

Målgruppsanalys

Delrapport inom ramen för utredning om länsgemensam verksamhet i Dalarna för barn och unga med skadligt bruk och beroendeproblematik (s.k. MiniMaria)

Datum	Diarienummer HSN	Henrietta Forsman, Avd Hälsa och välfärd/ RSS Dalarna, Region Dalarna
Giltigt t.o.m	2023/8650	Caroline Mörk, Avd Hälsa och välfärd/ RSS Dalarna, Region Dalarna
	Versionsnummer Till Välfärdsrådet, 231026	Junia Joffer, Hållbarhetsavdelningen, Region Dalarna
Godkänt av		



Innehåll

1	Bakgrund	3
2	Syfte och frågeställningar	4
2.1	Syfte.....	4
2.2	Frågeställningar	4
3	Metod	4
3.1	Studiepopulation	4
3.2	Totalpopulation	5
3.3	Variabler och statistisk analys	5
3.3.1	Intrapersonella variabler.....	6
3.3.2	Interpersonella variabler.....	6
3.3.3	Riskgrupper i relation till hälsa, livstillfredsställelse och föräldrars ekonomi.....	6
3.3.4	Sambandsanalyser	8
4	Resultat	9
4.1	Narkotikabruk och doping.....	9
4.2	Tio risker	10
4.3	Självskattad hälsa	15
4.4	Livstillfredsställelse (missnöjd med livet)	16
4.5	Oro för föräldrars ekonomi	17
5	Sammanfattning målgruppsanalys.....	18
6	Bilaga A - CAN:s nationella skolundersökning, 2022	20
7	Bilaga B – Riskvariabler.....	23
8	Bilaga C – Antal risker	24

1 Bakgrund

Till utredningen om en läns-gemensam verksamhet (s.k. "MiniMaria") i Dalarna för barn och unga med skadligt bruk och beroendeproblematik har en analys av en potentiell målgrupp genomförts. Analysen har skett i samverkan mellan RSS Dalarna (avd. för Hälsa och välfärd) och regionens Hållbarhetsavdelning under hösten 2022 och våren 2023. Analysen grundar sig på enkätundersökningen "LUPP - Lokal uppföljning av ungdomspolitik" som genomförs av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) i samarbete med kommunerna¹. Undersökningen syftar till att få kunskap om ungas situation, genomförs årligen och skickas ut till unga i åldrarna 13-19 år i Dalarna. I LUPP-enkäten ingår frågor om hälsa, sociala relationer, socioekonomi, levnadsvanor etc. LUPP-undersökningen utgår från barn och ungas perspektiv och deras egna syn på sin livssituation och hälsa. Att på detta sätt göra barn och ungas röster hörda bidrar därmed till att stärka både barnets perspektiv och barnrättsperspektivet i enlighet med Barnkonventionen².

Inom ramen för den fördjupade målgruppsanalysen har ett personorienterat angreppssätt tillämpats, med fokus på grupper av individer med olika grad av komplexitet och problembild avseende skadligt bruk och beroende. Angreppssättet är inspirerat av bland annat forskning från Linnéuniversitetet om unga i Maria-verksamheter och samspelet mellan risk- och skyddsfaktorer i relation till substansbruk³. Detta sätt att analysera data illustrerar därmed samspelet mellan olika faktorer i en individs livssituation, snarare än att se till enskilda faktorer och frekvenser som ofta analyseras en i taget. På så sätt kan större sammanhang illustreras snarare än enskilda problem och behovet av vård och stöd kan därmed ses som en helhet.

För att belysa även bruk av substanser som inte innefattades i LUPP-materialet, samt några ytterligare variabler av relevans för området,

¹ Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Ungdomsenkäten LUPP.
<https://www.mucf.se/uppdrag/ungdomsenkaten-lupp>

² Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197

³ Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2018). Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 35(1), 24-38. doi: [10.1177/1455072517751263](https://doi.org/10.1177/1455072517751263).

kompletterades analyserna med uppgifter från CAN:s nationella skolundersökning 2022⁴. Resultat från CAN-undersökningen presenteras i Bilaga A.

