar dessutom att instrumentet lämpar sig för en yngre åldersgrupp. Kortversionen består av sju frågor om hur eleven har upplevt sin situation under de senaste två veckorna och har fem svarsalternativ (se enkäten i bilaga 1, fråga 50). Svarspoängen summeras (7–35) och eleverna delas in i fem grupper som motsvarar mycket högt (30–35), högt (24–29), medelhögt (18–23), lågt (12–17) och mycket lågt psykiskt välbefinnande (7–11).

Bland 11-åringarna har 70 procent av flickorna och 80 procent av pojkarna ett högt eller mycket högt psykiskt välbefinnande (figur 9.3). Bland 13-åriga flickor är det drygt hälften, 53 procent, som har ett högt eller mycket högt välbefinnande och bland 13-åriga pojkar är det ungefär tre fjärdedelar, 76 procent. Bland 15-åringarna är det 50 procent bland flickorna och 73 procent bland pojkarna som har ett högt eller mycket högt psykiskt välbefinnande. Genomgående är det en lägre andel av flickorna som har ett högt eller mycket högt psykiskt välbefinnande jämfört med pojkarna.

En högre andel bland flickorna har ett medelhögt eller lågt psykiskt välbefinnande jämfört med pojkarna, i alla tre åldersgrupper. Mellan 1 och 3 procent av flickor och pojkar i alla tre åldersgrupper har ett mycket lågt välbefinnande.

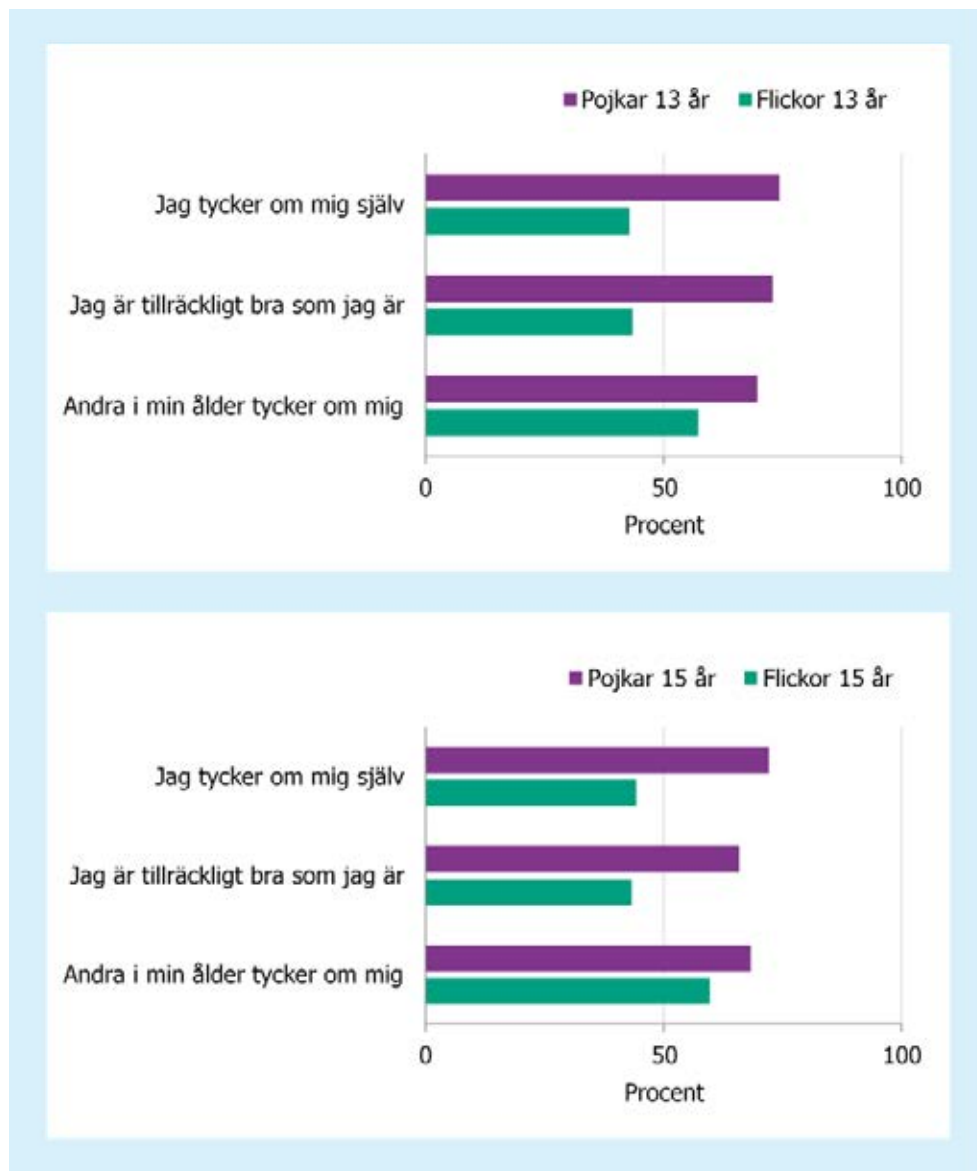
Figur 9.3 Välbefinnande bland flickor och pojkar i respektive ålder 2021/22, andelar i procent.



9.3 Självkänsla och självförmåga

Självkänsla är en aspekt av psykiskt välbefinnande som bidrar till att människor kan bemästra olika stressorer (173). En av de mest använda självskattningsskalorna är Morris Rosenbergs (1983) med sina 10 frågor. I denna undersökning används tre påståenden i en modifierad variant: ”Jag tycker om mig själv”, ”Jag är tillräckligt bra som jag är” och ”Andra i min ålder tycker om mig”. Fem svarsalternativ ges: *håller helt med, håller med, jag varken håller med eller inte håller med, håller inte med och håller inte alls med*. Frågorna ställdes för första gången till 15-åriga elever i Skolbarns hälsovanor 2017/18. I undersökningen 2021/22 ställs frågorna till 13- och 15-åringar. I figur 9.4 presenteras andelen elever som antingen *håller med* eller *håller helt med* för de olika påståendena.

Figur 9.4 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som håller med eller helt håller med om följande påståenden om sig själva, 2021/22.



Andelen 13-åriga flickor som håller med eller helt håller med om ”jag tycker om mig själv” är 43 procent, ”jag är tillräckligt bra som jag är” är 44 procent och ”andra i min ålder tycker om mig” är 57 procent. Bland 13-åriga pojkar är motsvarande siffror 74, 73 respektive 70 procent.

Bland 15-åriga flickor uppger 44 procent att de håller med eller helt håller med om ”jag tycker om mig själv”, 43 procent ”jag är tillräckligt bra som jag är” och 60 procent ”andra i min ålder tycker om mig”. Motsvarande siffror för 15-åriga pojkar är 72, 66 respektive 68 procent.

Resultaten visar att 13-åriga flickor skattar sin självkänsla lägre än 13-åriga pojkar och att 15-åriga flickor skattar sin självkänsla lägre än 15-åriga pojkar. Sett till ålder är självkänslan ungefär lika hög bland 13- och 15-åringar.

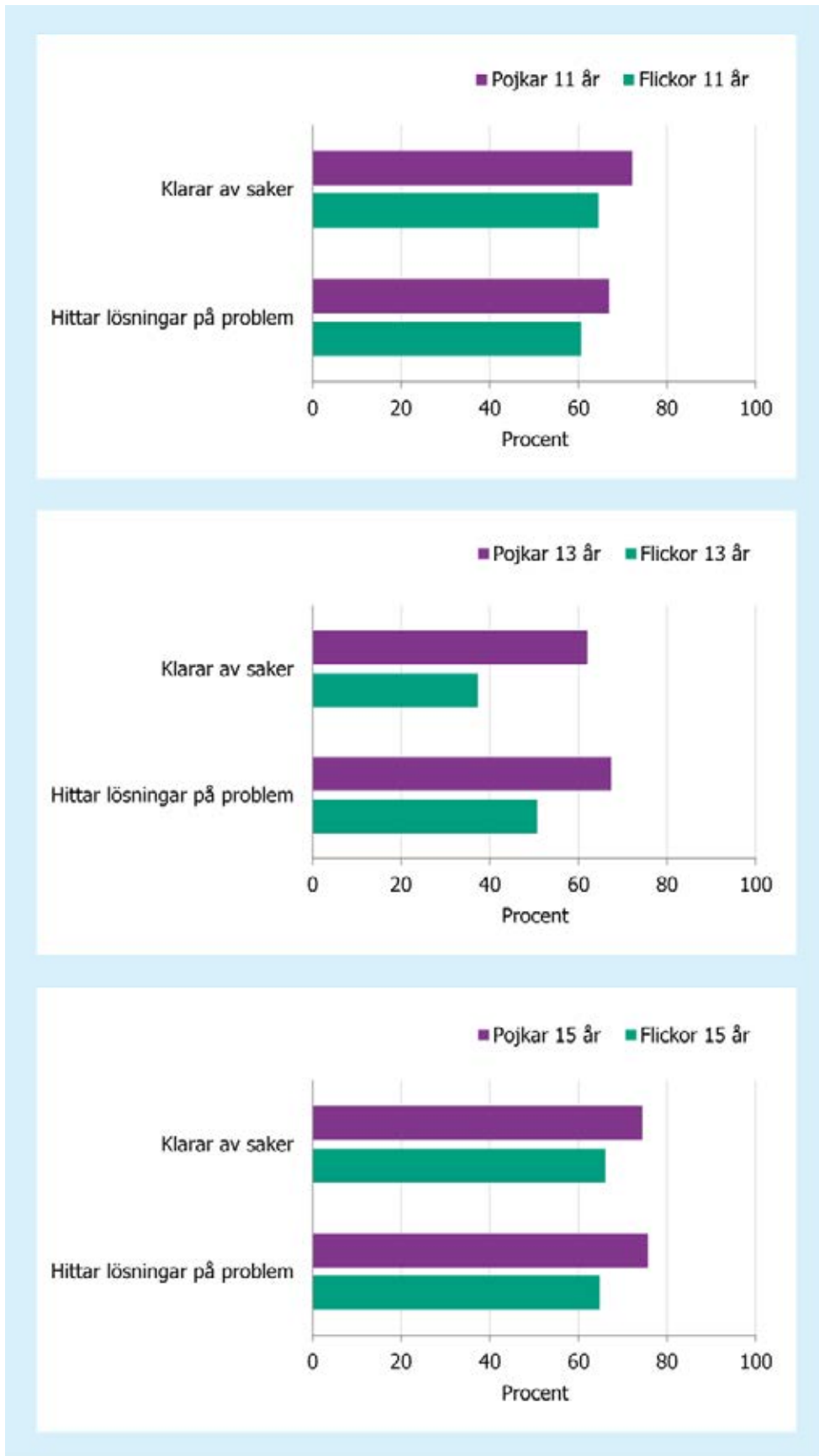
Benämningen självförmåga, engelskans ”self-efficacy”, myntades av Albert Bandura (1984, 1985). Schwarzers och Jerusalems General Self Efficacy Scale är en ofta använd skala. Den består av 10 frågor som mäter självförmåga och som har översatts till ett 30-tal språk (1986). I årets undersökning ingick två frågor som bygger på detta instrument: ”Hur ofta hittar du en lösning på problem om du försöker tillräckligt mycket?” och ”Hur ofta klarar du av de saker som du bestämmer dig för att göra?”. Svartalternativen är *aldrig*, *sällan*, *ibland*, *vanligtvis* och *alltid*. I figur 9.5 presenterar vi andelen 11-, 13- och 15-åringar som *alltid* eller *vanligtvis* klarar av saker de bestämmer sig för att göra eller hittar en lösning på problem.

Andelen 11-åriga flickor som *alltid* eller *vanligtvis* klarar av de saker som de bestämmer sig för att göra är 65 procent och andelen 11-åriga pojkar 72 procent. Bland 13-åringarna är det 37 procent bland flickorna och 62 procent bland pojkarna som *alltid* eller *vanligtvis* klarar av de saker som de bestämmer sig för att göra. Motsvarande siffror bland 15-åringarna är 66 procent bland flickorna och 74 procent bland pojkarna.

Vad gäller om eleverna hittar lösningar på problem är det 61 procent bland 11-åriga flickor och 67 procent bland 11-åriga pojkar som *alltid* eller *vanligtvis* gör detta. Motsvarande andelar bland 13-åriga flickor är 51 procent och bland 13-åriga pojkar 67 procent. Bland 15-åriga flickor och pojkar är det 65 respektive 76 procent som *alltid* eller *vanligtvis* hittar lösningar på problem om de försöker tillräckligt mycket.

Resultaten visar att pojkar i alla tre åldrar skattar sin självförmåga baserat på dessa två frågor högre än vad flickorna gör. Bland flickorna skattar 13-åringar sin självförmåga lägre än 11-åringar och 15-åringar.

Figur 9.5 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som alltid eller vanligtvis klarar av saker de bestämt sig för att göra eller hittar lösningar på problem, 2021/22.



KAPITEL 10

Kroppsuppfattning och bantning



10. Kroppsuppfattning och bantning

Huvudresultat

- Andelen som tycker att de är lagom minskar mellan 11 och 15 års ålder. Bland 15-åringarna tycker ungefär hälften att de är lagom. Övriga tycker antingen att de är för tjocka eller för smala.
- Det är vanligare att flickor tycker att de är för tjocka, och vanligare att pojkar tycker att de är för smala.
- Bland 13- och 15-åringar är det 20 procent av flickorna och 10 procent av pojkarna som försöker gå ner i vikt, 2021/22.

10.1 Inledning

Under ungdomstiden förändras kroppen och det är under denna period som kroppens utseende börjar bli viktigt för individen. Under puberteten blir både flickor och pojkar mer medvetna om den egna kroppen och börjar jämföra sig med andra (187). På ett generellt plan brukar unga få en mer negativ syn på sin kropp ju äldre de blir, vilket kan innebära att de som befinner sig i början av tonåren ofta har en mer positiv bild av sina kroppar än äldre tonåringar (188, 189). Det kan exempelvis handla om en strävan efter att vara smal eller muskulös och det kan ha samband med missnöjdhet med den egna kroppen bland både flickor och pojkar, vilket i sin tur har samband med lägre psykiskt välbefinnande (190).

I det här kapitlet presenteras svaren på två frågor som rör kroppsuppfattning och bantning.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid *inte* överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

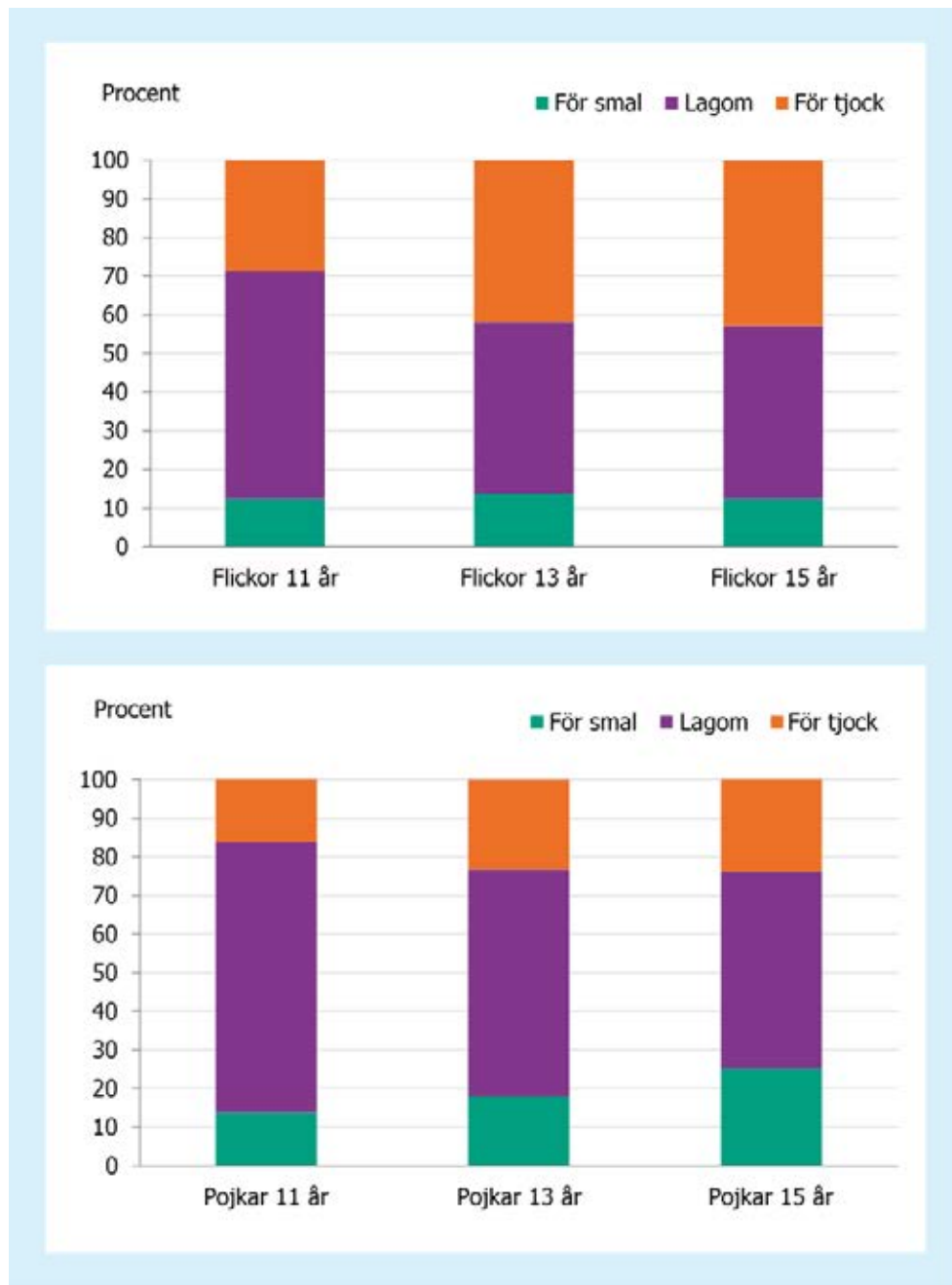
10.2 Kroppsuppfattning

Sedan 2005/06 har enkäten innehållit frågan ”Tycker du att du är ...?” med svarsalternativen *alldeles för smal*, *lite för smal*, *lagom*, *lite för tjock* och *alldeles för tjock*. I figur 10.1 presenteras svaren för 2021/22. Här presenteras andelen som tycker att de är *för smala* (alldeles för smala eller lite för smala), *lagom* samt *för tjocka* (lite för tjocka eller alldeles för tjocka).

Bland 11-åringarna tycker en majoritet att de är lagom: 59 procent av flickorna och 70 procent av pojkarna tycker det. Andelen som tycker att de är lagom sjunker med stigande ålder. Bland 15-åringarna är det 45 procent av flickorna och 51 procent av pojkarna som tycker att de är lagom.

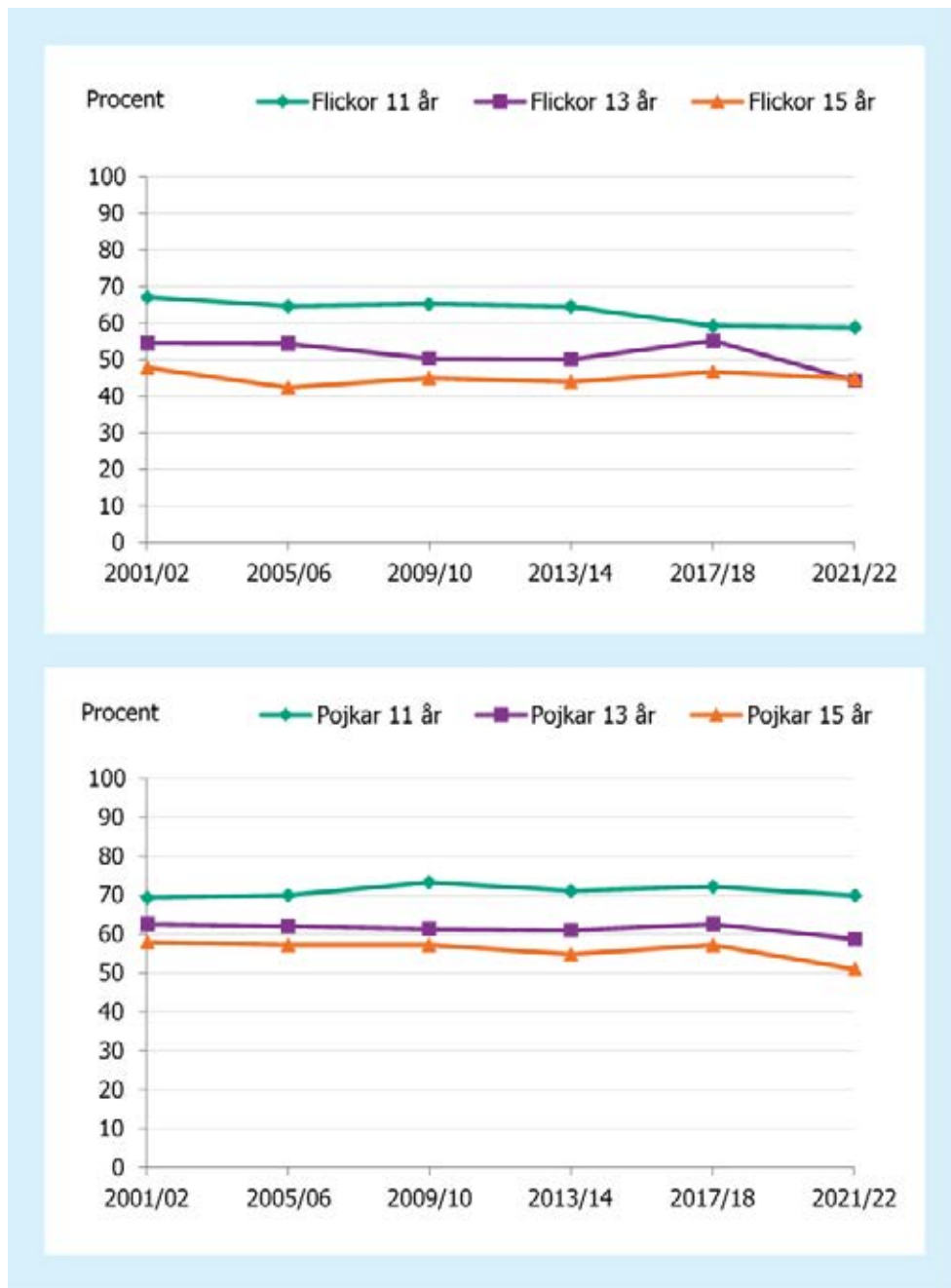
Fler flickor än pojkar tycker att de är för tjocka, och det gäller alla tre åldrar. Bland flickor ökar andelen som tycker att de är för tjocka mellan 11 och 15 års ålder, från 29 till 43 procent. Bland pojkar ökar i stället andelen som tycker att de är för smala mellan 11 och 15 års ålder, från 14 till 25 procent.

Figur 10.1 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som tycker att de är för smala, lagom respektive för tjocka, 2021/22.