Nedan redogörs för syfte och frågeställningar och därefter presenteras analysunderlaget.

2 Syfte och frågeställningar

2.1 Syfte

Syftet med målgruppsanalysen var att beskriva bruk samt skadligt bruk och beroende hos unga med komplex problematik i Dalarnas län.

2.2 Frågeställningar

1. Hur kan ungas bruk samt skadligt bruk och beroende beskrivas?
2. Hur kan grupper av unga i riskzonen för skadligt bruk och beroende beskrivas när det gäller kopplingen till kända risk- och skyddsfaktorer?
3. Vilka kopplingar finns till allmänt hälsotillstånd, livstillfredsställelse och socioekonomi?
4. Finns det könsrelaterade skillnader?

3 Metod

3.1 Studiepopulation

Studien baseras på LUPP-data från Dalarna år 2021. Endast personer med registrerad boendekommun och som angett kön inkluderades i analysen. Den totala studiepopulationen bestod därmed av 6 163 personer (flickor n=2 986, pojkar n=3 060, annan könsidentitet n=117, se Tabell 1). Av studiepopulationen gick 3 738 ungdomar (61%) i högstadiet och 2 425 ungdomar (39%) i gymnasiet.

⁴ CAN:s nationella skolundersökning. <https://www.can.se/undersokningar/cans-nationella-skolundersokning/>

Tabell 1. LUPP Dalarna år 2021 uppdelat på kön och åldersgrupp.

Kön	Tot studiepopulation antal (%)	Högstadiet antal (%)	Gymnasiet antal (%)
Flickor	2986 (48,5)	1798 (48,1)	1188 (49,0)
Pojkar	3060 (49,6)	1847 (49,4)	1213 (50,0)
Annan könsidentitet	117 (1,9)	93 (2,5)	24 (1,0)
Total	6163 (100)	3738 (100)	2425 (100)

3.2 Totalpopulation

Baserat på de andelar som identifieras i LUPP-data för Dalarnas län kan en grov uppskattning göras av antalet individer i befolkningen som helhet (i åldersgruppen 13-19 år). Detta kan på så sätt utgöra en grov uppskattning av målgruppen för en potentiell MiniMaria-verksamhet. Som utgångspunkt för detta tillämpades befolkningsdata från Statistiska centralbyrån (SBC), via databasen Kolada⁵. Antalet individer i Dalarna 31/12 2021 i åldersgruppen 13-19 år var 22 846 personer vilket därmed kan anses utgöra totalpopulationen (i relation till LUPP-data som utgör studiepopulationen). Lokala skillnader mellan länets kommuner avseende målgruppen har inte varit möjligt att undersöka utifrån det befintliga dataunderlaget (då sådana statistiska analyser inte skulle bli tillräckligt robusta).

3.3 Variabler och statistisk analys

Analys och resultat tar huvudsakligen sin utgångspunkt i grupper av individer i relation till utsatthet avseende riskfaktorer (se nedan). Svar på frågan om narkotikabruk redovisas även separat för att beskriva rapporterat bruk av olika typer av droger. Frekvenserna av de olika riskfaktorerna nedan redovisas också separat, men även uppdelat på kön och fördelat på frekvenser inom respektive riskgrupp.

Inför genomförandet av den statistiska analysen skapades en ny indikator för att identifiera olika riskgrupper. Variabler för denna indikator valdes utifrån tillgängliga variabler i LUPP-enkäten med vägledning av riskfaktorer valda i forskning kring målgruppen⁷⁷. Tio olika risker kopplade till både intrapersonella (individburna) och interpersonella (mellanmänskliga) faktorer slogs samman och baserat på antalet risker kategoriserades individerna till tre olika riskgrupper (låg-, mellan- och högriskgrupp).