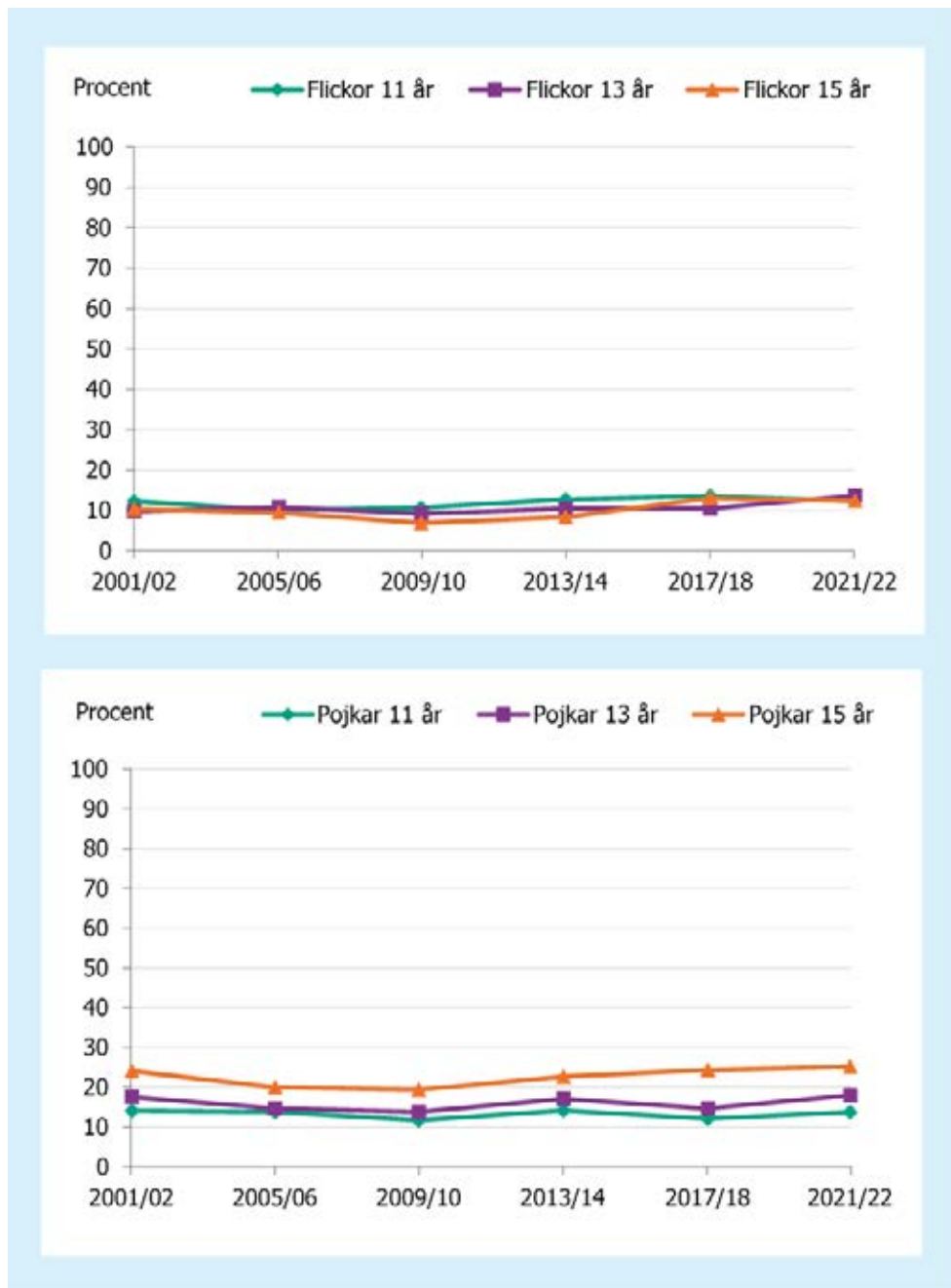
I figur 10.2 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som åren 2001/02–2021/22 svarar *lagom* på frågan ”Tycker du att du är ...?”. Andelen 11-åriga och 13-åriga flickor som tycker att de är lagom har minskat under perioden. Andelen pojkar som tycker att de är lagom har varit oförändrad i alla tre åldrar.

Figur 10.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som tycker att de är lagom, 2001/02–2021/22.



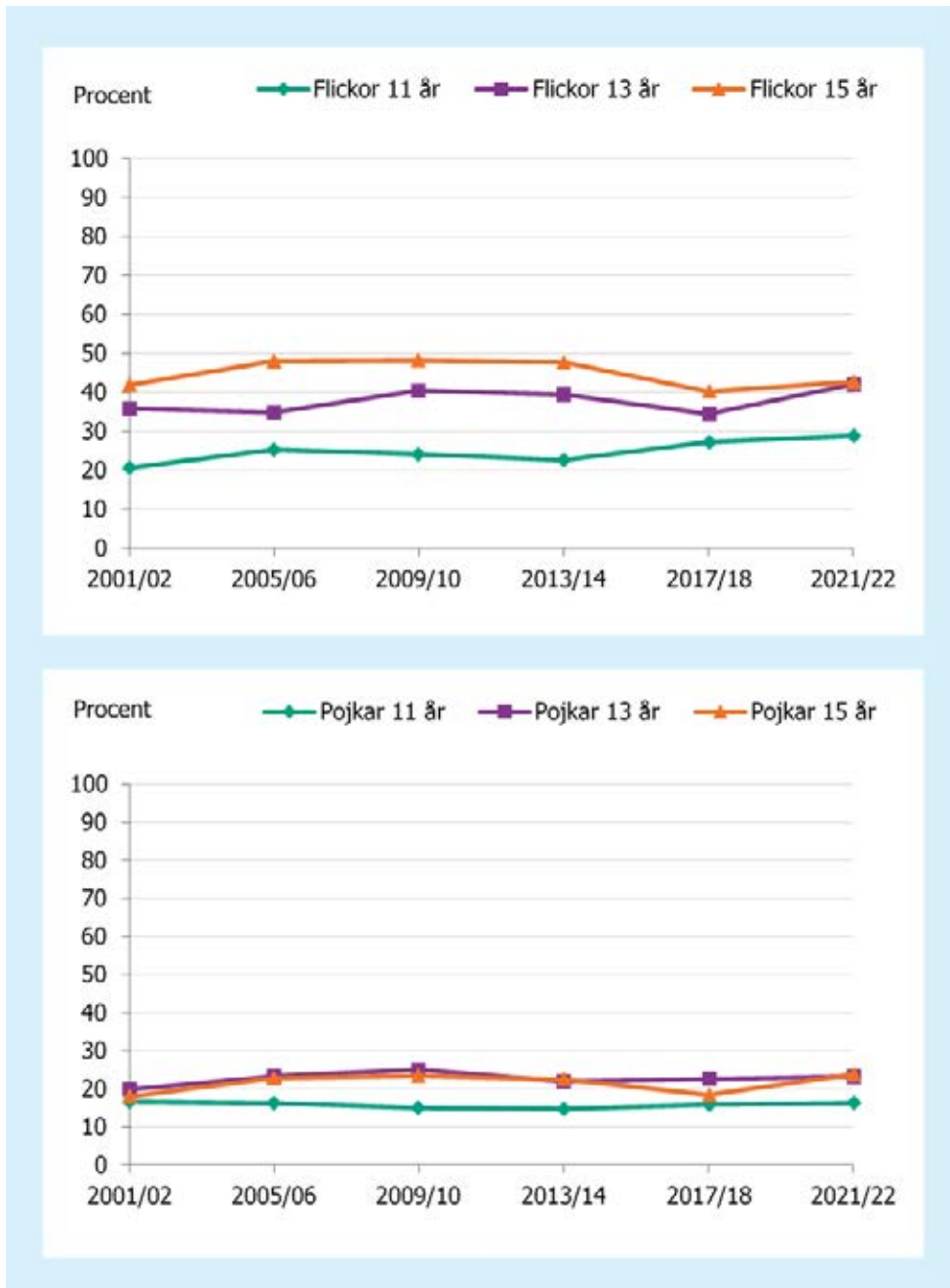
I figur 10.3 presenteras andelen elever som åren 2001/02–2021/22 svarar *alldeles för smal* eller *lite för smal* på frågan ”Tycker du att du är ...?”. Ingen förändring över tid har skett av andelen flickor eller pojkar som tycker att de är för smala.

Figur 10.3 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som tycker att de är för smala, 2001/02–2021/22.



I figur 10.4 presenteras andelen elever som under perioden svarar *lite för tjock* eller *alldeles för tjock*. Andelen elever som tycker att de är för tjocka har varit relativt stabil över tid, bland både flickor och pojkar i de olika åldrarna. Endast bland 11-åriga flickor har det skett en ökning av andelen som tycker att de är för tjocka.

Figur 10.4 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som tycker att de är tjocka, 2001/02–2021/22.



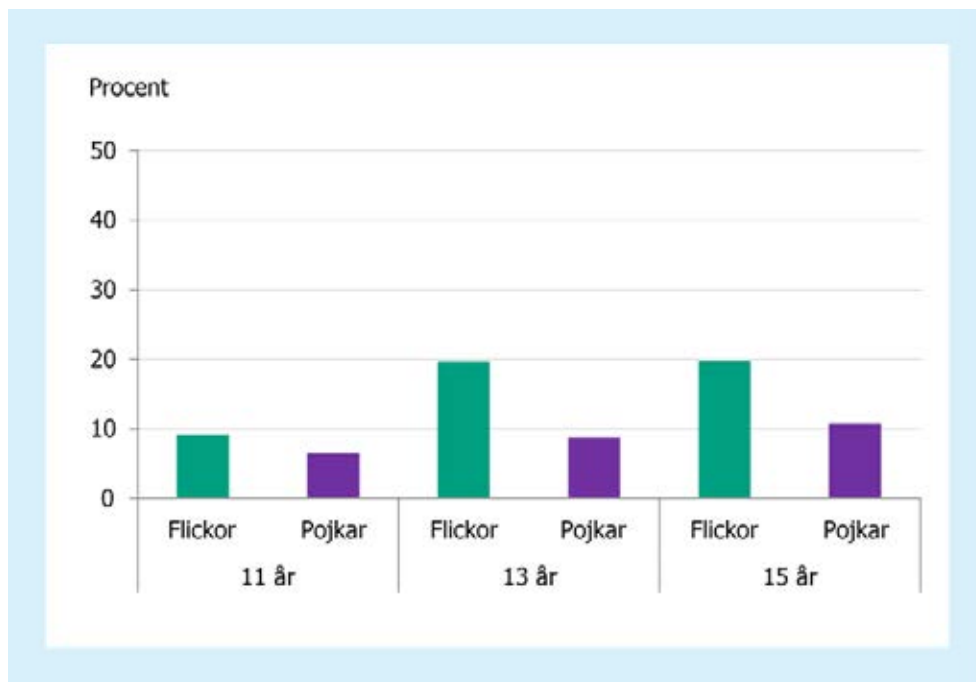
10.3 Bantning

En internationell studie baserad på data från Skolbarns hälsovanor i cirka 30 länder visar att en del tonåringar försöker minska i vikt, särskilt flickor och överviktiga (191). En kanadensisk studie visar att tonåringar ofta försöker gå ner i vikt med hjälp av olämpliga metoder som kan ge skadliga hälsoeffekter, såsom näringsbrist, minskad tillväxt, menstruationsstörningar och benskörhet bland flickor (186). Vidare är bantning i tonåren förenat med ökad risk för senare ätstörningar (192) och övervikt (193, 194). En annan studie från Sverige visar på att de som antingen försöker gå ner i vikt, eller tycker sig behöva gå ner i vikt, har en förhöjd risk för dålig självskattad hälsa (195).

I Skolbarns hälsovanor ställs frågan: ”Håller du på att banta eller gör du något annat för att gå ner i vikt just nu?”. Svarsalternativen är *nej, jag väger lagom mycket; nej, men jag behöver gå ner i vikt; nej, för jag behöver gå upp i vikt; ja*. Figur 10.5 visar andelen som svarar att de håller på att banta eller gör något annat för att gå ner i vikt, 2021/22.

Fler flickor än pojkar i 11-årsåldern, 9 procent av flickorna och 6 procent av pojkarna, svarar att de håller på att banta eller gör något annat för att gå ner i vikt. Andelen elever som försöker gå ner i vikt ökar sedan med stigande ålder, bland både flickor och pojkar. I åldrarna 13 och 15 år är det ungefär dubbelt så vanligt att flickor försöker gå ner i vikt. I dessa åldrar är det 20 procent av flickorna jämfört med 9–11 procent av pojkarna som försöker gå ner i vikt.

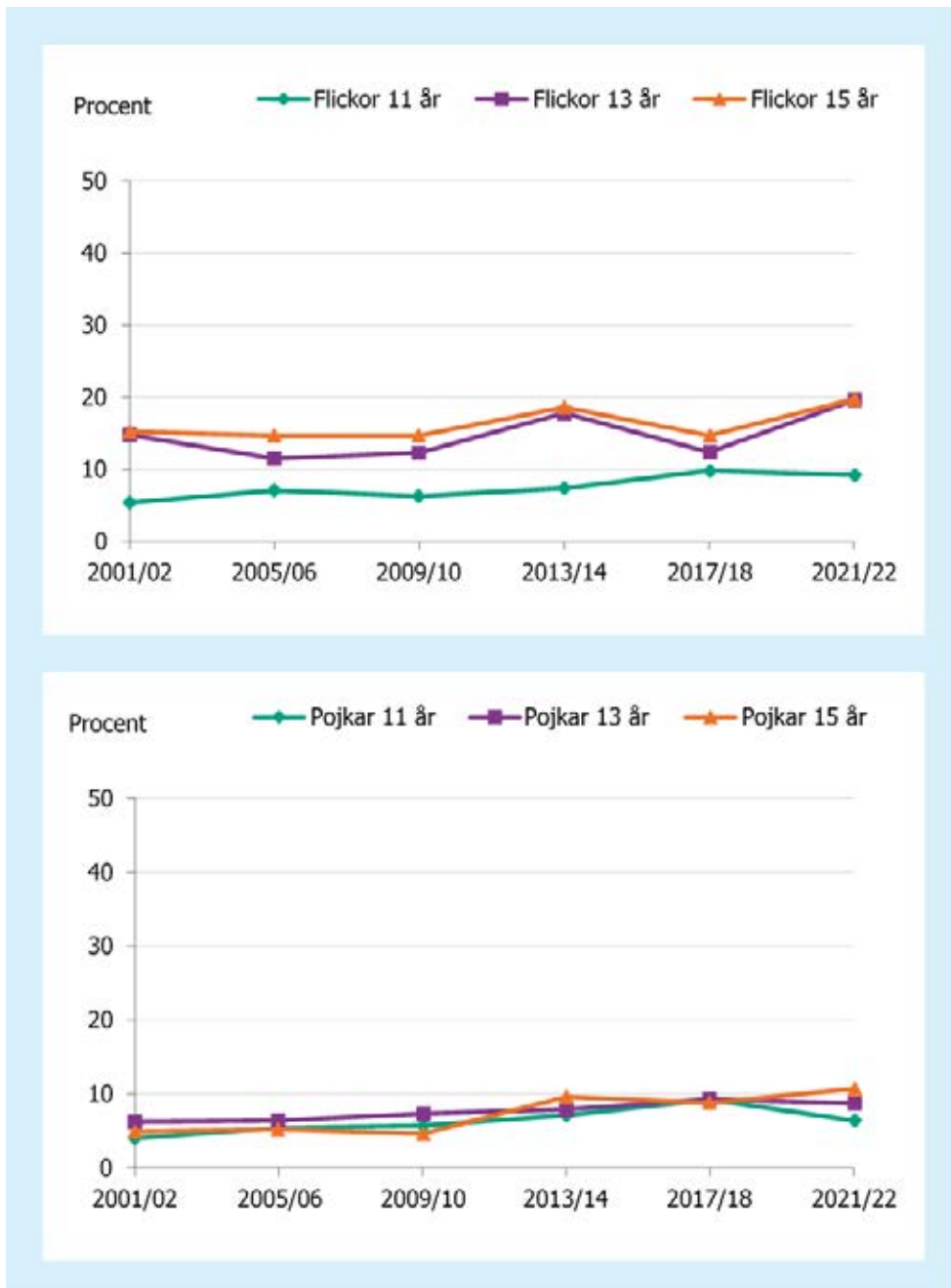
Figur 10.5 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som försöker gå ner i vikt, 2021/22.



Figur 10.6 visar andelen som svarat att de håller på att banta eller gör något annat för att gå ner i vikt, 2001/02–2021/22. Under 2000-talet har andelen 11-åriga

flickor som försöker gå ner i vikt fördubblats, från 5 till 9 procent. Bland de 11-åriga pojkarna ökade andelen fram till 2017/18, men minskade 2021/22. Det har också skett en fördubbling bland 15-åriga pojkar under samma period, från 5 till 11 procent.

Figur 10.6 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som försöker gå ner i vikt, 2001/02–2021/22.



KAPITEL 11

Självrapporterade besvär, medicinanvändning och stress



11. Självrapporterade besvär, medicinanvändning och stress

Huvudresultat

- De elever som har minst två besvär, mer än en gång i veckan, har gradvis ökat sedan 1980-talets mitt. Andelarna är nu de högsta sedan studien startade bland 13- och 15-åringar.
- De vanligaste besvären bland flickor, i alla tre åldrar, är att vara irriterad eller på dåligt humör och ha känt sig nere. Nervositet och sömnsvårigheter är också vanliga.
- De vanligaste besvären bland pojkar, i alla tre åldrar, är att vara irriterad eller på dåligt humör, följt av att ha svårt att somna. Tredje vanligast är att ha känt sig nere och ha känt sig nervös.
- Samtliga åtta besvär är vanligare bland flickor än pojkar, i alla tre åldrar. De enda undantagen är huvudvärk och ont i ryggen, som är lika vanliga bland flickor och pojkar i 11-årsåldern.
- Flickor rapporterar högre nivåer av stress än pojkar, i alla tre åldrar.

11.1 Inledning

Självrapporterade hälsobesvär utgör en viktig indikator på psykisk hälsa och omfattar både somatiska och psykiska besvär. De förekommer ofta samtidigt hos en person (138). Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Besvären ses ofta som en reaktion på stress (196, 197) och ökar med större exponering för stressiga upplevelser (198). Besvären kan inverka negativt på barns och ungas livskvalitet (199), dagliga liv, funktionsförmåga och psykiska välbefinnande (200). Inom forskningen används termen psykosomatiska besvär synonymt med självrapporterade hälsobesvär (se faktaruta).

Internationella studier på data från Skolbarns hälsovanor visar att förekomsten av självrapporterade hälsobesvär ökar med stigande ålder, är vanligare bland flickor än pojkar och förekommer oftare hos barn med lägre socioekonomisk status (198, 201-203). En svensk studie visar liknande resultat, det vill säga att psykosomatiska besvär under tidiga tonår är ojämnt fördelade utifrån kön, familjestruktur och familjens socioekonomiska villkor (196). Besvären är även relaterade till inkomstjämligheten i landet, det vill säga ju högre inkomstjämlighet, desto högre förekomst av besvär bland skolbarn (203-206).

En översikt av studier på data från Skolbarns hälsovanor visar samband mellan självrapporterade hälsobesvär och en rad levnadsvanor, såsom fysisk aktivitet, tid i naturen, sömn, rökning och alkohol (207). Det finns också en rad studier som visar samband mellan självrapporterade hälsobesvär och olika skolfaktorer, såsom skolprestationer (208), goda elev-lärrarrelationer (47), trakasserier (47), höga skolkrav (209), höga skolkrav och låg kontroll (43) samt skolstress (177, 210).

I det här kapitlet presenteras svaren på frågor om självrapporterade hälsobesvär, medicinanvändning för olika besvär samt upplevd stress.

Resultaten redovisas som andelar i procent eller medelvärden. Dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent har beräknats. Om konfidensintervallen för olika grupper eller mätningar över tid *inte* överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad. När vi skriver att det är skillnader mellan grupper eller förändringar över tid är de alltså statistiskt säkerställda.

11.2 Självrapporterade hälsobesvär

I Skolbarns hälsovanor finns sedan starten 1985/86 en checklista för att mäta förekomsten och frekvensen av hälsobesvär under de senaste sex månaderna. Checklistan benämns HBSC-SCL (Symptoms Checklist). Instrumentet innehåller en fråga om hur ofta man under de senaste sex månaderna haft åtta olika besvär: huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen, känt sig nere, varit irriterad eller på dåligt humör, känt sig nervös, haft svårt att somna samt känt sig yr. Svartalternativen har sträckt sig från *sällan eller aldrig* till *i stort sett varje dag*, med undantag för år 1989/90 när svartalternativen var annorlunda formulerade.

HBSC-SCL har validerats vid flera tillfällen (se interna protokollet för HBSC 2021/22 (138)). Den senaste valideringsstudien (211) visar att skalan är konsistent, tillförlitlig och endimensionell och kan användas som en indikator på psykisk hälsa i befolkningsstudier (se kapitel 1 för en förklaring till befolkningsstudier).

Självrapporterade hälsobesvär

I tidigare grundrapporter benämndes de åtta besvären i checklistan (HBSC-SCL) "psykosomatiska besvär". Numera benämns de "självrapporterade hälsobesvär", för att bättre stämma överens med den internationella benämningen "subjective health complaints".

Först presenterar vi ett index över andelen elever som har haft minst två besvär mer än en gång i veckan under det senaste halvåret. Därefter presenteras de enskilda besvären vart och ett för sig. Även då redovisas andelen som har haft besvären mer än en gång i veckan under det senaste halvåret.

Minst två självrapporterade hälsobesvär

Nedan presenteras andelen elever som har haft minst två självrapporterade hälsobesvär mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22 (figur 11.1).

Andelen 11-åringar som har minst två självrapporterade hälsobesvär har varierat sedan 1985/86. Andelen ökade 2013/14–2017/18 för både flickor och pojkar. I senaste mätningen rapporterar 46 procent av de 11-åriga flickorna och 30 procent av de 11-åriga pojkarna minst två besvär mer än en gång i veckan. Det är ingen

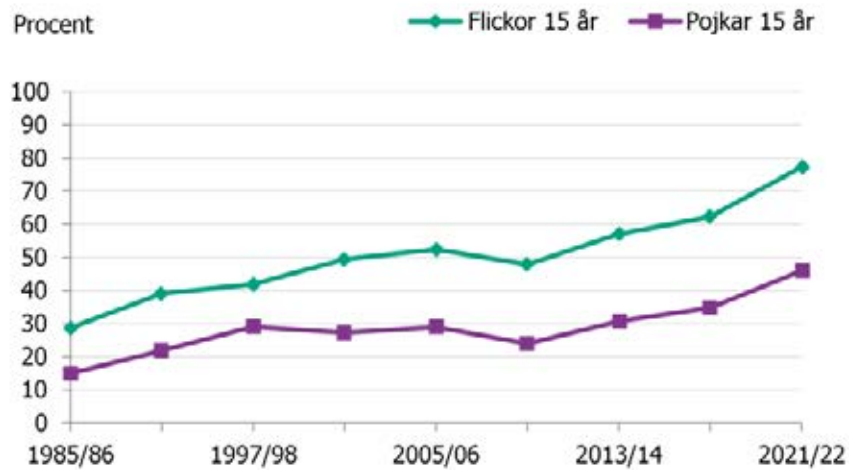
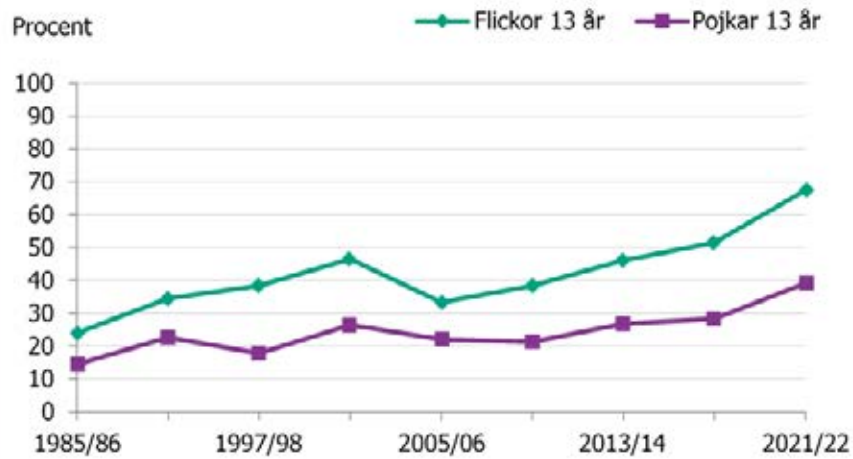
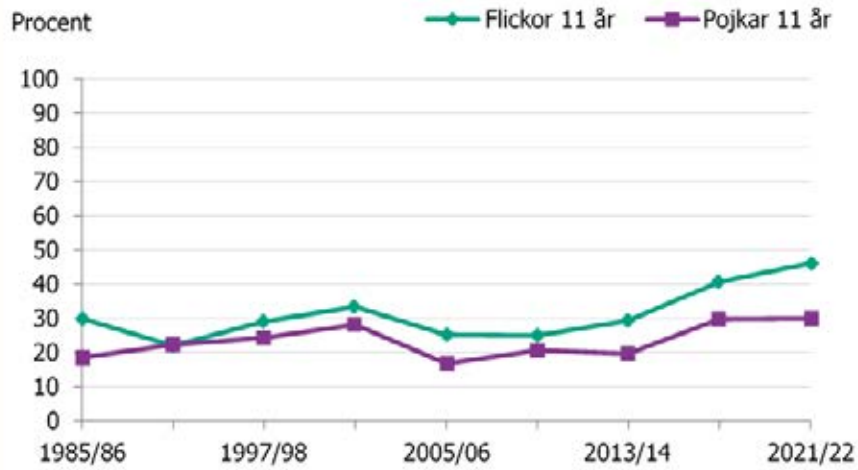
statistiskt säkerställd förändring jämfört med mätningen 2017/18, men de högsta andelarna som noterats sedan starten 1985/86.