⁵ Befolkningsdata från Kolada. <https://www.kolada.se/verktyg/fri-sokning/?kpi=22829,22830,22831,22832,22833,22834,22835&years=30198&municipals=27508&rows=municipal,kpi&visualization=bar-chart&focus=27508>

Följande tio indikatorer ingick i riskvariabeln (se mer utförlig beskrivning i Bilaga B):

3.3.1 Intrapersonella variabler

1. **Har du någon gång använt narkotika (utan läkarordination)?** Följande svar kodades som risk: 'Ja, ett fåtal gånger', 'Ja, flera gånger'
2. **Hur ofta brukar du göra följande? (Dricka starköl, starkcider, alkoholisk vin eller sprit).** Följande svar kodades som risk: 'I stort sett varje dag', 'Flera gånger i veckan', 'En gång i veckan'
3. **Hur ofta dricker du så mycket alkohol att du känner dig full?** Följande svar kodades som risk: 'I stort sett varje dag', 'Flera gånger i veckan', 'En gång i veckan'
4. **Hur ofta har du haft följande besvär under de senaste sex månaderna? (Känt dig nedstämd).** Följande svar kodades som risk: 'I stort sett varje dag', 'Flera gånger i veckan'
5. **Hur ofta har du haft följande besvär under de senaste sex månaderna? (Sovit dåligt på natten).** Följande svar kodades som risk: 'I stort sett varje dag', 'Flera gånger i veckan'

3.3.2 Interpersonella variabler

1. **Får du dricka alkohol för din/dina föräldrar eller vårdnadshavare?** Följande svar kodades som risk: 'Ja'
2. **Nu vill vi att du tänker tillbaka på de senaste sex månaderna. Har något av detta hänt dig? (Jag har blivit utsatt för misshandel).** Följande svar kodades som risk: 'Ja'
3. **Nu vill vi att du tänker tillbaka på de senaste sex månaderna. Har något av detta hänt dig? (Jag har blivit utsatt för sexuellt våld/utnyttjande).** Följande svar kodades som risk: 'Ja'
4. **Hur nöjd eller missnöjd är du med ditt liv när det handlar om följande? (Skolan).** Följande svar kodades som risk: 'Ganska missnöjd', 'Mycket missnöjd'
5. **Hur ofta känner du dig trygg på följande ställen? (I hemmet).** Följande svar kodades som risk: 'Aldrig', 'Sällan'

3.3.3 Riskgrupper i relation till hälsa, livstillfredsställelse och föräldrars ekonomi

De tio riskerna har analyserats i förhållande till tre olika utfall genom sambandsanalys. Dessa analyser gjordes som ett steg i bedömningen om de riskgrupper som tagits fram är kliniskt relevanta. De tre utfallen som inkluderades i analysen var 1) självskattad hälsa, 2) syn på livet som helhet, samt 3) oro för föräldrars ekonomi. Variablerna beskrivs mer utförligt nedan:

Självskattad hälsa⁶ - Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att individens självupplevda/subjektiva hälsa, så kallade "självskattade hälsa" är en viktig hälsoindikator. Forskningen visar ett samband mellan låg självskattad hälsa och framtida sjuklighet och död⁷. Även om den mesta longitudinella forskningen (studier där en grupp individer följs över tid) utgår från vuxna populationer finns idag ett växande vetenskapligt stöd för indikatorns prediktiva egenskaper även bland ungdomar. Bland ungdomar i Norge konstaterar forskare att en sämre självskattad hälsa under ungdomsåren är associerad med ökad sjukdomsrisk senare i livet⁸ (Hetlevik et al. 2020).