Bland 13-åringar uppmäts den högsta andelen som har minst två besvär mer än en gång i veckan 2021/22. Bland flickor är andelen 68 procent, vilket är en ökning från 52 procent 2017/18. Bland pojkar är andelen 39 procent, en ökning från 28 procent från föregående mätning.

Samma mönster ses bland 15-åringarna som hos 13-åringarna. Andelen som har minst två besvär mer än en gång i veckan ökade från 62 till 77 procent bland flickorna och från 35 till 46 procent bland pojkarna, mellan 2017/18 och 2021/22. Det är de högsta andelarna sedan studien startade 1985/86.

Ända sedan mätningarna startade 1985/86 har det i åldrarna 13 och 15 år varit vanligare att flickor rapporterar att de haft minst två besvär mer än en gång i veckan, jämfört med pojkar. I 11-årsåldern har skillnaden inte varit lika tydlig. Under de senaste tre mätningarna har skillnaden mellan 11-åriga flickor och pojkar varit statistiskt säkerställd, det vill säga flickor har i högre utsträckning än pojkar rapporterat minst två besvär mer än en gång i veckan.

Figur 11.1 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har haft minst två besvär, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.



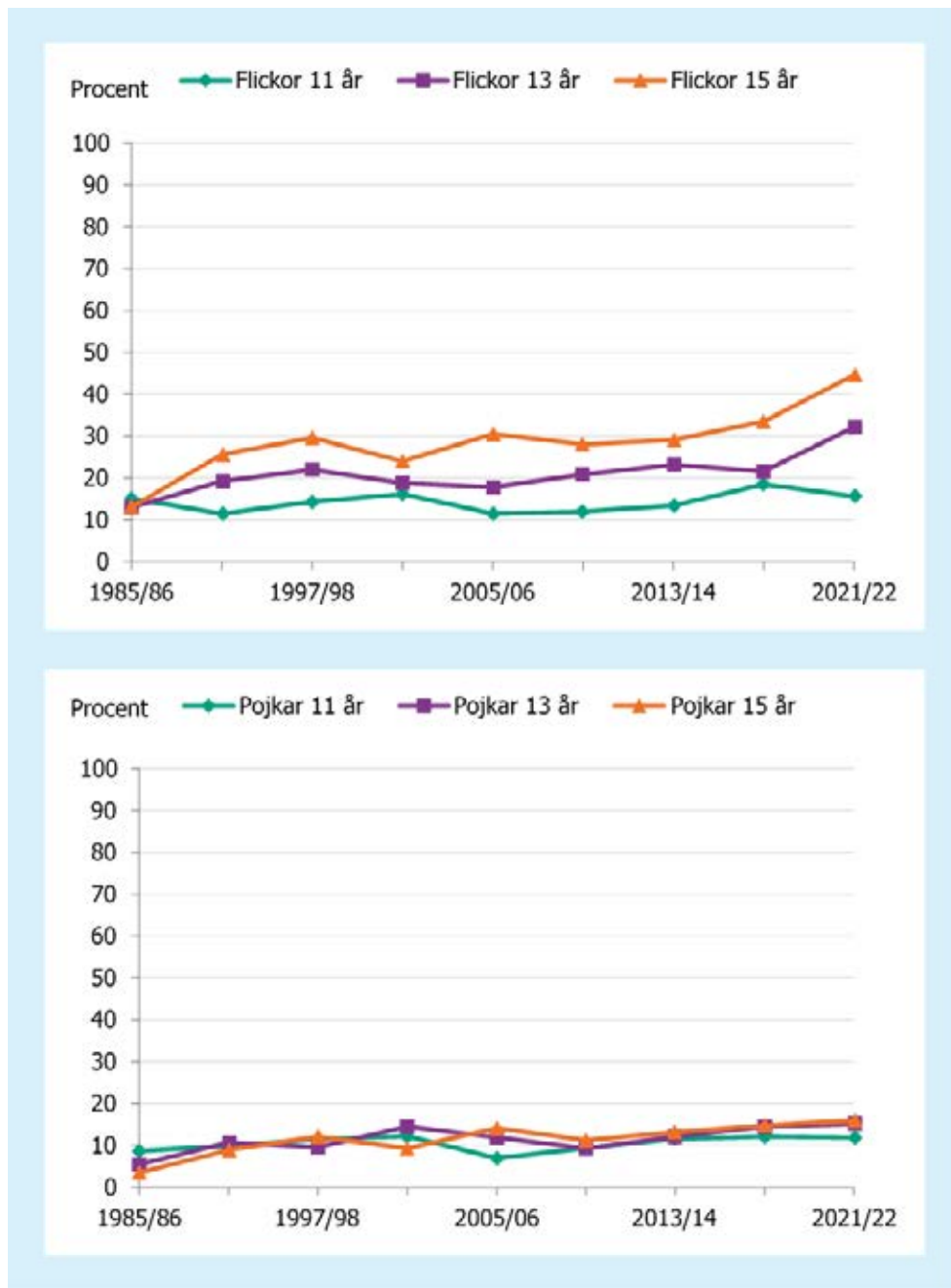
Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda då.

Huvudvärk

I figur 11.2 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som har haft huvudvärk mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22. Bland 11-åriga flickor har andelen inte ökat under perioden. Bland 13- och 15-åriga flickor var andelen som haft huvudvärk stabil 1993/94–2017/18, omkring 20 procent bland 13-åringarna och omkring 30 procent bland 15-åringarna. I den senaste mätningen ökar dock andelen flickor med huvudvärk, till 32 procent bland de 13-åriga flickorna och till 45 procent bland de 15-åriga flickorna.

Bland de 11-åriga pojkarna har andelen som haft huvudvärk inte ökat. Bland de 13- och 15-åriga pojkarna har andelen varit stabil under perioden 1993/94–2021/22, omkring 10 procent i bägge åldrar.

Figur 11.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har haft huvudvärk, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.



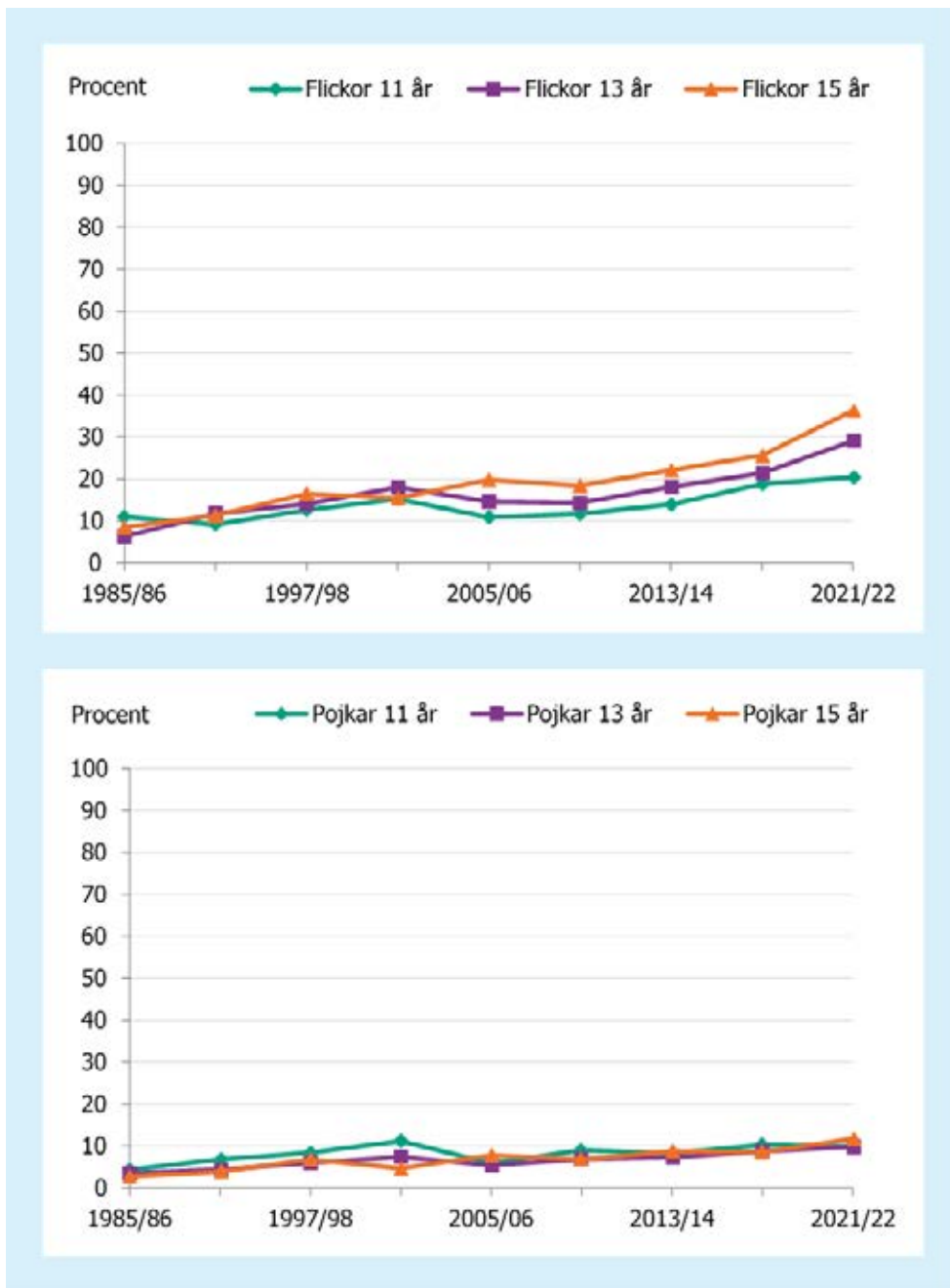
Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda då.

Ont i magen

I figur 11.3 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som har haft ont i magen mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22. Bland de 11-åriga flickorna har andelen med ont i magen gradvis ökat under perioden. Andelen har fördubblats, från 11 procent 1985/86 till 20 procent 2021/22. Andelen med ont i magen har gradvis ökat bland de 13- och 15-åriga flickorna, men ökar markant mellan 2017/18 och 2021/22.

Bland de 11-åriga pojkarna har inte heller andelen med ont i magen ökat. Bland de 13-åriga pojkarna har andelen gradvis ökat under perioden, från 4 procent 1985/86 till 10 procent 2021/22. Mönstret är detsamma bland 15-åriga pojkar, där andelen med ont i magen har ökat från 4 procent 1985/86 till 12 procent 2021/22.

Figur 11.3 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har haft ont i magen, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.



Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda då.

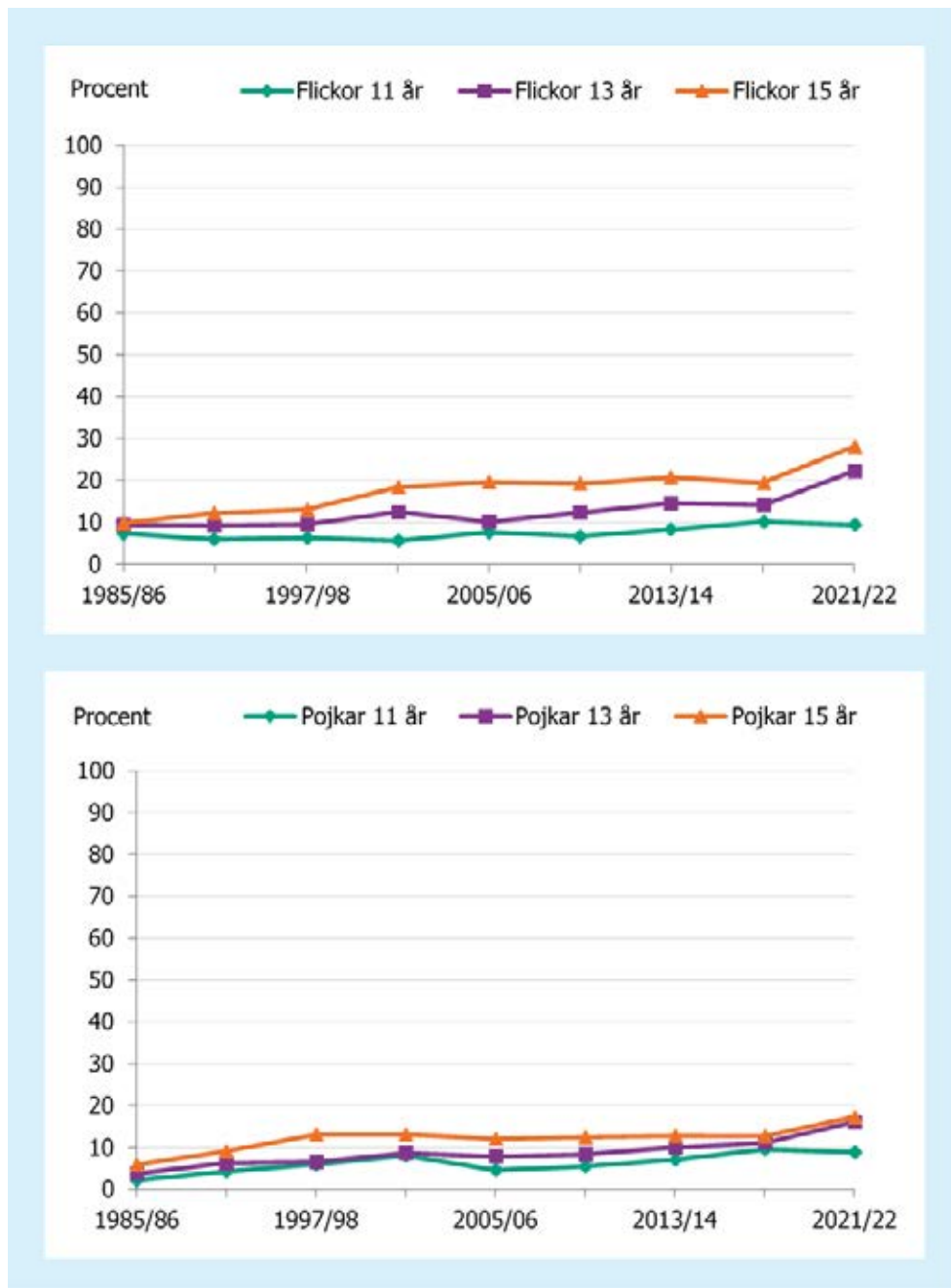
Ont i ryggen

I figur 11.4 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som har haft ont i ryggen mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–

2021/22. Bland de 11-åriga flickorna har andelen med ont i ryggen inte förändrats under perioden. Bland 13-åriga flickor ökade andelen med ont i ryggen gradvis 1985/86–2017/18, från 9 till 14 procent. I den senaste mätningen ökar andelen till 22 procent. Mönstret är detsamma bland 15-åriga flickor; en gradvis ökning från 10 procent till 19 procent 1985/86–2017/18, för att sedan öka till 28 procent 2021/22.

Bland de 11-åriga pojkarna har andelen ökat gradvis under perioden, från 2 procent 1985/86 till 9 procent 2021/22. Även bland 13-åriga pojkar har andelen gradvis ökat, från 4 till 16 procent. Bland de 15-åriga pojkarna har ökningen gått från 6 procent 1985/86 till 17 procent 2021/22.

Figur 11.4 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har haft ont i ryggen, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.



Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda då.

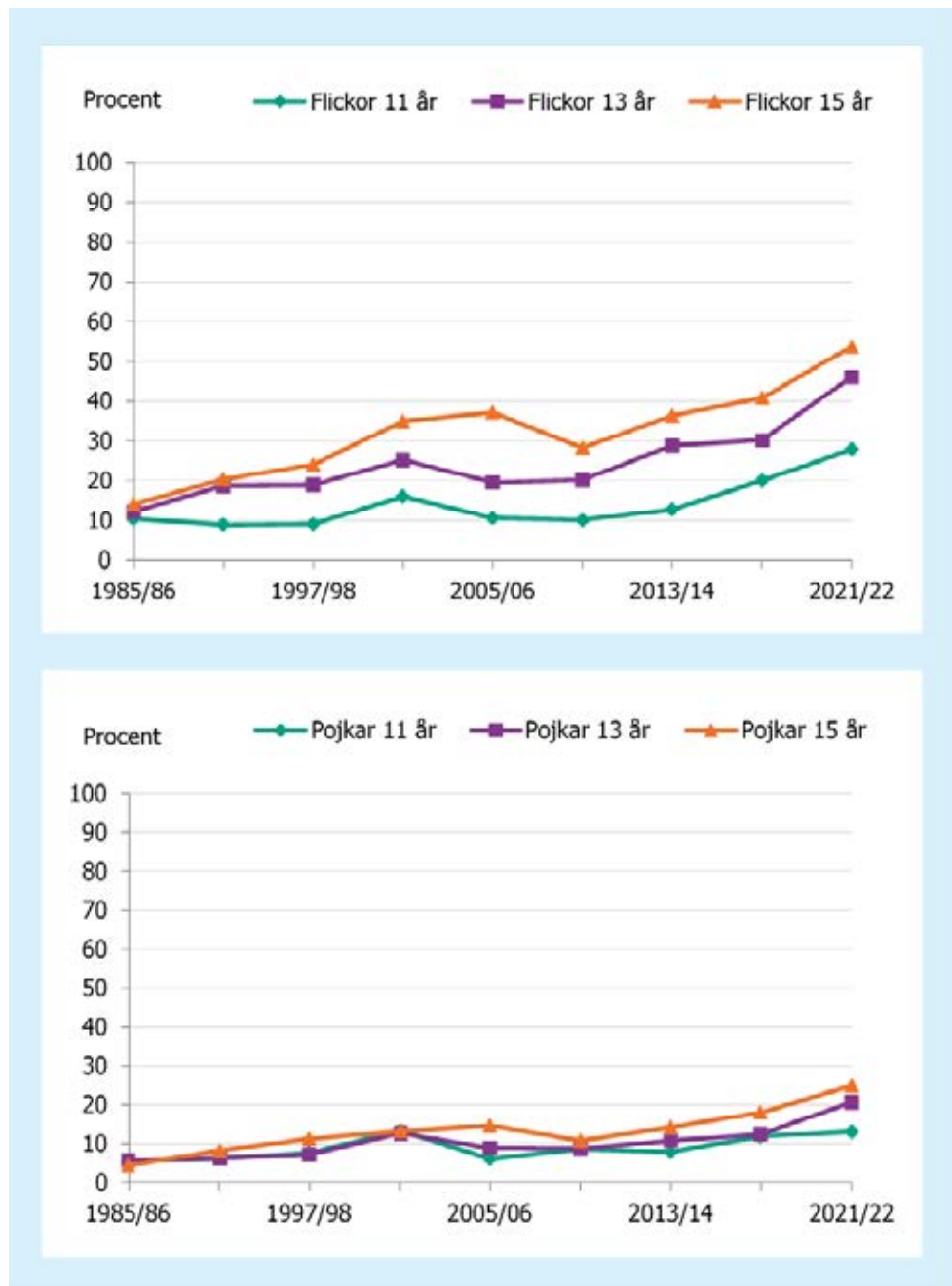
Känt sig nere

I figur 11.5 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som har känt sig nere mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22. Bland 11-åriga flickor var andelen som känt sig nere stabil 1985/86–2013/14, omkring 10 procent. Andelen har dock ökat i de senaste två mätningarna och är 28 procent 2021/22. Bland 13-åriga flickor har andelen som känt sig nere varierat mellan 20 och 30 procent 1993/94–2017/18, för att öka till 46 procent

2021/22. Bland 15-åriga flickor har andelen som känt sig nere varierat under perioden, men även här ses en tydlig ökning 2021/22, till 54 procent.

Bland 11-åriga pojkar har andelen som känt sig nere gradvis ökat från 5 till 13 procent 1985/86–2021/22, även om andelen har varierat. Bland 13- och 15-åriga pojkar ökade andelen gradvis 1985/86–2017/18, för att tydligt öka 2021/22. Andelen är nu 21 procent bland 13-åringarna och 25 procent bland 15-åringarna.

Figur 11.5 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som känt sig nere, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.

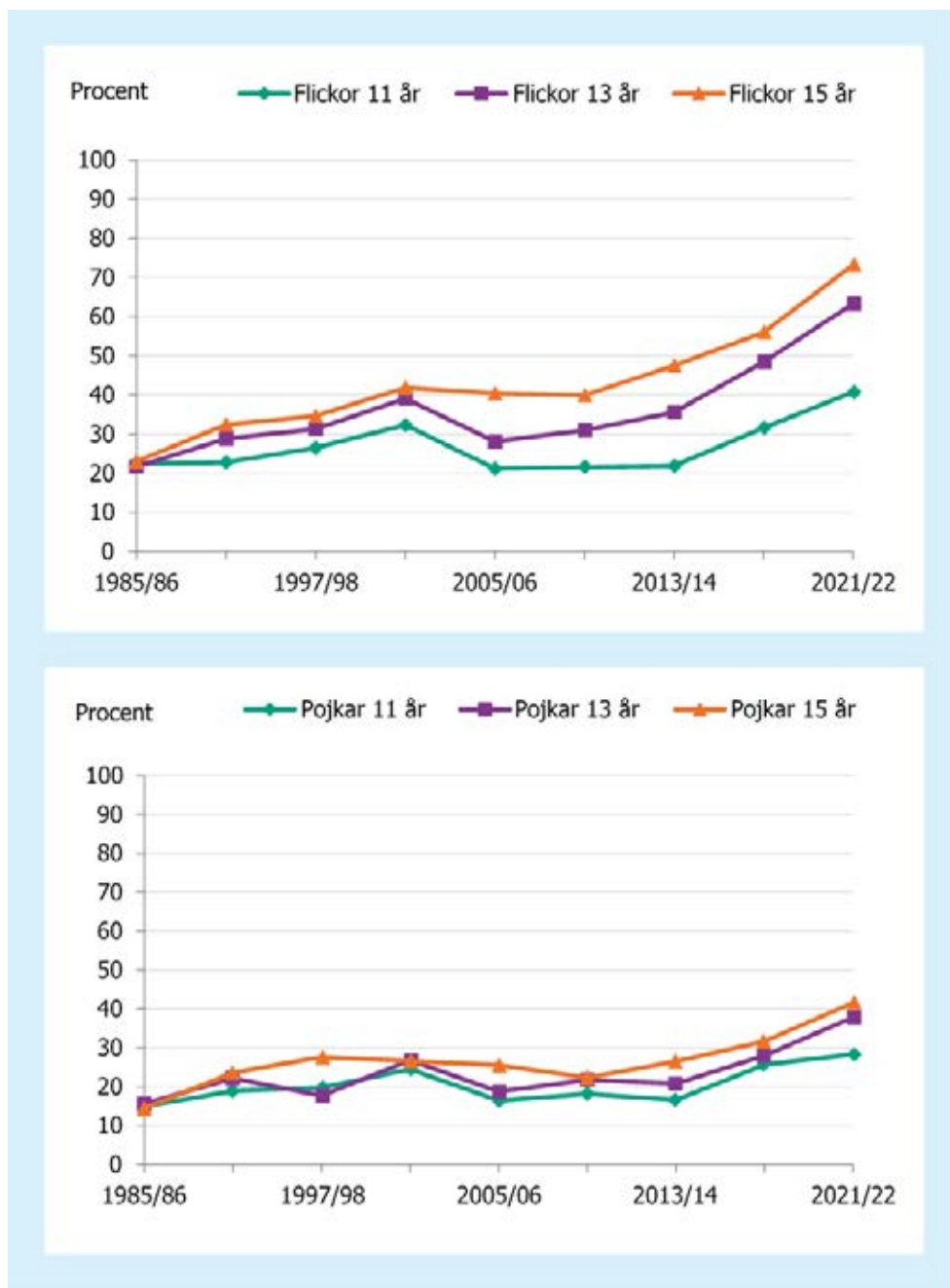


Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda då.

Varit irriterad eller på dåligt humör

I figur 11.6 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som har varit irriterade eller på dåligt humör mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.

Figur 11.6 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som varit irriterade eller på dåligt humör, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.



Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda då.

Bland 11-åriga flickor varierade andelen som varit irriterade eller på dåligt humör mellan dryga 20 och 30 procent 1985/86–2017/18. Andelen ökar dock till 41

procent 2021/22. Mönstret är ungefär detsamma bland de 13-åriga flickorna, där andelen varierade 1985/86–2013/14. Dock ökade andelen irriterade eller på dåligt humör både 2017/18 och 2021/22 och är nu 63 procent. Bland de 15-åriga flickorna ses däremot en gradvis ökning under perioden, från 15 till 73 procent.

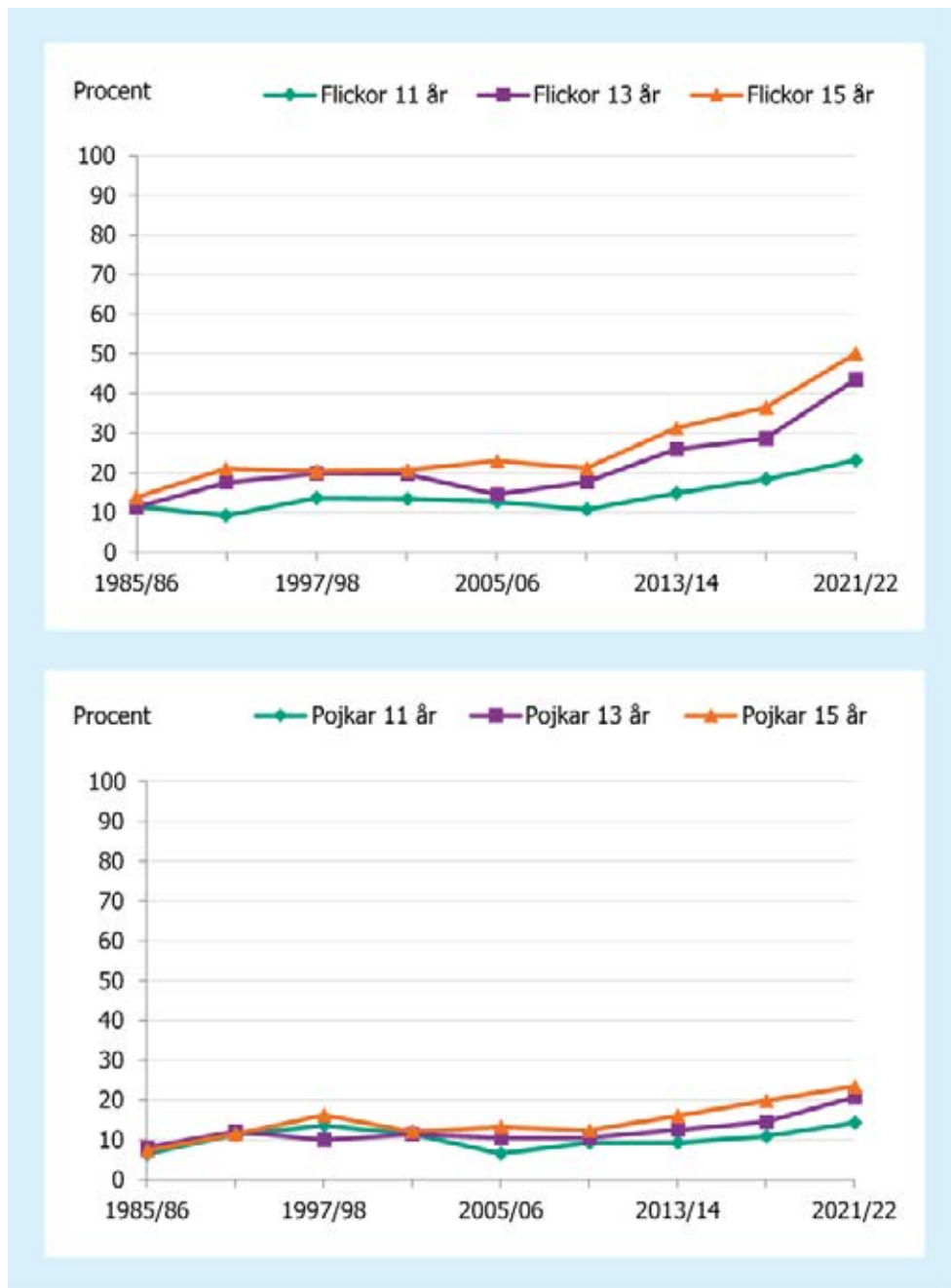
Bland de 11-åriga pojkarna varierade andelen irriterade eller på dåligt humör mellan 15 och 25 procent 1985/86 och 2013/14, för att sedan öka både 2017/18 och 2021/22. Andelen är 28 procent 2021/22. Mönstret är detsamma bland såväl 13- som 15-åriga pojkar, och där är andelen 38 respektive 42 procent 2021/22.

Känt sig nervös

I figur 11.7 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som känt sig nervösa mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22. Andelen 11-åriga flickor som känt sig nervösa var stabil 1985/86–2013/14, mellan 10 och 15 procent. Andelen ökar dock 2021/22, till 23 procent. Andelen 13-åriga flickor som känt sig nervösa var stabil fram till 2009/10, men har därefter ökat. Andelen är 44 procent vid senaste mätningen. Samma mönster ses hos de 15-åriga flickorna – en ökning av andelen nervösa 2013/14–2021/22. Andelen är 50 procent 2021/22.

Andelen 11-åriga pojkar som känt sig nervösa har varierat mellan 7 och 14 procent under perioden. Andelen 13-åriga pojkar som känt sig nervösa var stabil fram till 2017/18 och ökade sedan till 21 procent 2021/22. Även andelen 15-åriga pojkar som känt sig nervösa var stabil under lång tid, men har ökat under de senaste mätningarna. Andelen är 23 procent 2021/22.

Figur 11.7 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som känt sig nervösa, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.



Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda då.

Haft svårt att somna

I figur 11.8 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som haft svårt att somna mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22. Andelen 11-åriga flickor som har haft svårt att somna varierade mellan 20 och 30 procent 1985/86–2013/14. Därefter har andelen ökat och är 43 procent 2021/22. Bland de 13-åriga flickorna var andelen stabil fram till 2009/10, men har

därefter ökat. År 2021/22 rapporterar 41 procent att de har haft svårt att somna. Bland 15-åriga flickor har andelen varierat och är 41 procent 2021/22.

Bland de 11-åriga pojkarna varierade andelen som haft svårt att somna mellan cirka 20 och 25 procent fram till 2013/14, därefter har andelen ökat till 33 procent 2021/22. Bland de 13-åriga pojkarna var andelen stabil fram till 2009/10, men har därefter ökat till 29 procent 2021/22. Mönstret är detsamma för de 15-åriga pojkarna, och där rapporterar 31 procent att de har haft svårt att somna 2021/22.

Figur 11.8 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som haft svårt att somna, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.

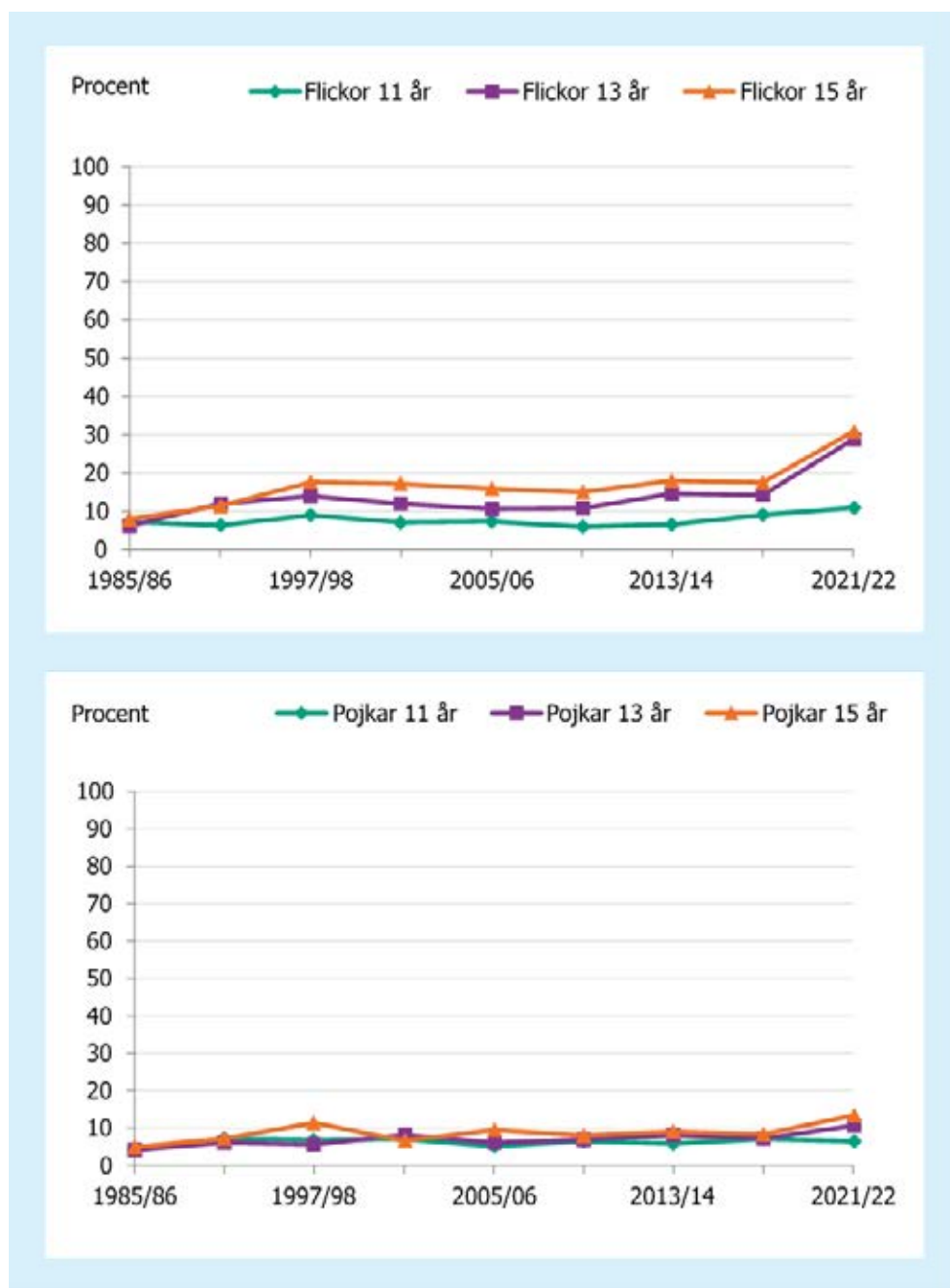


Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda då.

Känt sig yr

I figur 11.9 presenteras andelen flickor och pojkar i respektive ålder som känt sig yra mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22. Andelen 11-åriga flickor som känt sig yra har varit oförändrad 1985/86–2021/22. Bland 13-åriga flickor var andelen som känt sig yra stabil 1993/94–2017/18, men fördubblades till 29 procent 2021/22. Samma mönster ses hos de 15-åriga flickorna. Andelen som känt sig yra ökar till 31 procent 2021/22.

Figur 11.9 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som känt sig yra, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna, 1985/86–2021/22.



Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas eftersom svarsalternativen var annorlunda då.

Andelen 11- och 13-åriga pojkar som känt sig yra har varit oförändrad 1985/86–2021/22. Bland de 15-åriga pojkarna var andelen oförändrad fram till och med 2017/18, men ökade till 13 procent 2021/22.

11.3 Medicinanvändning

Frågor om medicinanvändning kopplat till hälsobesvär har funnits med i Skolbarns hälsovanor sedan 2005/06 med frågan ”Har du under den senaste månaden ätit tabletter eller någon annan medicin mot följande besvär?” De besvär som räknas upp är huvudvärk, ont i magen, svårt att somna, nervositet, ont i ryggen och annat besvär. Svarsalternativen är *nej, ja, 1 gång* och *ja, mer än en gång*. Frågan specificerar inte vilken typ av medicin som använts. Sedan 2017/18 omfattar frågan även medicin för ont i ryggen.

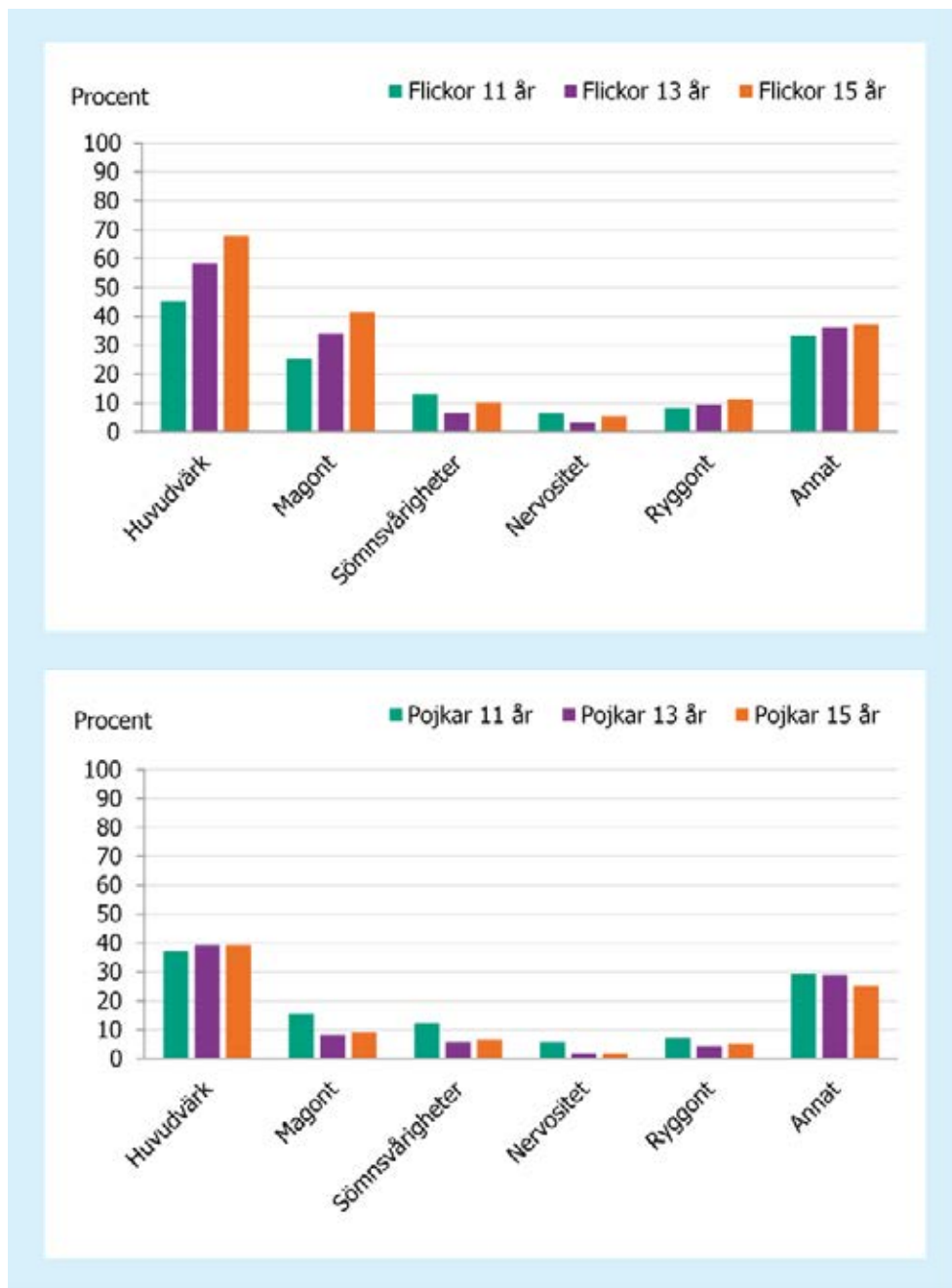
Att använda medicin för besvär som huvudvärk och magont har i HBSC-data rapporterats vara vanligt bland skolelever i såväl Sverige som andra länder och det finns samband mellan att rapportera återkommande hälsobesvär och att ta medicin för motsvarande besvär (212).

Det finns förhållandevis begränsat med studier om vilka sociala faktorer och hälsovanor som är associerade med självrapporterad medicinanvändning bland skolelever. Faktorer som visat samband med mer frekvent medicinanvändning hos skolelever i HBSC-studier i Danmark är till exempel att ha blivit mobbad i skolan (213) eller lägre socioekonomisk position hos föräldrarna (214). Även ensamhet har i en HBSC-studie i Finland visat samband med medicinanvändning för nervositet och sömnsvårigheter (215) och problematiskt spelande med att använda medicin mot nervositet, det senare i en HBSC-studie i Italien (216).

Medicinanvändning under 2021/22 mot olika besvär redovisas i figur 11.10 för flickor respektive pojkar. Bland flickor är medicin mot huvudvärk, magont eller annat besvär vanligast. Andelen som har använt medicin mot huvudvärk och magont under den senaste månaden ökar med åldern bland flickor. Bland pojkar är det medicin mot huvudvärk och annan medicin som är vanligast. Bland pojkar finns inga ålderskillnader i andelen som tagit medicin för olika besvär.

I alla tre åldrar är andelen flickor som har tagit medicin mot huvudvärk och magont större än bland pojkarna. Även andelen 15-åriga flickor som använt medicin mot nervositet är större jämfört med 15-åriga pojkar. Likaså är andelen 13- och 15-åriga flickor som använt medicin mot ryggont eller något annat besvär större jämfört med 13- respektive 15-åriga pojkar.

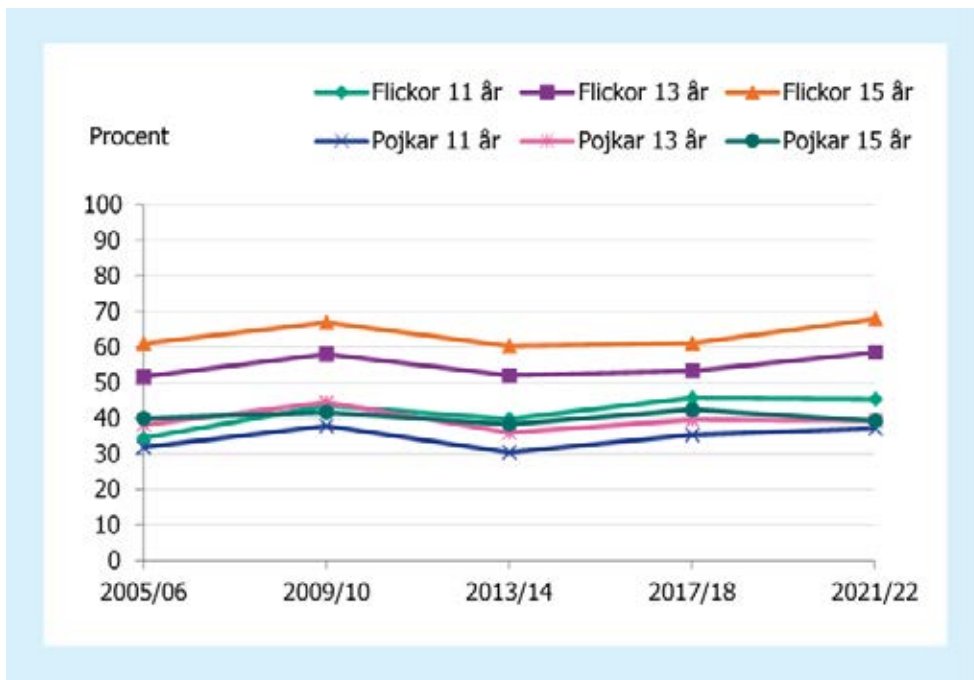
Figur 11.10 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har tagit medicin mot huvudvärk, magont, nervositet, sömnsvårigheter, ryggont eller annat besvär, under den senaste månaden, 2021/22.



Medicinanvändning för olika besvär 2005/06–2021/22 redovisas i figurerna 11.11–11.15.

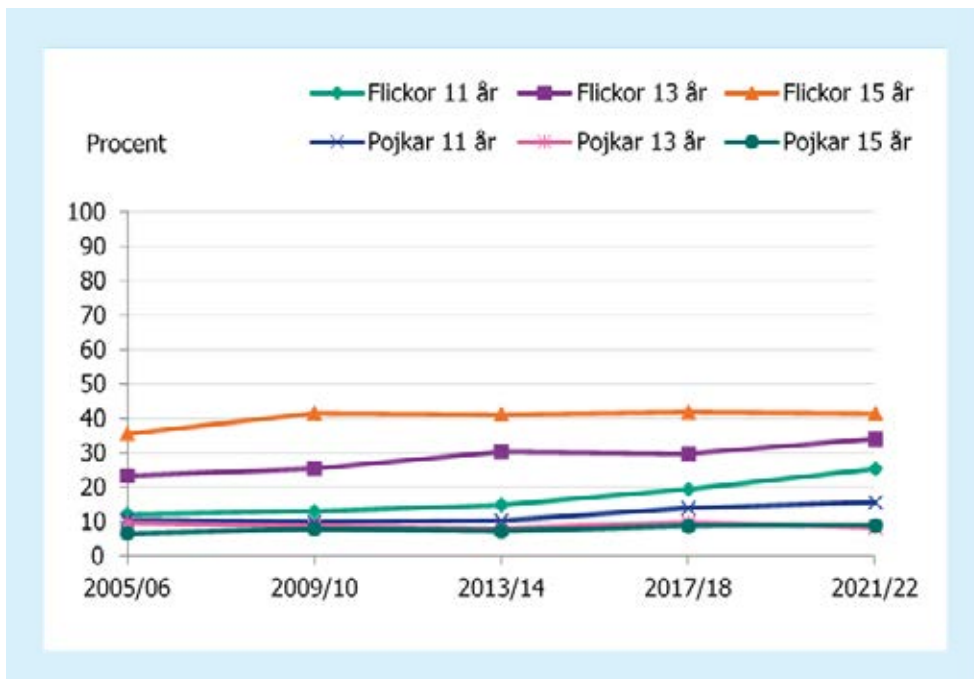
Andelen elever som har tagit medicin mot huvudvärk den senaste månaden har varierat något under perioden (figur 11.11). Det är bara bland 11-åriga flickor som andelen ökat sedan 2005/06.

Figur 11.11 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har tagit medicin mot huvudvärk under den senaste månaden, 2005/06–2021/22.



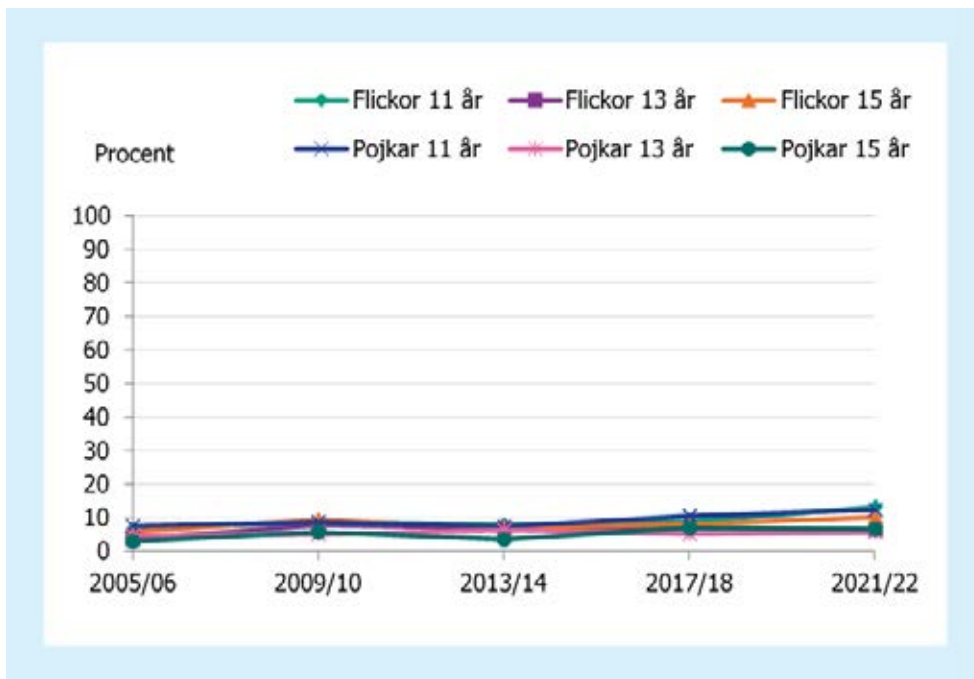
Andelen 11- och 13-åriga flickor som har tagit medicin mot magont den senaste månaden har ökat sedan 2005/06 (figur 11.12). För övriga grupper ses ingen förändring under perioden.

Figur 11.12 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har tagit medicin mot ont i magen under den senaste månaden, 2005/06–2021/22.



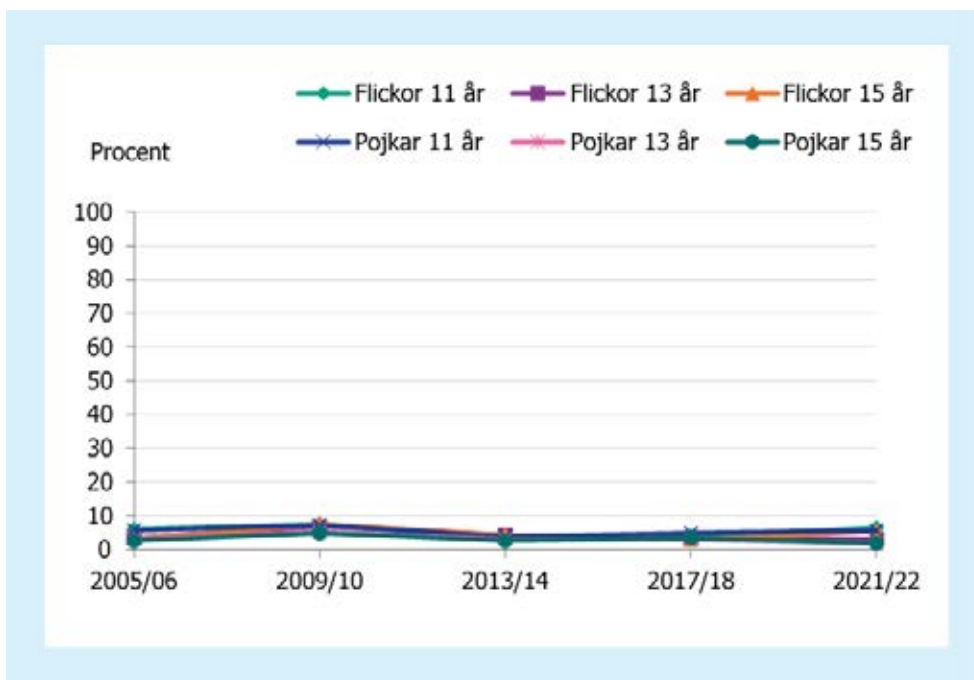
Det finns ingen förändring i andelen som har tagit medicin mot sömnsvårigheter den senaste månaden, utom bland 11-åriga flickor där andelen ökat sedan 2005/06 (figur 11.13).

Figur 11.13 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har tagit medicin mot sömnsvårigheter under den senaste månaden, 2005/06–2021/22.



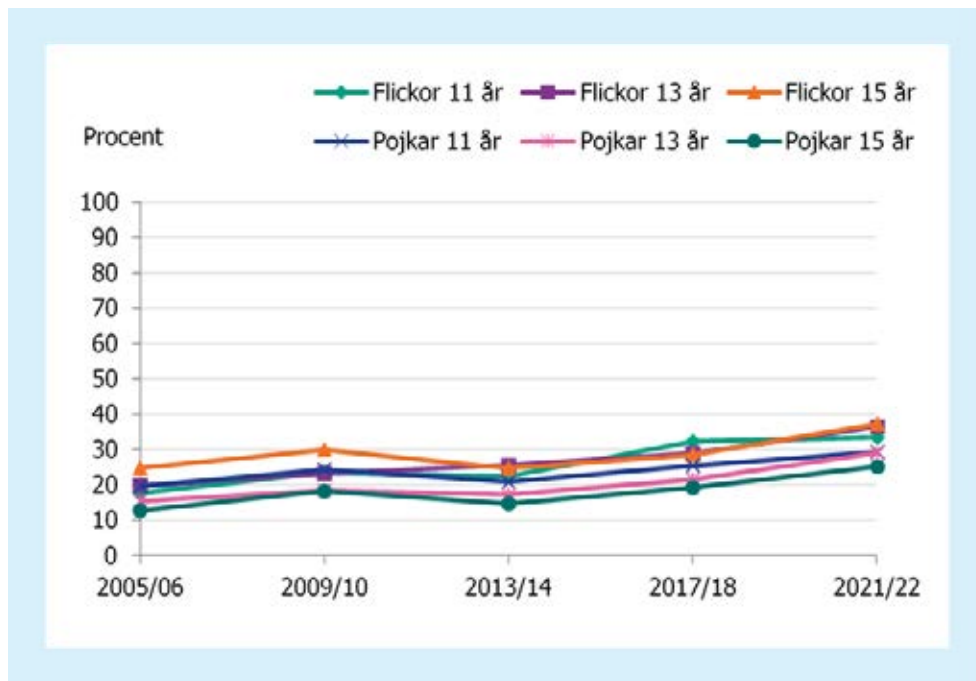
Under perioden 2005/06–2021/22 har det inte skett någon förändring av andelen elever som har tagit medicin mot nervositet (figur 11.14).

Figur 11.14 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har tagit medicin mot nervositet under den senaste månaden, 2005/06–2021/22.



Bland både flickor och pojkar, och för alla åldrar, har andelen som har tagit medicin för något annat besvär den senaste månaden ökat under perioden (figur 11.15).

Figur 11.15 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som har tagit medicin mot något annat besvär under den senaste månaden, 2005/06–2021/22.



11.4 Stress

Långvarig stress leda till ohälsa, både direkt genom olika fysiologiska reaktioner, och indirekt genom försämrade levnadsvanor, såsom sämre matvanor och mindre fysisk aktivitet. Mindre gynnsamma sociala villkor kan både utgöra kroniska stressorer och inverka negativt på copingresurser och copingstrategier, och därmed resultera i ohälsa såsom psykiska och somatiska besvär. En svensk studie bland barn i 13-årsåldern har visat att självrapporterad stress och psykiska och somatiska besvär är starkt korrelerade med varandra (196).

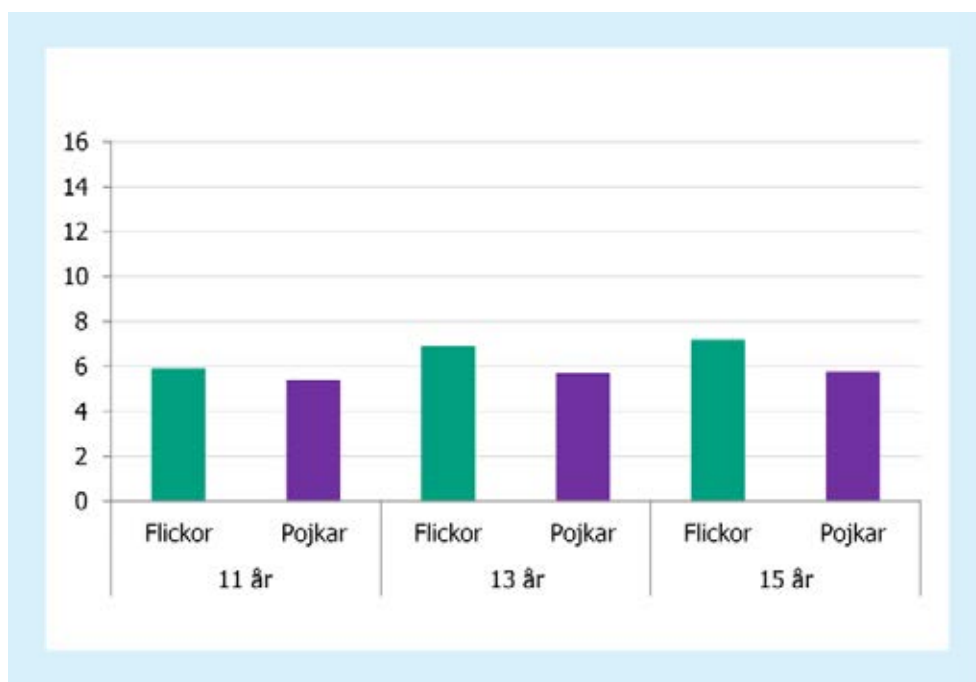
För att mäta upplevelse av stress hos barn och unga, inkluderades en kortversion av Cohen's Perceived Stress Scale (PSS) i Skolbarns hälsovanor 2021/22. Skalan utformades för att mäta hur oförutsägbara, okontrollerbara och överbelastade skolelever finner sina liv (217).

Instrumentet inleds med frågan "Under den senaste månaden ..." varpå eleverna får ta ställning till fyra påståenden: (1) "Har du känt att du inte kunnat kontrollera viktiga saker i ditt liv?", (2) "Har du känt att du kan lita på din egen förmåga att hantera problem som uppstått?", (3) "Har du känt att saker och ting har blivit som du tänkte?" och (4) "Har du tyckt att svårigheter har blivit så stora att du inte har kunnat klara av dem?". Svartalternativen är *aldrig*, *nästan aldrig*, *ibland*, *ganska ofta* och *väldigt ofta*. Svaren på frågorna 1 och 4 kodas från 0 (aldrig) till 4 (väldigt ofta). För frågorna 2 och 3 kodas de tvärtom, alltså från 4 (aldrig) till 0 (väldigt

ofta). Svaren på de fyra frågorna summeras för varje elev (0–16). Ju högre värde, desto högre upplevd stress. I figur 11.16 redovisar vi medelvärdet på gruppnivå, det vill säga för flickor och pojkar i respektive ålder. För flickorna ökar stressen mellan 11 och 13 år, från 5,9, till 6,9. Det var däremot ingen skillnad mellan de 13- och 15-åriga flickorna, vars medelvärde var 7,2.

Bland pojkarna har 11-åringarna lägre stress än 15-åringarna, med ett genomsnitt på 5,4 jämfört med 5,8. De 13-åriga pojkarna har ett genomsnitt på 5,7, vilket inte skiljde sig från de övriga två åldersgrupperna. Flickor har högre nivåer av stress än pojkar, i alla tre åldrar.

Figur 11.16 Genomsnittliga nivåer av upplevd stress bland flickor och pojkar i respektive ålder, 2021/22.



KAPITEL 12

Diskussion



12. Diskussion

I denna rapport presenteras resultaten från Skolbarns hälsovanor 2021/22 om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos 11-, 13- och 15-åriga elever i Sverige. I likhet med de tidigare grundrapporterna ges en överblick över den aktuella förekomsten av ett antal centrala och viktiga indikatorer för barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Studien har genomförts tio gånger, och rapporten ger därmed också möjlighet att se utvecklingen över tid inom många områden. En del av frågorna har ingått i studien sedan mitten av 1980-talet och det är således möjligt att se utvecklingen under nästan fyra decennier.

I början av rapporten finns en sammanfattning av resultaten. Nedan lyfter vi fram de positiva och negativa trenderna samt de fyra områden där den negativa utvecklingen vi ser särskilt bör uppmärksammas. I slutet av kapitlet lyfter vi fram viktiga metodologiska frågor som har bäring på hur resultaten ska tolkas.

Vi vill återigen betona att Skolbarns hälsovanor inte innehåller frågor som belyser strukturella faktorer, såsom samhällsekonomi, miljö- och klimatförändringar samt händelser i omvärlden. Vidare går det inte i denna rapport att isolera effekten av covid-19-pandemin och relaterade åtgärder, och det är även för tidigt att uttala sig om långvariga effekter på skolbarns livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. När de internationella resultaten från 2021/22 års Skolbarns hälsovanor finns tillgängliga finns stora möjligheter att undersöka hur barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i olika länder har påverkats av pandemin.

Positiva och negativa trender

Ett område där utvecklingen varit positiv under de senaste decennierna är barns och ungas relationer till sina föräldrar. Vi ser en fortsatt hög och stabil andel som kan tala med sina föräldrar om bekymmer. Barns och ungas levnadsvanor i form av träning har också förbättrats över tid. Andelen som tränar minst fyra gånger i veckan har ökat under de senaste decennierna. Däremot har andelen som är fysiskt aktiv en timme varje dag länge varit oförändrad, men ökar bland pojkar i åldrarna 13 och 15 år 2021/22.

De negativa trenderna fortsätter däremot inom skolan och hälsa. Allt fler elever upplever en låg skoltrivsel och lågt stöd från lärarna, medan skolstressen fortsätter öka. Mobbningen har ökat i de flesta grupper i de senaste tre mätningarna. När det gäller sexuell hälsa och relationer fortsätter kondom användningen att minska. Allt fler rapporterar övervikt eller fetma, att de försöker gå ner i vikt och att de har flera och återkommande hälsobesvär.

I den senaste undersökningen 2021/22 ser vi dessutom en bekymmersam utveckling inom områden där utvecklingen under lång tid varit oförändrad eller positiv. Det gäller till exempel alkohol, där användningen under lång tid minskat, men siffrorna nu pekar uppåt, framför allt bland flickor. Det gäller också användningen av snus, framför allt bland flickor. Cannabisbruket har varit

oförändrat under lång tid bland 15-åringar, men har nu ökat bland pojkar. I CAN: s skolundersökning ses dock inte motsvarande ökning av cannabis (218).

Vidare har andelen pojkar, i alla tre åldrar, och 15-åriga flickor som har en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem ökat.

Fyra områden att särskilt uppmärksamma

Folkhälsopolitikens övergripande mål är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Här lyfter vi fram de fyra områden där det finns en särskilt bekymmersam utveckling. I rapporten *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/22 – regionala resultat* framgår det också att dessa områden har betydande regionala skillnader.

1) Fortsatt minskad trivsel och ökad stress i skolan

I rapporten från undersökningen 2017/18 var det flera faktorer som rör skolgången och miljön i skolan som visade försämringar. Dessa trender fortsätter i den senaste undersökningen. Internationella jämförelser av 2017/18 års resultat visar dessutom att trivseln i skolan är låg bland flickor och pojkar i alla tre åldrar i Sverige jämfört med i Norge, Danmark och Island. När det gäller skolstress ses de högsta nivåerna på Island och i Finland och de lägsta i Danmark, medan Sverige befinner sig däremellan (79).

Skolan är, förutom att ge förutsättningar för lärande, ett betydelsefullt sammanhang för unga, dels som arbetsmiljö, dels som social miljö. Villkor som krav, stöd, sociala relationer och mobbning kan alla påverka elevers hälsa. Till exempel finns ett samband mellan att ha goda relationer till lärare och bättre självskattad hälsa och livstillfredsställelse, och färre självrapporterade hälsobesvär. Det finns också ett samband mellan högre skolrelaterade krav, såsom mängden och svårigheten på arbetet, och sämre självskattad hälsa och lägre psykiskt välbefinnande. Detta visas i rapporten *Hur hänger olika skolfaktorer samman med ungdomars hälsa och välbefinnande i Sverige? – Analyser på data från Skolbarns hälsovanor* som har tagits fram i ett samverkansprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och Stockholms universitet (219).

Ovan nämnda rapport lyfter att utöver att utbilda elever, ska svenska skolor enligt skollagen arbeta såväl förebyggande som hälsofrämjande. Det innebär att skolan ska verka för att förebygga ohälsa men också för att stärka förutsättningarna för en god hälsa bland eleverna. Insatser i skolan kan ge stor effekt på elevers lärande, utveckling och hälsa. Genom att ge lärare och övrig skolpersonal bättre förutsättningar att stödja elever på skol-, grupp-, och individnivå kan skolan ge elever möjlighet till delaktighet och inflytande och skapa förutsättningar för trygghet och trivsel.

2) Ökat bruk av alkohol och snus

Resultaten visar att de senaste decenniernas nedåtgående trend av alkoholkonsumtion och berusningsdrickande bland barn och unga har avstannat, framför allt bland flickor. Det är fler flickor i åldrarna 13 och 15 år som har druckit alkohol och varit berusade 2021/22, jämfört med 2017/18. Det är också fler 15-åriga pojkar som har varit berusade. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), som årligen undersöker skolelevers drogvanor, har också under de senaste åren sett att den nedåtgående trenden i alkoholkonsumtionen i årskurs 9 stannat av (218). I den föregående undersökningen, 2017/18, var det en liten andel 15-åringar i Sverige som har varit berusade minst två gånger ur ett nordiskt perspektiv, endast Island hade en mindre andel (79). Det är viktigt att följa utvecklingen av barns och ungas alkoholvanor i såväl Sverige som våra nordiska grannländer framöver.

Resultaten visar också att användningen av snus bland unga i Sverige har ökat under de senaste åren, framför allt bland flickor. Resultaten visar också att nikotinsnus (vitt snus) attraherar unga, framför allt flickor. Även CAN har sett en ökning av snusandet och av nikotinsnus under senare år (218). Snus finns i ungdomarnas vardagsliv och i stort sett alla har personer i sin omgivning som snusar. En del ungdomar menar även att de blir exponerade för snus i sociala medier, oftast i marknadsföring. Tillgången på snus verkar inte vara något problem eller något som ungdomarna reflekterar över i stor utsträckning. Nikotinsnus ses av många ungdomar som fräschare, trendigare och bättre för hälsan än tobakssnus. Detta visar en intervjustudie som Folkhälsomyndigheten låtit genomföra med 25 ungdomar 13–19 år under november och december 2021 (220). Utvecklingen avseende snus innebär att fler barn och unga riskerar att fastna i ett nikotinberoende och visar på vikten av att skydda barn och unga i det tobaks- och nikotinpreventiva arbetet.

En ny lag om tobaksfria nikotinprodukter trädde i kraft 1 augusti 2022, med bestämmelser om produktanmälan, produktkrav, försäljning och marknadsföring av tobaksfria nikotinprodukter. Lagen syftar till att begränsa de hälsorisker och olägenheter som är förenade med bruk av sådana produkter. Huruvida den nya lagen kommer att påverka ungdomars användning av nikotinsnus blir viktigt att följa upp i kommande undersökningar av Skolbarns hälsovanor.

3) Minskad kondom användning

Andelen 15-åringar som haft samlag har minskat något under 2000-talet. Samtidigt visar resultaten att bland de 15-åringar som har haft samlag har andelen som använde kondom under det senaste sextillfället halverats sedan 2009/10, från cirka 80 procent bland både pojkar och flickor till 42 procent bland pojkarna och 29 procent bland flickorna 2021/22. Vid mätningen 2017/18 var kondom användningen lägre i Sverige än på Island, i Finland och i Danmark (Norge hade inte med frågan) (79).

Sex utan kondom kan leda till sexuellt överförda infektioner, och det kan också leda till önskad graviditet. Den svenska strategin för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) betonar allas rätt till njutbara sexuella upplevelser, utan risk för sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. Orsakerna till den minskade kondom användningen bland 15-åringar är därför viktiga att följa upp med fördjupade studier. En orsak kan vara att unga i större utsträckning använder långtidsverkande preventivmedel såsom p-stav och hormonspiral, vilket kan bidra till att färre använder kondom som skydd mot graviditet. Därtill är det centralt att följa upp hur professionen arbetar med att tillgängliggöra och skapa förståelse för behovet av både graviditetsskydd och skydd mot sexuellt överförda infektioner.

4) Allt fler har en funktionsnedsättning och de självrapporterade besvären fortsätter att öka

Andelen som har en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem har ökat bland pojkar i alla tre åldrar och bland 15-åriga flickor sedan 2013/14. År 2021/22 är andelen cirka 25 procent bland 11-åringarna och 30 procent bland 13- och 15-åringarna. Det är en ökning med cirka 10 procentenheter bland 15-åringarna. I Skolbarns hälsovanor ställs inte några följdfrågor om vilken typ av sjukdom, funktionsnedsättning eller hälsoproblem det rör sig om. Oavsett vad ökningen beror på, vet vi att barn med funktionsnedsättning är en sårbar grupp som riskerar en sämre psykisk hälsa (135) och därför behöver utvecklingen följas noga framöver.

De självrapporterade hälsobesvären har ökat gradvis bland både flickor och pojkar i 13- och 15-årsåldern sedan 1980-talets mitt. Resultaten visar att ökningen är särskilt tydlig mellan de senaste två mätningarna, 2017/18 och 2021/22.

Utvecklingen innebär att den övervägande majoriteten av flickorna och nästintill hälften av pojkarna i högstadiet har minst två besvär mer än en gång i veckan. Andelen 13- och 15-åringar med minst två besvär mer än en gång i veckan var högre i Sverige än i övriga nordiska länder 2017/18. Danmark och Norge hade de lägsta andelarna (79).

Självrapporterade hälsobesvär kan påverka barns och ungas liv dels direkt genom lägre välbefinnande, livskvalitet och skolprestationer, dels på längre sikt genom ökad risk för ohälsa i vuxen ålder, kortare utbildningsnivå och svårigheter på arbetsmarknaden. Eftersom majoriteten av flickorna och nära hälften av pojkarna har flera återkommande besvär är det troligt att det huvudsakligen är strukturella faktorer som ligger bakom, det vill säga faktorer och miljöer som berör ungdomsgruppen som helhet. Tänkbara faktorer, såsom förändringar inom hemmiljön, skolmiljön, på arbetsmarknaden samt andra samhällsövergripande faktorer, har undersökts närmare i flera studier (13). Högberg et al, 2021, har visat att skolreformen 2011 ökade den skolrelaterade stressen och minskade självförtroendet när det gäller skolprestationer hos elever i årskurs 7. Detta påverkade i sin tur indirekt hälsobesvär och livstillfredsställelse för dessa elever. Betydelsen av skolan som arbetsmiljö och som social miljö för barns och ungas psykiska hälsa och välbefinnande är väl klarlagd (219).

Metodfrågor

När man läser en rapport som denna och utvärderar resultaten är det viktigt att överväga vilka metoder som data samlas in med.

Nationellt representativt urval av skolor och elever

Resultaten från Skolbarns hälsovanor bygger på ett stort och slumpmässigt, nationellt representativt urval av svenska skolor, och därför kan vi på goda grunder uttala oss om livsvillkoren, levnadsvanorna och hälsan hos 11, 13- och 15-åriga elever. Det är givetvis viktigt att vara medveten om att nästan hälften av skolorna (45 procent) tackade nej till att delta. En bortfallsanalys genomförd av SCB visar dock inte några skillnader mellan deltagande skolor och icke-deltagande skolors huvudman, storlek och föräldrarnas utbildningsnivå (221). På elevnivå har vi fortfarande en ganska hög svarsfrekvens (80 procent). Det är naturligtvis ändå nödvändigt att vara medveten om att elever som har valt att inte delta i studien eller inte varit i skolan den dagen data samlades in kan ha andra egenskaper än eleverna som deltog.

Barnens egna upplevelser

Skolbarns hälsovanor bygger på svaren från eleverna själva och det ser vi generellt som en styrka. Det är elevernas egna åsikter och erfarenheter som vi samlar information om och det är avgörande när vi vill beskriva barns och ungas liv och vardag, precis som de upplevs av dem själva. Eleverna vet bäst hur de mår och det är helt avgörande att vi får inblick i deras egen upplevelse av till exempel relationer till familj och vänner och syn på skolan. För vissa indikatorer är dock självrapportering inte helt optimal. I Skolbarns hälsovanor gäller detta särskilt mätningarna av fysisk aktivitet samt längd och vikt.

Samma undersökningsmetod i 40 år

En annan styrka och värde med Skolbarns hälsovanor är att den har genomförts på samma sätt med fyra års mellanrum i nästan 40 år sedan mitten av 1980-talet. Urvalet av skolor har genomförts på ungefär samma sätt genom tiderna och har alltid baserats på ett slumpmässigt urval av skolor från hela landet. Likaså har många av de använda frågorna tagits med från de tidiga omgångarna av Skolbarns hälsovanor, och i både det internationella och nationella arbetet med undersökningen säkerställs kontinuerligt att frågorna fortfarande är lämpliga att använda. Skolbarns hälsovanor ger därmed en unik möjlighet att följa utvecklingen över tid av barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.

Tvärsnittsstudie

En begränsning med Skolbarns hälsovanor är att det är en tvärsnittundersökning. Det vill säga att vi frågar elever vid en viss tidpunkt, men vi följer inte samma elever över tid. Det innebär att vi inte kan uttala oss om orsakssamband, utan endast om statistiska samband. Om man vill klargöra bakomliggande

orsakssamband måste man samla in longitudinella data, där data samlas in från samma individer vid upprepade tillfällen. När man använder tvärsnittsdata är det därför viktigt att ha en teoretisk grund för de frågor som ställs och för de samband som undersöks. I det internationella forskningsprotokollet bakom studien läggs därför stor vikt vid att säkerställa en teoretisk ram för förståelse och analys av vart och ett av frågeområdena som ingår.

Internationella jämförelser

Slutligen är det relevant att betona den styrka som Skolbarns hälsovanors internationella förankring ger. Studien gör det möjligt för oss att jämföra resultaten för barn och unga i Sverige med resultat för barn och unga i ett stort antal andra europeiska och nordamerikanska länder, och därmed bedöma hur Sverige ligger till vid en internationell jämförelse. Sådana jämförelser kan också göras för att utvärdera effekten av till exempel olika nationella lagar och rekommendationer, förebyggande insatser, utbildningssystem och ekonomiska prioriteringar. Det är inte möjligt att göra om endast nationella uppgifter finns tillgängliga.

Referenser

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organisation. New York; 1948.
2. Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Committee IHNC. The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC) study: origins, concept, history and development 1982-2008. *Int J Public Health*. 2009;54 Suppl 2:131-9. DOI:10.1007/s00038-009-5404-x.
3. Förenta Nationerna. Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. Förenta Nationerna; 1989.
4. Osher D, Cantor P, Berg J, Steyer L, Rose T. Drivers of human development: How relationships and context shape learning and development1. *Applied Developmental Science*. 2018;1:31. DOI:10.1080/10888691.2017.1398650.
5. Smith KP, Christakis NA. Social networks and health. *Annu Rev Sociol*. 2008;34:405-29. DOI:10.1146/annurev.soc.34.040507.134601.
6. Umberson D, Karas Montez J. Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *J Health Soc Behav*. 2010;51(1_suppl):S54-S66. DOI:10.1177/0022146510383501.
7. Rueger SY, Malecki CK, Pyun Y, Aycocock C, Coyle S. A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*. 2016;142(10):1017. DOI:10.1037/bul0000058.
8. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2015;175:53-65. DOI:10.1016/j.jad.2014.12.049.
9. Almquist YB, Landstedt E, Hammarström A. Associations between social support and depressive symptoms: social causation or social selection—or both? *Eur J Pub Health*. 2016;27(1):84-9. DOI:10.1093/eurpub/ckw120.
10. Garipey G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallee A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry*. 2016;209(4):284-93. DOI:10.1192/bjp.bp.115.169094.
11. Chu PS, Saucier DA, Hafner E. Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2010;29(6):624-45. DOI:10.1521/jscp.2010.29.6.624.
12. Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Education*. 2010;110:152-68. DOI:10.1108/09654281011038831.
13. Folkhälsomyndigheten. Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985-2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018. [citerad 22 februari 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/v/varfor-har-den-psykiska-ohalsan-okat-bland-barn-och-unga-i-sverige/>.
14. Hartos JL, Power TG. Association Between Mother and Adolescent Reports for Assessing Relations Between Parent-Adolescent Communication and Adolescent Adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*. 2000;29(4):441-50. DOI:10.1023/A:1005158425861.
15. Riesch SK, Anderson LS, Krueger HA. Parent-child communication processes: preventing children's health-risk behavior. *Journal of specialists in pediatric nursing : JSPN*. 2006;11(1):41-56. DOI:10.1111/j.1744-6155.2006.00042.x.
16. Dambi JM, Corten L, Chiwaridzo M, Jack H, Mlambo T, Jelsma J. A systematic review of the psychometric properties of the cross-cultural translations and adaptations of the Multidimensional

- Perceived Social Support Scale (MSPSS). *Health and quality of life outcomes*. 2018;16(1):80. DOI:10.1186/s12955-018-0912-0.
17. Ekbäck M, Benzein E, Lindberg M, Årestedt K. The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) - a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health and quality of life outcomes*. 2013;11(1):168. DOI:10.1186/1477-7525-11-168.
 18. Bokhorst CL, Sumter SR, Westenberg PM. Social Support from Parents, Friends, Classmates, and Teachers in Children and Adolescents Aged 9 to 18 Years: Who Is Perceived as Most Supportive? *Social Development*. 2010;19(2):417-26. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2009.00540.x>.
 19. Hiltunen L. *Lagom perfekt: Erfarenheter av ohälsa bland unga tjejer och killar*: Arkiv förlag; 2017.
 20. Korkiamäki R. Rethinking Loneliness—A Qualitative Study about Adolescents' Experiences of Being an Outsider in Peer Group. *Open Journal of Depression*. 2014;3(4). DOI:10.4236/ojd.2014.34016.
 21. Wurm M, Anniko M, Tillfors M, Flink I, Boersma K. Musculoskeletal pain in early adolescence: A longitudinal examination of pain prevalence and the role of peer-related stress, worry, and gender. *Journal of psychosomatic research*. 2018;111:76-82. DOI:10.1016/j.jpsychores.2018.05.016.
 22. Lenzi M, Vieno A, Perkins DD, Pastore M, Santinello M, Mazzardis S. Perceived neighborhood social resources as determinants of prosocial behavior in early adolescence. *Am J Community Psychol*. 2012;50(1-2):37-49. DOI:10.1007/s10464-011-9470-x.
 23. Cavanaugh AM, Buehler C. Adolescent loneliness and social anxiety: The role of multiple sources of support. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2015;33(2):149-70. DOI:10.1177/0265407514567837.
 24. Espinoza G, Gillen-O'Neel C, Gonzales NA, Fuligni AJ. Friend affiliations and school adjustment among Mexican-American adolescents: the moderating role of peer and parent support. *J Youth Adolesc*. 2014;43(12):1969-81. DOI:10.1007/s10964-013-0023-5.
 25. Vitoroulis I, Schneider BH, Vasquez CC, de Toro MdPS, Gonzáles YS. Perceived Parental and Peer Support in Relation to Canadian, Cuban, and Spanish Adolescents' Valuing of Academics and Intrinsic Academic Motivation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2011;43(5):704-22. DOI:10.1177/0022022111405657.
 26. Gorrese A, redaktör *Peer attachment and youth internalizing problems: A meta-analysis*. *Child & Youth Care Forum*; 2016: Springer.
 27. Madsen KR, Holstein BE, Damsgaard MT, Rayce SB, Jespersen LN, Due P. Trends in social inequality in loneliness among adolescents 1991-2014. *J Public Health*. 2018. DOI:10.1093/pubmed/fdy133.
 28. Rokach A. Loneliness then and now: Reflections on social and emotional alienation in everyday life. *Current Psychology*. 2004;23(1):24-40. DOI:10.1007/s12144-004-1006-1.
 29. Weiss RS. *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA.: The MIT Press; 1973.
 30. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):238-49. DOI:10.1177/1745691615570616.
 31. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40(2):218-27. DOI:10.1007/s12160-010-9210-8.
 32. Ladd GW, Ettekal I. Peer-related loneliness across early to late adolescence: normative trends, intra-individual trajectories, and links with depressive symptoms. *Journal of Adolescence*,. 2013;36(6):1269-82. DOI:10.1016/j.adolescence.2013.05.004.
 33. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157-71. DOI:10.1016/j.puhe.2017.07.035.

34. Goosby BJ, Bellatorre A, Walsemann KM, Cheadle JE. Adolescent loneliness and health in early adulthood. *Sociological Inquiry*. 2013;83(4):505-36. DOI:10.1111/soin.12018.
35. Freeman JG, Samdal O, Băban A, Bancila D. The Relationship Between School Perceptions and Psychosomatic Complaints: Cross-Country Differences Across Canada, Norway, and Romania. *School Mental Health*. 2012;4(2):95-104. DOI:10.1007/s12310-011-9070-9.
36. Gådin KG, Hammarström A. Do changes in the psychosocial school environment influence pupils' health development? Results from a three-year follow-up study. *Scandinavian journal of public health*. 2003;31(3):169-77. DOI:10.1080/14034940210134121.
37. Liu Y, Lu Z. Students' perceptions of school social climate during high school transition and academic motivation: A Chinese sample. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2011;39:207-8. DOI:10.2224/sbp.2011.39.2.207.
38. Torsheim T, Wold B. School-Related Stress, School Support, and Somatic Complaints: A General Population Study. *Journal of Adolescent Research*. 2001;16(3):293-303. DOI:10.1177/0743558401163003.
39. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of adolescence*. 2001;24(6):701-13. DOI:10.1006/jado.2001.0440.
40. Samdal O, Nutbeam D, Wold B, Kannas L. Achieving health and educational goals through schools—a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health Education Research*. 1998;13(3):383-97. DOI:10.1093/her/13.3.383.
41. Hjern A, Alfven G, Ostberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2008;97(1):112-7. DOI:10.1111/j.1651-2227.2007.00585.x.
42. Kaplan DS, Liu RX, Kaplan HB. School related stress in early adolescence and academic performance three years later: the conditional influence of self expectations. *Social Psychology of Education*. 2005;8(1):3-17. DOI:10.1007/s11218-004-3129-5.
43. Modin B, Ostberg V, Toivanen S, Sundell K. Psychosocial working conditions, school sense of coherence and subjective health complaints. A multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. *Journal of adolescence*. 2011;34(1):129-39. DOI:10.1016/j.adolescence.2010.01.004.
44. Plenty S, Östberg V, Almquist YB, Augustine L, Modin B. Psychosocial working conditions: An analysis of emotional symptoms and conduct problems amongst adolescent students. *Journal of adolescence*. 2014;37(4):407-17. DOI:10.1016/j.adolescence.2014.03.008.
45. Rathmann K, Herke M, Heilmann K, Kinnunen JM, Rimpelä A, Hurrelmann K, et al. Perceived school climate, academic well-being and school-aged children's self-rated health: a mediator analysis. *European Journal of Public Health*. 2018;28(6):1012-8. DOI:10.1093/eurpub/cky089.
46. Aldridge JM, McChesney K. The relationships between school climate and adolescent mental health and wellbeing: A systematic literature review. *Int J Educ Res*. 2018;88:121-45. DOI:10.1016/j.jjer.2018.01.012.
47. Modin B, Östberg V. School climate and psychosomatic health: a multilevel analysis. *School Effectiveness and School Improvement*. 2009;20(4):433-55. DOI:10.1080/09243450903251507.
48. Danielsen A, Breivik K, Wold B. Do Perceived Academic Competence and School Satisfaction Mediate the Relationships Between Perceived Support Provided by Teachers and Classmates, and Academic Initiative? *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2011;55:379-401. DOI:10.1080/00313831.2011.587322.
49. Lew D, Xian H, Qian Z, Vaughn MG. Examining the relationships between life satisfaction and alcohol, tobacco and marijuana use among school-aged children. *J Public Health* 2019;41(2):346-53. DOI:10.1093/pubmed/fdy074.

50. Vogel M, Rees CE, McCuddy T, Carson DC. The highs that bind: school context, social status and marijuana use. *J Youth Adolesc.* 2015;44(5):1153-64. DOI:10.1007/s10964-015-0254-8.
51. Joyce HD, Early TJ. The Impact of School Connectedness and Teacher Support on Depressive Symptoms in Adolescents: A Multilevel Analysis. *Child Youth Serv Rev.* 2014;39:101-7. DOI:10.1016/j.chidyouth.2014.02.005.
52. Langille DB, Asbridge M, Cragg A, Rasic D. Associations of School Connectedness With Adolescent Suicidality: Gender Differences and the Role of Risk of Depression. *Can J Psychiatry.* 2015;60(6):258-67. DOI:10.1177/070674371506000604.
53. Delegationen för jämställdhet i skolan. Pojkars och flickors psykiska hälsa i skolan: en kunskapsöversikt. Rapport IX (SOU 2010:79). Stockholm: Fritzes.
54. Delegationen för jämställdhet i skolan. Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. Rapport X (SOU 2010:80). Stockholm: Fritzes.
55. García-Moya I, Brooks F, Morgan A, Moreno C. Subjective well-being in adolescence and teacher connectedness: A health asset analysis. *Health Education Journal.* 2014;74(6):641-54. DOI:10.1177/0017896914555039.
56. McCarty CA, Rhew IC, Murowchick E, McCauley E, Vander Stoep A. Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychol Addict Behav.* 2012;26(2):351-7. DOI:10.1037/a0025630.
57. Perra O, Fletcher A, Bonell C, Higgins K, McCrystal P. School-related predictors of smoking, drinking and drug use: evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of adolescence.* 2012;35(2):315-24. DOI:10.1016/j.adolescence.2011.08.009.
58. Malecki CK, Demaray MK. What Type of Support Do They Need? Investigating Student Adjustment as Related to Emotional, Informational, Appraisal, and Instrumental Support. *School Psychology Quarterly.* 2003;18(3):231-52. DOI:10.1521/scpq.18.3.231.22576.
59. Tennant JE, Demaray MK, Malecki CK, Terry MN, Clary M, Elzinga N. Students' ratings of teacher support and academic and social-emotional well-being. *School psychology quarterly : the official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association.* 2015;30(4):494-512. DOI:10.1037/spq0000106.
60. García-Moya I, Rivera F, Moreno C. School context and health in adolescence: the role of sense of coherence. *Scandinavian journal of psychology.* 2013;54(3):243-9. DOI:10.1111/sjop.12041.
61. Wang J, Iannotti RJ, Luk JW. Peer victimization and academic adjustment among early adolescents: moderation by gender and mediation by perceived classmate support. *J Sch Health.* 2011;81(7):386-92. DOI:10.1111/j.1746-1561.2011.00606.x.
62. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American psychologist.* 2001;56(3):227-38. DOI:10.1037//0003-066x.56.3.227.
63. García-Moya I, Brooks F, Moreno C. A new measure for the assessment of student-teacher connectedness in adolescence. *European Journal of Psychological Assessment.* 2021;37:357-67. DOI:10.1027/1015-5759/a000621.
64. Torsheim T, Aaroe LE, Wold B. School-related stress, social support, and distress: prospective analysis of reciprocal and multilevel relationships. *Scandinavian journal of psychology.* 2003;44(2):153-9. DOI:10.1111/1467-9450.00333.
65. Byrne DG, Davenport SC, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: the development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of adolescence.* 2007;30(3):393-416. DOI:10.1016/j.adolescence.2006.04.004.
66. Anniko MK, Boersma K, van Wijk NPL, Byrne D, Tillfors M. Development of a Shortened Version of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-S): construct validity and sex invariance in a large sample of Swedish adolescents. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol.* 2018;6(1):4-15. DOI:10.21307/sjcapp-2018-001.

67. Darviri C, Legaki PE, Chatzioannidou P, Gnardellis C, Kraniotou C, Tigani X, et al. Adolescent Stress Questionnaire: reliability and validity of the Greek version and its description in a sample of high school (lyceum) students. *Journal of adolescence*. 2014;37(8):1373-7. DOI:10.1016/j.adolescence.2014.10.003.
68. De Vriendt T, Clays E, Moreno LA, Bergman P, Vicente-Rodriguez G, Nagy E, et al. Reliability and validity of the Adolescent Stress Questionnaire in a sample of European adolescents - the HELENA study. *BMC public health*. 2011;11(1):717. DOI:10.1186/1471-2458-11-717.
69. Craig W, Boniel-Nissim M, King N, Walsh SD, Boer M, Donnelly PD, et al. Social Media Use and Cyber-Bullying: A Cross-National Analysis of Young People in 42 Countries. *Journal of Adolescent Health*. 2020;66(6, Supplement):S100-S8. DOI:10.1016/j.jadohealth.2020.03.006.
70. Olweus D. Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*. 1997;12:495-510. DOI:10.1007/BF03172807.
71. Olweus D. *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Oxford, UK.: Wiley-Blackwell; 1993.
72. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27-41. DOI:10.1037//1076-8998.1.1.27.
73. Solberg ME, Olweus D, Endresen IM. Bullies and victims at school: are they the same pupils? *Br J Educ Psychol*. 2007;77(Pt 2):441-64. DOI:10.1348/000709906x105689.
74. Bjereld Y, Daneback K, Gunnarsdóttir H, Petzold M. Mental health problems and social resource factors among bullied children in the Nordic countries: a population based cross-sectional study. *Child psychiatry and human development*. 2015;46(2):281-8. DOI:10.1007/s10578-014-0468-0.
75. Brolin Läftman S, Alm S, Sandahl J, Modin B. Future orientation among students exposed to school bullying and cyberbullying victimization. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(4):605. DOI:10.3390/ijerph15040605.
76. Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World J psychiatry*. 2017;7(1):60. DOI:10.5498/wjp.v7.i1.60.
77. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood*. 2015;100(9):879-85. DOI:10.1136/archdischild-2014-306667.
78. Skolverket. PISA 2015: Så mår svenska 15-åringar i skolan. Skolverket; 2017. [citerad 4 maj 2023]. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationsserier/fokus-pa/2017/pisa-2015-sa-mar-svenska-15-aringar-i-skolan>.
79. Inchley J CC, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
80. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2022. Internetstiftelsen; 2022. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2022/10/internetstiftelsen-svenskarna-och-internet-2022.pdf>.
81. Dienlin T, Johannes N. The impact of digital technology use on adolescent well-being. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2020;22(2):135-42. DOI:10.31887/DCNS.2020.22.2/dienlin.
82. Przybylski AK, Weinstein N. A Large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis: Quantifying the Relations Between Digital-Screen Use and the Mental Well-Being of Adolescents. *Psychological Science*. 2017;28(2):204-15. DOI:10.1177/0956797616678438.
83. Odgers CL, Jensen MR. Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(3):336-48. DOI:10.1111/jcpp.13190.

84. Yin X-Q, de Vries DA, Gentile DA, Wang J-L. Cultural Background and Measurement of Usage Moderate the Association Between Social Networking Sites (SNSs) Usage and Mental Health: A Meta-Analysis. *Social Science Computer Review*. 2018;37(5):631-48. DOI:10.1177/0894439318784908.
85. van den Eijnden RJJM, Lemmens JS, Valkenburg PM. The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*. 2016;61:478-87. DOI:10.1016/j.chb.2016.03.038.
86. Best P, Manktelow R, Taylor B. Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Children and Youth Services Review*. 2014;41:27-36. DOI:10.1016/j.childyouth.2014.03.001.
87. Schoffstall CL, Cohen R. Cyber Aggression: The Relation between Online Offenders and Offline Social Competence. *Social Development*. 2011;20(3):587-604. DOI:10.1111/j.1467-9507.2011.00609.x.
88. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(4):376-85. DOI:10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x.
89. John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, et al. Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: systematic review. *J Med Internet Res* 2018;20(4). DOI:10.2196/jmir.9044.
90. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet (London, England)*. 2012;379(9826):1630-40. DOI:10.1016/s0140-6736(12)60072-5.
91. Chaput J-P, Willumsen J, Bull F, Chou R, Ekelund U, Firth J, et al. 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: summary of the evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2020;17(1):141. DOI:10.1186/s12966-020-01037-z.
92. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. [citerad 21 april 2023]. Hämtad från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.
93. Folkhälsomyndigheten. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande - Kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2021. [citerad 21 april 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/106a679e1f6047eca88262bfdcbeb145/riktlinjer-fysisk-aktivitet-stillasittande.pdf>.
94. Nyberg G. Få unga rör sig tillräckligt. I: Dartsch JRN, Pihlblad J, redaktörer. De aktiva och de inaktiva Om ungas rörelse i skola och på fritid. 2: Centrum för idrottsforskning; 2017. s. 27-42.
95. Folkhälsomyndigheten. Barns och ungas rörelsemönster – Resultat från objektivt uppmätt fysisk aktivitet, Skolbarns hälsovanor 2017/2018. Folkhälsomyndigheten; 2019. [citerad 4 maj 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/b/barns-och-ungas-rorelsemonster/>.
96. U S Department of Agriculture. Dietary Patterns and Growth, Size, Body Composition, and/or Risk of Overweight or Obesity: A Systematic Review. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Center for Nutrition Policy and Promotion; 2020. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://nrsr.usda.gov/2020-dietary-guidelines-advisory-committee-systematic-reviews/dietary-patterns-subcommittee/dietary-patterns-growth-size-body-composition-obesity>.
97. U S Department of Agriculture. Dietary Patterns and Risk of Cardiovascular Disease: A Systematic Review. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Center for Nutrition Policy and Promotion; 2020. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://nrsr.usda.gov/2020-dietary-guidelines-advisory-committee-systematic-reviews/dietary-patterns-subcommittee/dietary-patterns-cardiovascular-disease>.

98. U S Department of Agriculture. Dietary Patterns and Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Center for Nutrition Policy and Promotion; 2020. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://nestr.usda.gov/2020-dietary-guidelines-advisory-committee-systematic-reviews/dietary-patterns-subcommittee/dietary-patterns-type-2-diabetes>.
99. U S Department of Agriculture. Dietary Patterns and Breast, Colorectal, Lung, and Prostate Cancer: A Systematic Review. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Center for Nutrition Policy and Promotion; 2020. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://nestr.usda.gov/2020-dietary-guidelines-advisory-committee-systematic-reviews/dietary-patterns-subcommittee/dietary-patterns-cancer>.
100. Craigie AM, Lake AA, Kelly SA, Adamson AJ, Mathers JC. Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas*. 2011;70(3):266-84. DOI:10.1016/j.maturitas.2011.08.005.
101. Lien N, Lytle LA, Klepp KI. Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21. *Preventive medicine*. 2001;33(3):217-26. DOI:10.1006/pmed.2001.0874.
102. Takagi H, Hari Y, Nakashima K, Kuno T, Ando T. Meta-Analysis of Relation of Skipping Breakfast With Heart Disease. *Am J Cardiol*. 2019;124(6):978-86. DOI:10.1016/j.amjcard.2019.06.016.
103. Bi H, Gan Y, Yang C, Chen Y, Tong X, Lu Z. Breakfast skipping and the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutr*. 2015;18(16):3013-9. DOI:10.1017/s1368980015000257.
104. Hall KD, Ayuketah A, Brychta R, Cai H, Cassimatis T, Chen KY, et al. Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metab*. 2019;30(1):67-77.e3. DOI:10.1016/j.cmet.2019.05.008.
105. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization; 2014. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>.
106. Organization WH. Young people and alcohol : a resource book. . WHO Regional Office for the Western Pacific; 2015. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208202>.
107. Busch V, Loyer A, Lodder M, Schrijvers AJ, van Yperen TA, de Leeuw JR. The effects of adolescent health-related behavior on academic performance: a systematic review of the longitudinal evidence. *Review of Educational Research*. 2014;84(2):245-74. DOI:10.3102/003465431351844.
108. Carbia C, López-Caneda E, Corral M, Cadaveira F. A systematic review of neuropsychological studies involving young binge drinkers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018;90. DOI:10.1016/j.neubiorev.2018.04.013.
109. Lavikainen H, Salmi V, Aaltonen M, Lintonen T. Alcohol-related harms and risk behaviours among adolescents: Does drinking style matter. *Journal of Substance Use*. 2011;16(3):243-55. DOI:10.3109/14659891.2010.499492.
110. McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS medicine*. 2011;8(2):e1000413. DOI:10.1371/journal.pmed.1000413.
111. Waller R, Murray L, Shaw DS, Forbes EE, Hyde LW. Accelerated alcohol use across adolescence predicts early adult symptoms of alcohol use disorder via reward-related neural function. *Psychological medicine*. 2019;49(4):675-84. DOI:10.1017/s003329171800137x.
112. The Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Sweden. Both sexes, 15-19 years, 2019. [citerad 28 april 2023]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>.
113. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a

- systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* (London, England). 2016;387(10036):2383-401. DOI:10.1016/s0140-6736(16)00648-6.
114. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2021;397(10292):2337-60. DOI:10.1016/S0140-6736(21)01169-7.
 115. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S Department of Health and Human Services; 2014. [citerad 17 september 2018]. Hämtad från: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf.
 116. The Institute for Health Metrics and Evaluation. *Country Profiles - Sweden 2019*. The Institute for Health Metrics and Evaluation 2022 [citerad 28 april 2023]. Hämtad från: Hämtad från: www.healthdata.org/sweden.
 117. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England). 2020;396(10258):1223-49. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
 118. Waziry R, Jawad M, Ballout RA, Al Akel M, Akl EA. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: an updated systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2016;46(1):32-43. DOI:10.1093/ije/dyw021.
 119. Folkehelseinstituttet. *Helserisiko ved snusbruk - versjon 2*. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.fhi.no/publ/2019/helserisiko-ved-snusbruk2/>.
 120. Folkehelseinstituttet. *Helserisiko ved bruk av e-sigaretter*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitut; 2015. [citerad 5 maj 2023]. Hämtad från: <https://www.fhi.no/publ/2015/helserisiko-ved-bruk-av-e-sigarette/>.
 121. Folkhälsomyndigheten. *Hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2017. [citerad 22 februari 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/halsomassiga-och-sociala-effekter-av-cannabisbruk/>.
 122. Blaxter M. *Health*: Wiley; 2010.
 123. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *Eur J Public Health*. 2009;19(1):73-8. DOI:ckn111 [pii].
 124. Saab H, Klinger D. School differences in adolescent health and wellbeing: findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Social science & medicine* (1982). 2010;70(6):850-8. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.11.012.
 125. WHO Regional office for Europe. *Body mass index - BMI*. 2020 [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>.
 126. Marcus C, Danielsson P, Hagman E. Pediatric obesity—Long-term consequences and effect of weight loss. *Journal of Internal Medicine*. 2022;292(6):870-91. DOI:10.1111/joim.13547.
 127. WHO Regional Office for Europe. *WHO European Regional Obesity Report 2022*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>.
 128. Sares-Jäske L, Grönqvist A, Mäki P, Tolonen H, Laatikainen T. Family socioeconomic status and childhood adiposity in Europe - A scoping review. *Preventive medicine*. 2022;160:107095. DOI:10.1016/j.yjmed.2022.107095.
 129. Folkhälsomyndigheten. *Att mäta övervikt och fetma bland barn*. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2020. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-mata-overvikt-och-fetma-bland-barn/>.

130. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006 [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>.
131. Tardi R, Njelesani J. Disability and the post-2015 development agenda. *Disabil Rehabil*. 2015;37(16):1496-500. DOI:10.3109/09638288.2014.972589.
132. Pinquart M. Systematic Review: Bullying Involvement of Children With and Without Chronic Physical Illness and/or Physical/Sensory Disability-a Meta-Analytic Comparison With Healthy/Nondisabled Peers. *J Pediatr Psychol*. 2017;42(3):245-59. DOI:10.1093/jpepsy/jsw081.
133. Sentenac M, Gavin A, Gabhainn SN, Molcho M, Due P, Ravens-Sieberer U, et al. Peer victimization and subjective health among students reporting disability or chronic illness in 11 Western countries. *Eur J Public Health*. 2013;23(3):421-6. DOI:10.1093/eurpub/cks073.
134. Statens folkhälsoinstitut. Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012.
135. Augustine L, Bjereld Y, Turner R. The Role of Disability in the Relationship Between Mental Health and Bullying: A Focused, Systematic Review of Longitudinal Studies. *Child Psychiatry & Human Development*. 2022. DOI:10.1007/s10578-022-01457-x.
136. Statens folkhälsoinstitut. Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsättning. Den nationella kartläggningen av barns och ungas psykiska hälsa år 2009. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
137. Olsson A, Hasselgren M, Hagquist C, Janson S. The association between medical conditions and gender, well-being, psychosomatic complaints as well as school adaptability. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2013;102(5):550-5. DOI:10.1111/apa.12174.
138. Inchley J, Currie D, Piper A, Jästad A, Cosma A, Nic Gabhainn S, et al. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology, mandatory questions and optional packages for the 2021/22 survey. MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, The University of Glasgow; 2021.
139. Räisänen AM, Kokko S, Pasanen K, Leppänen M, Rimpelä A, Villberg J, et al. Prevalence of adolescent physical activity-related injuries in sports, leisure time, and school: the National Physical Activity Behaviour Study for children and Adolescents. *BMC Musculoskelet Disord*. 2018;19(1):58. DOI:10.1186/s12891-018-1969-y.
140. de Looze M, Pickett W, Raaijmakers Q, Kuntsche E, Hublet A, Nic Gabhainn S, et al. Early Risk Behaviors and Adolescent Injury in 25 European and North American Countries: A Cross-National Consistent Relationship. *The Journal of Early Adolescence*. 2011;32(1):104-25. DOI:10.1177/0272431611414062.
141. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/>.
142. Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) - En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. [citerad 22 februari 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/n/nationell-strategi-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr/>.
143. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för alla – Sammanfattning av Guttmacher-Lancet-kommissionens slutrapport. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018. [citerad 22 februari 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-for-alla/>.
144. Boislard MA, van de Bongardt D, Blais M. Sexuality (and Lack Thereof) in Adolescence and Early Adulthood: A Review of the Literature. *Behav Sci* 2016;6(1). DOI:10.3390/bs6010008.

145. Regeringens proposition 2017/18: 249. God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Regeringen. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249>.
146. Magnusson C, Trost K. Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood? *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2006;27(4):237-44. DOI:10.1080/01674820600869006.
147. Heywood W, Patrick K, Smith AM, Pitts MK. Associations between early first sexual intercourse and later sexual and reproductive outcomes: a systematic review of population-based data. *Archives of sexual behavior*. 2015;44(3):531-69. DOI:10.1007/s10508-014-0374-3.
148. Makenzius M, Larsson M. Early onset of sexual intercourse is an indicator for hazardous lifestyle and problematic life situation. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2013;27(1):20-6. DOI:10.1111/j.1471-6712.2012.00989.x.
149. Kågesten A, Blum RW. Characteristics of Youth Who Report Early Sexual Experiences in Sweden. *Archives of sexual behavior*. 2015;44(3):679-94. DOI:10.1007/s10508-015-0499-z.
150. Guleria S, Juul KE, Munk C, Hansen BT, Arnheim-Dahlstrom L, Liaw KL, et al. Contraceptive non-use and emergency contraceptive use at first sexual intercourse among nearly 12 000 Scandinavian women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2017;96(3):286-94. DOI:10.1111/aogs.13088.
151. Hammarström S, Alehagen S, Kilander H. Violence and sexual risk taking reported by young people at Swedish youth clinics. *Ups J Med Sci*. 2022;127. DOI:10.48101/ujms.v127.7823.
152. Kastbom AA, Sydsjö G, Bladh M, Priebe G, Svedin CG. Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2015;104(1):91-100. DOI:10.1111/apa.12803.
153. Sprecher S, O'Sullivan LF, Drouin M, Verette-Lindenbaum J, Willetts MC. The Significance of Sexual Debut in Women's Lives. *Current Sexual Health Reports*. 2019;11(4):265-73. DOI:10.1007/s11930-019-00228-5.
154. Palmer MJ, Clarke L, Ploubidis GB, Mercer CH, Gibson LJ, Johnson AM, et al. Is "Sexual Competence" at First Heterosexual Intercourse Associated With Subsequent Sexual Health Status? *J Sex Res*. 2017;54(1):91-104. DOI:10.1080/00224499.2015.1134424.
155. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige – UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2017. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-i-sverige-ungkab15-en-studie-om-kunskap-attityder-och-beteende-bland-unga-1629-ar/>.
156. Tsevat DG, Wiesenfeld HC, Parks C, Peipert JF. Sexually transmitted diseases and infertility. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017;216(1):1-9. DOI:10.1016/j.ajog.2016.08.008.
157. Gimenes F, Souza RP, Bento JC, Teixeira JJ, Maria-Engler SS, Bonini MG, et al. Male infertility: a public health issue caused by sexually transmitted pathogens. *Nature reviews Urology*. 2014;11(12):672-87. DOI:10.1038/nrurol.2014.285.
158. FN:s kommitté för barnets rättigheter. Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24) 2013.
159. The Lancet Commissions. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet* (391):2642–92. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9).
160. Folkhälsomyndigheten. Ungdomar och sexualitet 2014/15 - I samarbete med Ungdomsbarometern. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/hiv-sti-prevention/preventionsgrupper/ungdomsbarometern-2014.pdf>.

161. Skolverket. Ändrade läroplaner och kursplaner hösten 2022. 2022 [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/undervisning/grundskolan/aktuella-forandringar-pa-grundskoleniva/andrade-laroplaner-och-kursplaner-hosten-2022>.
162. Skolinspektionen. Sex- och samlevnadsundervisning. Skolinspektionen; 2018. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.skolinspektionen.se/globalassets/02-beslut-rapporter-stat/granskningsrapporter/tkg/2018/sex-och-samlevnad/sex-och-samlevnadsundervisning-rapport-feb-2018.pdf>.
163. Dalman C, Bremberg S. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. En kunskapsöversikt. . Stockholm: FORTE; 2015.
164. Westerhof GJ, Corey LMK. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev.* 2010;17(2):110-9. DOI:10.1007/s10804-009-9082-y.
165. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Regioner SKo. Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 2020. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2020. [citerad 22 februari 2023]. Hämtad från: https://skr.se/download/18.1c90461a17cda637a4363ded/1636721711698/PM_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.pdf.
166. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books; 1958.
167. Barry MM. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion.* 2009;11(3):4-17. DOI:10.1080/14623730.2009.9721788.
168. Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *The American psychologist.* 2000;55(1):34-43. DOI:10.1037/0003-066x.55.1.34.
169. Deci EL, Ryan R. Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies.* 2008;8(1):1-11. DOI:10.1007/s10902-006-9018-1.
170. Diener E, Oishi S, Tay L. Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour.* 2018;2(4):253-60. DOI:10.1038/s41562-018-0307-6.
171. Mazur J, Szkultecka-Dębek M, Dzielska A, Drozd M, Małkowska-Szkutnik A. What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Archives of medical science : AMS.* 2018;14(1):182-9. DOI:10.5114/aoms.2016.60718.
172. Calmeiro L, Camacho I, de Matos MG. Life Satisfaction in Adolescents: The Role of Individual and Social Health Assets. *The Spanish journal of psychology.* 2018;21:E23. DOI:10.1017/sjp.2018.24.
173. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics.* 2014;83(1):10-28. DOI:10.1159/000353263.
174. Keyes C. Mental Health in Adolescence: Is America's Youth Flourishing. *American Journal of Orthopsychiatry.* 2006;76(3):395 - 402. DOI:10.1037/0002-9432.76.3.395.
175. Cantril H. The pattern of human concerns: Rutgers University Press; 1965.
176. Levin K, Currie C. Reliability and validity of an adapted version of the Cantril Ladder for use with adolescent samples. *Social Indicators Research.* 2014;119(2):1047-63. DOI:10.1007/s11205-013-0507-4.
177. Cosma A, Stevens G, Martin G, Duinhof EL, Walsh SD, Garcia-Moya I, et al. Cross-National Time Trends in Adolescent Mental Well-Being From 2002 to 2018 and the Explanatory Role of Schoolwork Pressure. *Journal of Adolescent Health.* 2020;66(6, Supplement):S50-S8. DOI:10.1016/j.jadohealth.2020.02.010.
178. Tennant R. The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and quality of life outcomes.* 2007;5. DOI:10.1186/1477-7525-5-63.
179. Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, Platt S, Parkinson J, Weich S. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from

- the Scottish Health Education Population Survey. Health and quality of life outcomes. 2009;7. DOI:10.1186/1477-7525-7-15.
180. Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A, et al. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. BMC public health. 2011;11:487. DOI:10.1186/1471-2458-11-487.
 181. Ringdal R, Bradley Eilertsen ME, Bjornsen HN, Espnes GA, Moksnes UK. Validation of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale among Norwegian adolescents. Scandinavian journal of public health. 2017;1403494817735391. DOI:10.1177/1403494817735391.
 182. Melendez-Torres GJ, Hewitt G, Hallingberg B, Anthony R, Collishaw S, Hall J, et al. Measurement invariance properties and external construct validity of the short Warwick-Edinburgh mental wellbeing scale in a large national sample of secondary school students in Wales. Health and quality of life outcomes. 2019;17(1):139. DOI:10.1186/s12955-019-1204-z.
 183. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image, Rev. Middletown, CT, England: Wesleyan University Press; 1989.
 184. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Feeman; 1997.
 185. Bandura A. Toward a Psychology of Human Agency: Pathways and Reflections. Perspectives on Psychological Science. 2018;13(2):130-6. DOI:10.1177/1745691617699280.
 186. Whyte HEA, Findlay SM, Canadian Paediatric S, Adolescent Health C. Dieting in adolescence. Paediatrics & Child Health. 2004;9(7):487-91. DOI:10.1093/pch/9.7.487.
 187. Markey C. Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. J Youth Adolesc. 2010;39(12):1387-91. DOI:10.1007/s10964-010-9510-0.
 188. Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. Body image. 2013;10(1):1-7. DOI:10.1016/j.bodyim.2012.09.001.
 189. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Paxton SJ. Five-year change in body satisfaction among adolescents. Journal of psychosomatic research. 2006;61(4):521-7. DOI:10.1016/j.jpsychores.2006.05.007.
 190. Gestsdottir S, Svansdottir E, Sigurdsson H, Arnarsson A, Ommundsen Y, Arngrimsson S, et al. Different factors associate with body image in adolescence than in emerging adulthood: A gender comparison in a follow-up study. Health Psychology Report. 2017;6(1):81-93. DOI:10.5114/hpr.2018.71201.
 191. Ojala K, Vereecken C, Välimaa R, Currie C, Villberg J, Tynjälä J, et al. Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2007;4(1):50. DOI:10.1186/1479-5868-4-50.
 192. Patton G, Selzer R, Coffey C, Carlin J, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ. 1999;318(7186):765-8. DOI:10.1136/bmj.318.7186.765.
 193. Field AE, Austin SB, Taylor CB, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR, et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. Pediatrics. 2003;112(4):900-6. DOI:10.1542/peds.112.4.900.
 194. Stice E, Cameron RP, Killen JD, Hayward C, Taylor CB. Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. Journal of consulting and clinical psychology. 1999;67(6):967-74. DOI:10.1037//0022-006x.67.6.967.
 195. Berg C, Larsson C. Dieting, body weight concerns and health: trends and associations in Swedish schoolchildren. BMC public health. 2020;20(1):187. DOI:10.1186/s12889-020-8295-7.
 196. Corell M, Friberg P, Löfstedt P, Petzold M, Chen Y. Subjective health complaints in early adolescence reflect stress: A study among adolescents in Western Sweden. Scandinavian journal of public health. 2021;50(4):516-23. DOI:10.1177/14034948211008555.

197. Lazarus RS, S F. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
198. Ottova V, Erhart M, Vollebergh W, Kökönyei G, Morgan A, Gobina I, et al. The Role of Individual- and Macro-Level Social Determinants on Young Adolescents' Psychosomatic Complaints. *The Journal of Early Adolescence*. 2012;32(1):126-58. DOI:10.1177/0272431611419510.
199. Svedberg P, Eriksson M, Boman E. Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. *Health and quality of life outcomes*. 2013;11:176. DOI:10.1186/1477-7525-11-176.
200. Potrebny T, Wiium N, Lundegård MM. Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980-2016: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2017;12(11):e0188374. DOI:10.1371/journal.pone.0188374.
201. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Valimaa R, Danielson M, Overpeck M. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social science & medicine* (1982). 2006;62(4):815-27. DOI:10.1016/j.socscimed.2005.06.047.
202. Ottová-Jordan V, Smith ORF, Augustine L, Gobina I, Rathmann K, Torsheim T, et al. Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *European Journal of Public Health*. 2015;25(suppl_2):83-9. DOI:10.1093/eurpub/ckv033.
203. Holstein BE, Currie C, Boyce W, Damsgaard MT, Gobina I, Kokonyei G, et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *Int J Public Health*. 2009;54 Suppl 2:260-70. DOI:10.1007/s00038-009-5418-4.
204. Dierckens M, Weinberg D, Huang Y, Elgar F, Moor I, Augustine L, et al. National-Level Wealth Inequality and Socioeconomic Inequality in Adolescent Mental Well-Being: A Time Series Analysis of 17 Countries. *Journal of Adolescent Health*. 2020;66(6, Supplement):S21-S8. DOI:10.1016/j.jadohealth.2020.03.009.
205. Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I, De Clercq B, Stevens GW, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet (London, England)*. 2015;385(9982):2088-95. DOI:10.1016/s0140-6736(14)61460-4.
206. Rathmann K, Ottova V, Hurrelmann K, de Looze M, Levin K, Molcho M, et al. Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: a multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas*. 2015;80(4):414-20. DOI:10.1016/j.maturitas.2015.01.008.
207. Currie C, Morgan A. A bio-ecological framing of evidence on the determinants of adolescent mental health - A scoping review of the international Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study 1983-2020. *SSM Popul Health*. 2020;12:100697. DOI:10.1016/j.ssmph.2020.100697.
208. Gustafsson J-E, Allodi Westling M, Alin Åkerman B, Eriksson C, Eriksson L, Fischbein S, et al. School, Learning and Mental Health A systematic review *Kungliga vetenskapsakademien*; 2010.
209. Eriksson U, Sellström E. School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: a multilevel study. *Scandinavian journal of public health*. 2010;38(4):344-50. DOI:10.1177/1403494810364683.
210. Högberg B. Educational stressors and secular trends in school stress and mental health problems in adolescents. *Social Science & Medicine*. 2021;270:113616. DOI:10.1016/j.socscimed.2020.113616.
211. Heinz A, Sischa PE, Catunda C, Cosma A, García-Moya I, Lyyra N, et al. Item response theory and differential test functioning analysis of the HBSC-Symptom-Checklist across 46 countries. *BMC Medical Research Methodology*. 2022;22(1):253. DOI:10.1186/s12874-022-01698-3.
212. Gobina I, Villberg J, Villerusa A, Välimaa R, Tynjälä J, Ottova-Jordan V, et al. Self-reported recurrent pain and medicine use behaviours among 15-year olds: results from the international study. *Eur J Pain*. 2015;19(1):77-84. DOI:10.1002/ejp.524.

213. Due P, Hansen EH, Merlo J, Andersen A, Holstein BE. Is victimization from bullying associated with medicine use among adolescents? A nationally representative cross-sectional survey in Denmark. *Pediatrics*. 2007;120(1):110-7. DOI:10.1542/peds.2006-1481.
214. Holstein BE, Denbæk AM, Andersen A, Due P. Persistent social inequality in medicine use for headache among adolescents in Denmark 1991-2014. *Res Social Adm Pharm*. 2019;15(4):465-8. DOI:10.1016/j.sapharm.2018.05.007.
215. Lyyra N, Junttila N, Tynjälä J, Villberg J, Välimaa R. Loneliness, subjective health complaints, and medicine use among Finnish adolescents 2006-2018. *Scandinavian journal of public health*. 2022;50(8):1097-104. DOI:10.1177/14034948221117970.
216. Canale N, Vieno A, Billieux J, Lazzeri G, Lemma P, Santinello M. Is Medicine Use for Nervousness Associated with Adolescent At-Risk or Problem Gambling? *Eur Addict Res*. 2017;23(4):171-6. DOI:10.1159/000479001.
217. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96.
218. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. CAN:s nationella skolundersökning 2022 Ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. CAN; 2022. [citerad 28 april 2023]. Hämtad från: <https://www.can.se/publikationer/cans-nationella-skolundersokning-2022/>.
219. Folkhälsomyndigheten. Hur hänger olika skolfaktorer samman med ungdomars hälsa och välbefinnande i Sverige? – Analyser på data från Skolbarns hälsovanor. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0f6b6441f9a346c5ba3711923780cbda/hur-hanger-olika-skolfaktorer-samman-ungdomars-halsa-valbefinnande-sverige.pdf>.
220. Folkhälsomyndigheten. Hur ser ungdomar på snus? – Erfarenheter och insikter från ungdomar om snus och snusanvändning. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 18 april 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/hur-ser-ungdomar-pa-snus-erfarenheter-och-insikter-fran-ungdomar-om-snus-och-snusanvandning/?pub=110349>.
221. Statistiska centralbyrån. Skolbarns hälsovanor 2021-2022 Teknisk rapport - En beskrivning av genomförande och metoder. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2022.

Bilaga 1 Enkäten

Skolbarns hälsovanor

Undrar du över något? Kontakta oss gärna!

Frågor om att lämna uppgifter

SCB:s uppgiftslämnarservice
010-479 69 30
enkat@scb.se
SCB, D/INS/IH, 701 89 Örebro
www.scb.se

Frågor om undersökningen

Folkhälsomyndigheten, Petra Löfstedt
010-205 29 11
petra.lofstedt@
folkhalsomyndigheten.se
171 82 Solna
www.folkhalsomyndigheten.se

SCB beskriver Sverige

Statistikmyndigheten SCB förser
samhället med statistik för besluts-
fattande, debatt och forskning. Vi gör
det på uppdrag av regeringen, myndig-
heter, forskare och näringsliv. Vår
statistik bidrar till en faktabaserad
sammhällsdebatt och väl underbyggda
beslut.

Hej, med det här brevet vill Folkhälsomyndigheten och statistikmyndigheten SCB bjuda in dig att vara med i en undersökning om barns och ungas hälsa, livsvillkor och levnadsvanor.

Studien är ett internationellt samarbete som leds av Världshälsoorganisationen (WHO) och genomförs i sammanlagt 50 länder i Europa och Nordamerika bland elever i årskurs 5, 7 och 9.

Undersökningen genomförs av SCB på uppdrag av Folkhälsomyndigheten.

Dina svar är viktiga

Det är frivilligt att delta i undersökningen, men vi hoppas att du vill vara med eftersom dina svar är mycket betydelsefulla. Dina svar hjälper våra politiker att förstå hur du och andra unga i Sverige mår. Det gör att de kan fatta bättre beslut som påverkar dig.

Din klass är en av 1 100 klasser i årskurs 9 som blivit slumpmässigt utvald att delta i undersökningen.

Så här gör du

Svaren är anonyma, skriv inte ditt namn på enkäten.

Är det svårt att välja ett svar? Ta det som känns bäst. Du måste inte svara på alla frågor.

När du är färdig stoppar du enkäten i kuvertet och klistrar igen det. Enkäterna skickas sedan till SCB och ingen annan kan se vad du svarat.

Stort tack på förhand för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Joakim Stymne
Generaldirektör
SCB

Karin Tegmark Wisell
Generaldirektör
Folkhälsomyndigheten

Vem använder svaren och hur?

När svaren har samlats in kompletterar SCB dina svar med uppgift om skolans län.

SCB bearbetar uppgifterna och tar bort uppgifter om vilken skola de kommer från. Därefter överlämnas uppgifterna till Folkhälsomyndigheten för fortsatt bearbetning och analys.

Förutom vid Folkhälsomyndigheten kan uppgifter som hör till undersökningen komma att användas av WHO och forskare.

För att kunna förbättra undersökningarna sparar SCB vissa data om uppgiftslämnandet, exempelvis om undersökningen besvarats via pappers- eller webbenkät och när den besvarats.

Dina svar sparas på SCB i 24 månader men kopplingen till skolan tas bort tre månader efter uppdragets slutförande.

Hur skyddas mina svar?

Det kommer inte att framgå vad någon enskild elev har svarat när undersökningens resultat redovisas. I datafilen kommer det inte heller att framgå vilken skola svaren kommer ifrån.

Uppgifter om enskildas personliga och ekonomiska förhållanden skyddas av sekretess hos SCB och alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt. Sekretessen gäller enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Samma sekretesskydd gäller hos Folkhälsomyndigheten.

Hur behandlas personuppgifterna?

SCB är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som SCB utför.

Folkhälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som Folkhälsomyndigheten utför.

Dina personuppgifter kommer att behandlas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, lagen (2001:99) och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken och övrig gällande lagstiftning.

SCB:s och Folkhälsomyndighetens rättsliga grund för att behandla dina personuppgifter är att behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (att framställa statistik).

Mer information om SCB:s och Folkhälsomyndighetens behandling av personuppgifter hittar du på www.scb.se/personuppgifter och www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/om-webbplatsen/behandling-av-personuppgifter/.

Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten.

Har du frågor om personuppgifter?

Kontakta dataskyddsombuden:
SCB: 010-479 40 00, dataskyddsombud@scb.se,
701 89 Örebro


Folkhälsomyndigheten: 010-205 20 00,
dataskyddsombud@folkhalsomyndigheten.se,
171 82 Solna

Var publiceras resultaten?

Resultaten kommer att publiceras våren 2023 på Folkhälsomyndighetens webbplats, www.folkhalsomyndigheten.se

Frågeblanketten läses maskinellt. Vi ber dig därför att:

- Använda bläck- eller blyertspenna
- Skriva tydliga siffror, så här:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Markera dina svar med kryss, så här:
- Om du svarat fel täck hela rutan med det felaktiga krysset, så här: 

Bakgrundsfrågor

1. Är du en flicka eller pojke?

- Flicka
 Pojke
 Annat

2. Vilken månad är du född?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januari | <input type="checkbox"/> Juli |
| <input type="checkbox"/> Februari | <input type="checkbox"/> Augusti |
| <input type="checkbox"/> Mars | <input type="checkbox"/> September |
| <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> Oktober |
| <input type="checkbox"/> Maj | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> December |

3. Vilket år är du född?

- 2004
 2005
 2006
 2007

4. I vilket land är...

Sätt ett kryss per rad.

	I Sverige	I Norge, Finland, Danmark eller på Island	Annat land i Europa	Annat land utanför Europa	Vet inte
a) ... du född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... din mamma född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... din pappa född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familj och vänner

5. Alla familjer är olika. Ibland bor man med bara en förälder och ibland lever man med två familjer. Vi skulle vilja veta hur det ser ut för dig.

Den här frågan handlar om det hem där du bor hela tiden eller för det mesta. Om du bor i två eller flera hem, börja med det ena hemmet.

Kryssa för vilka du bor tillsammans med där.

Vuxna:

- Mamma
 Pappa
 Pappas sambo/flickvän/partner
 Mammas sambo/pojkvän/partner
 Jag bor i familjehem eller liknande
 Jag bor tillsammans med någon annan vuxen eller någon annanstans

Barn:

Skriv hur många bröder och systrar som bor i den här familjen (räkna med halv-, styv- eller fostersyskon). Räkna inte med dig själv. Skriv antalet eller skriv 0 (noll) om det inte bor något annat barn här.

Hur många bröder?

Hur många systrar?

6. **Har du ytterligare ett hem?**

Det kan till exempel vara om dina föräldrar är separerade och du bor hos den andre föräldern ibland.

- Nej —————> Gå till fråga 9
 Ja

7. **Hur ofta bor du där?**

- Hälften av tiden
 Regelbundet men mindre än hälften av tiden
 Ibland
 Nästan aldrig

8. **Var snäll och kryssa i nedan vilka som bor i din andra familj:**

Vuxna:

- Mamma
 Pappa
 Pappas sambo/flickvän/partner
 Mammas sambo/pojkvän/partner
 Jag bor i familjehem eller liknande
 Jag bor tillsammans med någon annan vuxen eller någon annanstans

Barn:

Skriv hur många bröder och systrar som bor här (räkna med halv-, styv- eller fostersyskon). Ta inte med de syskon som du räknat upp i den förra frågan eller dig själv. Skriv antalet här eller skriv 0 (noll) om det inte bor något annat barn här.

Hur många bröder?

Hur många systrar?

9. **Har din mamma ett arbete?**

- Ja —————> Gå till fråga 11
 Nej —————> Gå till fråga 10
 Vet inte —————> Gå till fråga 11
 Jag känner inte min mamma eller träffar henne inte —————> Gå till fråga 11

10. Varför arbetar inte din mamma?*Kryssa för det som stämmer bäst.*

- Hon är sjuk, pensionär eller studerar
- Hon är arbetssökande
- Hon sköter om andra eller är hemma på heltid
- Vet inte

11. Har din pappa ett arbete?

- Ja —————> *Gå till fråga 13*
- Nej —————> *Gå till fråga 12*
- Vet inte —————> *Gå till fråga 13*
- Jag känner inte min pappa eller träffar honom inte —————> *Gå till fråga 13*

12. Varför arbetar inte din pappa?*Kryssa för det som stämmer bäst.*

- Han är sjuk, pensionär eller studerar
- Han är arbetssökande
- Han sköter om andra eller är hemma på heltid
- Vet inte

13. Hur lätt har du för att prata med följande personer om saker som bekymrar dig?*Sätt ett kryss per rad.*

	Mycket lätt	Lätt	Svårt	Mycket svårt	Har ingen/ vi träffas inte
a) Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mammas sambo (eller pojkvän/partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pappas sambo (eller flickvän/partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Vi är intresserade av hur du upplever följande påståenden.

Läs varje påstående noggrant.

Kryssa för hur väl du instämmer med varje påstående.

	Håller verkligen inte med						Håller verkligen med
	1	2	3	4	5	6	7
a) Min familj försöker verkligen hjälpa mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Min familj ger mig det känslomässiga stöd och den hjälp jag behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag kan prata om mina problem med min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Min familj hjälper mig att fatta beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mina vänner försöker verkligen hjälpa mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jag kan räkna med mina vänner när något går fel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jag kan dela glädje och sorg med mina vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jag kan prata om mina problem med mina vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Har din familj någon bil, skåpbil eller lastbil?

- Nej
 Ja, 1
 Ja, 2 eller flera

16. Har du ett eget rum?

- Nej
 Ja

17. Hur många datorer (inkl. laptops och surfplattor) har din familj?

Räkna inte med spelkonsoler eller mobiler.

- Ingen
 1
 2
 Mer än 2

18. Hur många badrum (rum med badkar eller dusch) har ni hemma?

- Inget
 1
 2
 Fler än 2

<p>19. Har ni diskmaskin hemma?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>20. Hur många gånger har du rest <u>utomlands</u> på semester med din familj de senaste 12 månaderna?</p> <p><input type="checkbox"/> Ingen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 gång</p> <p><input type="checkbox"/> 2 gånger</p> <p><input type="checkbox"/> Fler än 2</p>
<p>21. Hur pass bra ställt ekonomiskt tycker du att din familj har det?</p> <p><input type="checkbox"/> Mycket bra</p> <p><input type="checkbox"/> Ganska bra</p> <p><input type="checkbox"/> Genomsnittligt</p> <p><input type="checkbox"/> Inte så bra</p> <p><input type="checkbox"/> Inte alls bra</p>

Vardagsrutiner

<p>22. Hur ofta äter du vanligtvis frukost (mer än t.ex. ett glas mjölk eller juice)? <i>Sätt ett kryss för vardagar och ett kryss för helger.</i></p> <table><thead><tr><th>Vardagar:</th><th>Helger:</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Jag äter aldrig frukost på vardagar</td><td><input type="checkbox"/> Jag äter aldrig frukost under helgen</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 1 dag</td><td><input type="checkbox"/> Jag äter vanligen frukost en av helgdagarna (lördag ELLER söndag)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 2 dagar</td><td><input type="checkbox"/> Jag äter vanligtvis frukost båda helgdagarna (lördag OCH söndag)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 3 dagar</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 4 dagar</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 5 dagar</td><td></td></tr></tbody></table>	Vardagar:	Helger:	<input type="checkbox"/> Jag äter aldrig frukost på vardagar	<input type="checkbox"/> Jag äter aldrig frukost under helgen	<input type="checkbox"/> 1 dag	<input type="checkbox"/> Jag äter vanligen frukost en av helgdagarna (lördag ELLER söndag)	<input type="checkbox"/> 2 dagar	<input type="checkbox"/> Jag äter vanligtvis frukost båda helgdagarna (lördag OCH söndag)	<input type="checkbox"/> 3 dagar		<input type="checkbox"/> 4 dagar		<input type="checkbox"/> 5 dagar	
Vardagar:	Helger:													
<input type="checkbox"/> Jag äter aldrig frukost på vardagar	<input type="checkbox"/> Jag äter aldrig frukost under helgen													
<input type="checkbox"/> 1 dag	<input type="checkbox"/> Jag äter vanligen frukost en av helgdagarna (lördag ELLER söndag)													
<input type="checkbox"/> 2 dagar	<input type="checkbox"/> Jag äter vanligtvis frukost båda helgdagarna (lördag OCH söndag)													
<input type="checkbox"/> 3 dagar														
<input type="checkbox"/> 4 dagar														
<input type="checkbox"/> 5 dagar														
<p>23. Hur ofta äter du och din familj vanligtvis måltider tillsammans?</p> <p><input type="checkbox"/> Varje dag</p> <p><input type="checkbox"/> De flesta dagar</p> <p><input type="checkbox"/> Ungefär 1 gång i veckan</p> <p><input type="checkbox"/> Inte så ofta</p> <p><input type="checkbox"/> Aldrig</p>														

Många unga människor gör sig illa eller skadas då de exempelvis idrottar eller är i slagsmål med andra på olika platser som på gatan eller hemma. Att skada sig kan innebära att man t.ex. bryter/stukar sig eller bränner sig. Att skada sig innebär inte att man får sjukdomar som mässlingen eller influensa.

Följande fråga handlar om skador som du kan ha råkat ut för under de senaste 12 månaderna.

29. Hur många gånger har du under de senaste 12 månaderna skadat dig så illa att du blivit behandlad av en läkare eller sjuksköterska?

- Jag har inte skadat mig de senaste 12 månaderna
- 1 gång
- 2 gånger
- 3 gånger
- 4 gånger eller fler

30. Det här är en bild av en stegen.

Toppen på stegen '10' motsvarar det bästa liv du kan tänka dig och botten '0' det sämsta liv du kan tänka dig.

Om du tänker på **ditt liv** i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?

Markera i rutan vid det nummer som bäst passar in på dig.

<input type="checkbox"/>	10	Bästa tänkbara liv
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	Sämsta tänkbara liv

31. Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?

Sätt ett kryss på varje rad.

	I stort sett varje dag	Mer än 1 gång i veckan	Ungefär 1 gång i veckan	Ungefär 1 gång i månaden	Sällan eller aldrig
a) Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ont i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Känt mig nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Varit irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Känt mig nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Haft svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Känt mig yr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Har du under den senaste månaden ätit tabletter eller någon annan medicin mot följande besvär?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej	Ja, 1 gång	Ja, mer än 1 gång
a) Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ont i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nervositet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Annat besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Olika personer har olika tankar om sin egen kropp. En del känner sig för smala, en del för tjocka och en del känner sig lagom tjocka/smala.

33. Tycker du att du är...

- ... alldeles för smal?
- ... lite för smal?
- ... lagom?
- ... lite för tjock?
- ... alldeles för tjock?

34. Håller du på att banta eller gör du något annat för att gå ner i vikt just nu?

- Nej, jag väger lagom mycket
- Nej, men jag behöver gå ner i vikt
- Nej, för jag behöver gå upp i vikt
- Ja

35. Har du en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem (t.ex. diabetes, allergi, eksem eller ADHD) som du fått fastställt av en läkare?

- Ja
- Nej

36. Tar du medicin för din långvariga sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem?

- Jag har ingen långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem
- Ja
- Nej

37. Påverkar din långvariga sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem din närvaro och ditt deltagande i skolan?

- Jag har ingen långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem
- Ja
- Nej

Menstruation

Den här frågan ska bara flickor svara på.

38. Har du fått din mens?

- Nej, jag har inte fått min mens
 Ja, jag fick den då jag var:

år och

månader gammal

Relationer och sex

39. Har du någonsin haft samlag (ibland så kallas det för "sex", "älskat", "legat med någon", "gått hela vägen")?

- Ja
 Nej → Gå till fråga 42

40. Hur gammal var du när du hade samlag för första gången?

- 11 år eller yngre
 12 år
 13 år
 14 år
 15 år
 16 år eller äldre

41. Den senaste gången du hade samlag, använde du och din pojkvän/flickvän...

	Ja	Nej	Vet inte
a) ...kondom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...p-piller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...hormonspiral eller p-stav?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...akut p-piller (dagen-efter piller)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...någon annan metod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Varifrån får du information om relationer och sexualitet (även preventivmedel)?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Internet, t.ex. chattforum/sociala medier/podd
 Internet, t.ex. hälso- och sjukvårdssidor såsom 1177 och UMO.se
 Mottagning inom hälso- och sjukvården (exempelvis ungdomsmottagning, SESAM, vårdcentral, etc.)
 Undervisning om relationer och sexualitet i skolan
 Elevhälsan, t.ex. kurator, skolsystem
 TV/radio/tidningar
 Föräldrar/vårdnadshavare
 Flickvän/pojkvän
 Kompisar
 Syskon
 Annan
 Får ingen information

43. Vem pratar du med om relationer och sexualitet?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Internet, t.ex. chattforum/sociala medier
- Elevhälsan, t.ex. kurator eller skolsyster
- Föräldrar/vårdnadshavare
- Flickvän/pojkvän
- Kompisar
- Syskon
- Annan skolpersonal, t.ex. lärare eller fritidspedagog
- Annan
- Jag pratar aldrig om relationer och sexualitet

Fysiska aktiviteter**44. FYSISK AKTIVITET** är all aktivitet som får ditt hjärta att slå snabbare och som ibland gör dig andfådd.

Fysisk aktivitet kan man hålla på med i idrottssammanhang, i olika aktiviteter på skolan, när man leker med kamrater eller då man går till skolan.

Några exempel på fysisk aktivitet är att springa, gå snabba promenader, åka skridskor eller rullskridskor, simma, spela fotboll, cykla eller dansa.

Hur många dagar har du varit fysiskt aktiv sammanlagt minst 60 minuter om dagen under de senaste 7 dagarna?

*Räkna ihop **all tid** som du är fysiskt aktiv varje dag.*

- 0 dagar
- 1 dag
- 2 dagar
- 3 dagar
- 4 dagar
- 5 dagar
- 6 dagar
- 7 dagar

45. Hur ofta brukar du träna på din fritid utanför skoltid så mycket att du blir andfådd eller svettas?

- Varje dag
- 4-6 gånger i veckan
- 3 gånger i veckan
- 2 gånger i veckan
- 1 gång i veckan
- 1 gång i månaden
- Mindre än 1 gång i månaden
- Aldrig

46. Nu kommer en fråga om hur mycket du sitter på fritiden.

Vad av följande beskriver bäst hur mycket tid under en vecka du spenderar sittande?

T.ex. när du läser, spelar musikinstrument, ser på TV eller video, spelar datorspel eller spenderar tid på sociala nätverk.

Tänk på en vanlig vecka, inte bara förra veckan.

- Jag spenderar nästan ingen av min fritid sittande
- Jag spenderar lite tid sittande under min fritid
- Jag spenderar varken lite eller mycket tid sittande under min fritid
- Jag spenderar mycket tid sittande under min fritid
- Jag spenderar nästan all min fritid sittande

Om dig själv

47. **Var vänlig markera för varje påstående vad som är närmast hur du har känt under de senaste 2 veckorna.**

Under de senaste 2 veckorna:

	Hela tiden	Mestadels	Mer än halva tiden	Mindre än halva tiden	Ibland	Aldrig
a) Jag har känt mig glad och på gott humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jag har känt mig lugn och avslappnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag har känt mig aktiv och kraftfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jag har känt mig pigg och utvilad när jag vaknat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. **Under de senaste 12 månaderna, hur ofta har du känt dig ensam?**

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Oftast
- Alltid

49. Följande frågor handlar om hur du hanterar saker (situationer). <i>Sätt ett kryss på varje rad.</i>						
		Aldrig	Sällan	Ibland	Vanligtvis	Alltid
a)	Hur ofta hittar du en lösning på problem om du försöker tillräckligt mycket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Hur ofta klarar du av de saker som du bestämmer dig för att göra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ange här hur väl påståendena nedan stämmer överens med hur du upplevt din situation de senaste 2 veckorna. <i>Sätt ett kryss på varje rad.</i>						
		Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid
a)	Jag har haft en positiv syn på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Jag har känt att jag har varit till nytta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Jag har känt mig lugn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Jag har hanterat problem på ett bra sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Jag har tänkt på ett klart sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Jag har känt mig nära andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	Jag har själv kunnat bestämma mig om saker och ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Under den senaste månaden...						
		Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta
a)	Har du känt att du inte kunnat kontrollera viktiga saker i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Har du känt att du kan lita på din egen förmåga att hantera problem som uppstått?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Har du känt att saker och ting har blivit som du tänkte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Har du tyckt att svårigheter har blivit så stora att du inte har kunnat klara av dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Nedan kommer påståenden som handlar om känslor och tankar.**Ange hur väl du instämmer med varje påstående.***Sätt ett kryss på varje rad.*

	Håller helt med	Håller med	Jag varken håller med eller inte håller med	Håller inte med	Håller inte alls med
a) Jag tycker om mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jag är tillräckligt bra som jag är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Andra i min ålder tycker om mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skolan**53. Vad tycker du om skolan nuförtiden?**

- Jag tycker mycket bra om den
 Jag tycker ganska bra om den
 Jag tycker inte särskilt bra om den
 Jag tycker inte alls om den

54. Hur stressad känner du dig av ditt skolarbete?

- Inte alls
 Lite grann
 Ganska mycket
 Mycket

55. Ange hur stressad du känt dig av följande upplevelser eller situationer under de senaste 6 månaderna?*Om en situation inte har hänt, kryssa för det första alternativet (har inte hänt).**Sätt ett kryss på varje rad.*

	Inte alls stressad (eller det har inte hänt)	Lite stressad	Ganska stressad	Mycket stressad	Extremt stressad
a) När du måste lära dig saker i skolan som du inte förstår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lärare förväntar sig för mycket av dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Att hinna med skolarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Du har känt oro över din framtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Att vara tvungen att fatta beslut om framtida arbete eller utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Att sätta press på dig själv för att uppnå dina mål för framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Att inte få tillräckligt med fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Att inte ha tillräckligt med tid för aktiviteter utanför skoltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Att få för mycket läxor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Här är några påståenden om dina lärare. Håller du med eller håller du inte med om följande påståenden?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Håller verkligen inte med	Håller inte riktigt med	Håller med lite grann	Håller verkligen med
a) Jag har minst en lärare som är intresserad av mig som person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jag har minst en lärare som lyssnar på och respekterar mina åsikter eller idéer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag har minst en lärare som försöker se saker ur mitt perspektiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jag har minst en lärare som försöker få mig att må bättre när jag är ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jag har minst en lärare som är villig att lyssna på mina problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jag har minst en lärare som finns där för mig om jag skulle behöva deras hjälp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobbning

Vi menar att en elev **blir mobbad** då en annan elev, eller en grupp elever, upprepade gånger säger eller gör elaka och otrevliga saker mot honom/henne. Det är också mobbning då en elev blir retad på ett sätt som han/hon inte tycker om eller om han/hon lämnas utanför med flit. Den person som mobbar har mer makt än personen som blir mobbad och vill orsaka honom eller henne skada. Det är **inte mobbning** då två personer som är ungefär lika starka, eller har lika mycket makt, grälar eller slåss.

61. Hur ofta har du blivit mobbad i skolan under de senaste månaderna?

- Jag har inte blivit mobbad i skolan de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger
- 2 till 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

62. Hur ofta under de senaste månaderna har du blivit nätmobbad (till exempel att någon skickat elaka chattmeddelanden eller sms till dig, gjort elaka inlägg, skapat en webbsida som förlöjligar dig, lagt upp pinsamma eller olämpliga bilder på dig på nätet eller skickat dem till andra utan din tillåtelse)?

- Jag har inte blivit nätmobbad under de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger
- 2 eller 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

63. Hur ofta har du varit med och mobbat andra elever i skolan under de senaste månaderna?

- Jag har inte varit med och mobbat andra elever i skolan de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger
- 2 till 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

69. Till dig som använt e-cigarett, använder du e-cigarett med eller utan nikotin?*Om du inte använt e-cigarett går du till fråga 70.*

- Med nikotin
 Utan nikotin
 Både med och utan nikotin
 Vet inte

70. Under hur många dagar (om några) har du...*Sätt ett kryss per rad.*

	Aldrig	1-2 dagar	3-5 dagar	6-9 dagar	10-19 dagar	20-29 dagar	30 dagar (eller fler)
a) ... rökt vattenpipa i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... rökt vattenpipa under de senaste 30 dagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Under hur många dagar (om några) har du...*Sätt ett kryss per rad.*

	Aldrig	1-2 dagar	3-5 dagar	6-9 dagar	10-19 dagar	20-29 dagar	30 dagar (eller fler)
a) ... druckit alkohol i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... druckit alkohol under de senaste 30 dagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Hur ofta dricker du alkohol, som t.ex. öl, vin eller sprit?*Försök även ta med de gånger då du bara dricker lite grann.**Sätt ett kryss per rad.*

	Varje dag	Varje vecka	Varje månad	Sällan	Aldrig
a) Öl med alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Alkoläsk (t.ex. Smirnoff Ice, Barcardi Breezer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cider med alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Annan dryck med alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Har du någonsin druckit så mycket alkohol att du blivit riktigt full...*Sätt ett kryss per rad.*

	Nej, aldrig	Ja, 1 gång	Ja, 2-3 gånger	Ja, 4-10 gånger	Ja, fler än 10 gånger
a) ... i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... under de senaste 30 dagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Vi är intresserade av dina erfarenheter av sociala medier. Termen sociala medier refererar till sociala nätverk (t.ex. Instagram, TikTok), snabbmeddelanden (t.ex. Whatsapp, Snapchat) och videosamtal (t.ex. Zoom, Teams, Facetime, Skype).

Under det senaste året, har du...

Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej	Ja
a) ... regelbundet märkt att du inte kan tänka på något annat än den stund du kommer att kunna använda sociala medier igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... regelbundet känt dig missnöjd därför att du velat spendera mer tid på sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... ofta mått dåligt när du inte kunnat använda sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... försökt att spendera mindre tid på sociala medier, men misslyckats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... regelbundet struntat i andra aktiviteter (t.ex. fritidsintressen, idrott) därför att du ville använda sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... regelbundet grälat med andra på grund av ditt användande av sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... regelbundet ljugit för dina föräldrar eller vänner angående hur mycket tid du spenderar på sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... ofta använt sociala medier för att slippa tänka på negativa känslor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ... haft allvarliga konflikter med dina föräldrar eller syskon på grund av ditt användande av sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Har du tänkt läsa vidare på gymnasiet efter nian?

- Ja, ett högskoleförberedande program
- Ja, ett yrkesprogram
- Ja, men jag vet inte vilken typ av program
- Nej
- Vet inte/har inte bestämt mig än

Covid-19-pandemin

78. Sedan Covid-19-pandemin började har många människors liv påverkats (t.ex. till följd av distansundervisning, färre möjligheter till fritidsaktiviteter, rekommendationer om att hålla avstånd till andra och att endast umgås med människor i den närmaste familjen eller kretsen).

Hur påverkade dessa åtgärder ditt liv när det gäller...

Påverkade negativt betyder att de gjorde saker sämre, påverkade positivt betyder att de gjorde saker bättre.

Sätt ett kryss på varje rad.

	Mycket negativt	Ganska negativt	Varken positivt eller negativt	Ganska positivt	Mycket positivt
a) ...ditt liv som helhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...din hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...relationer med din familj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...relationer med dina vänner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...din psykiska hälsa (t.ex. din hantering av känslor och stress)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...dina skolprestationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...fysisk aktivitet (t.ex. träning, cykling, promenader)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...vad du åt eller drack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ...dina förväntningar på framtiden (t.ex. examen och arbete)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ...din familjs ekonomi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TACK SÅ MYCKET FÖR DIN HJÄLP!





Tryckt hos ett klimatneutralt företag Edita Bobergs AB



Hur har barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa utvecklats över tid? Vilka skillnader finns mellan flickor och pojkar samt mellan olika åldrar? Dessa frågor svarar vi på i denna rapport, som bygger på resultat från Skolbarns hälsovanor 2021/22.

Skolbarns hälsovanor är en enkätundersökning av livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland 11-, 13- och 15-åringar som har genomförts i Sverige vart fjärde år sedan 1985/86. Den genomförs dessutom i drygt 50 länder i Europa, Nordamerika och Asien.

Rapporten vänder sig till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, skolpersonal, forskare och andra som på olika sätt arbetar med att främja barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. Östersund Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se