Livstillfredsställelse⁹ - Livstillfredsställelse är ett mått som undersöker individens nöjdhet/tillfredsställelse med livet, något som genom forskning visat sig vara centralt för individens välbefinnande¹⁰. Samband har exempelvis påvisats mellan höga nivåer av livstillfredsställelse och att lyckas bra i skolan¹¹. Olika dimensioner av livstillfredsställelse finns och undersöks också utifrån olika perspektiv i LUPP-enkäten (vänner, skola

⁶ Undersöktes i LUPP-undersökningen genom frågan "Under de senaste sex månaderna, hur bedömer du din hälsa, hur du mår eller känner dig?" med en femgradig ordinal skala: "Mycket bra", "Ganska bra", "Varken bra eller dåligt", "Ganska dåligt" och "Mycket dåligt". Svarsalternativen "Ganska dåligt" och "Mycket dåligt" definieras i denna undersökning som "dålig självskattad hälsa".

⁷ Fayers, P. M. & Sprangers, M. A. (2002). Understanding self-rated health. *Lancet*, 359(9302), 187-188. doi:S0140-6736(02)07466-4 [pii]10.1016/S0140-6736(02)07466-4.

⁸ Hetlevik, Ø., et al. (2020). Self-rated health in adolescence as a predictor of 'multi-illness' in early adulthood: A prospective registry-based Norwegian HUNT study. *SSM - Population Health*, 11, 100604. doi:https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100604

⁹ Undersöktes i LUPP-undersökningen genom frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du med ditt liv när det handlar om följande? [Livet i sin helhet]" med en fyrgradig ordinal skala: "Mycket nöjd", "Ganska nöjd", "Ganska missnöjd" och "Mycket missnöjd". Svarsalternativen "Ganska missnöjd" och "Mycket missnöjd" definieras i denna analys som "låg livstillfredsställelse", men även termen "missnöjd med livet" används i beskrivningen av resultatet.

¹⁰ Nakamura, J.S., et al. (2022). Are all domains of life satisfaction equal? Differential associations with health and well-being in older adults. *Qual Life Res* 31, 1043–1056. doi: 10.1007/s11136-021-02977-0.

¹¹ Ng, Z. J., et al. (2015). Life Satisfaction and Academic Performance in Early Adolescents: Evidence for Reciprocal Association. *Journal of School Psychology*, 53(6), 479-491. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2015.09.004.

etc.). I föreliggande analyser valdes dock en global dimension – livet som helhet – ut för de sambandsanalyserna.

Oro över föräldrars ekonomi¹² - Forskning har sedan länge påvisat ett samband mellan socioekonomisk status och hälsa och att sambandet följer en gradient – ju högre status, desto bättre hälsa^{13,14}. Under senare år har intresset för subjektiva mått på social status växt då de visar en tydlig koppling till hälsa¹⁵. I föreliggande analys används frågan "oro för föräldrars ekonomi" för att undersöka subjektiv socioekonomisk status.

3.3.4 Sambandsanalyser

Samband mellan riskgruppsvariabeln och ovan nämnda utfall studerades genom binär logistisk regressionsanalys. I regressionsanalysen behandlades riskgruppsvariabeln som en tredelad variabel med låg-, mellan- och hög risk (se ovan, samt Bilaga B). Tre fördjupade sambandsanalyser baserat på ovan beskrivna utfall genomfördes. Samtliga analyser justerades för kön för att utforska om ett eventuellt samband mellan variablerna påverkas av respondenternas egen definition på kön.

Statistiska tester¹⁶ visade att det fanns en signifikant skillnad mellan högstadiet och gymnasiet avseende riksgroupsvariabeln (det var signifikant fler ungdomar i högstadiet som tillhörde lågriskgruppen, se Tabell 2). Då åldersuppdelade analyser medför att högriskgruppen blir förhållandevis liten har sambandsanalyser (regressionsanalyser) primärt genomförts med studiepopulationen som helhet (med justering för åldersgrupp och kön, se nedan).

¹² Undersöktes i LUPP-undersökningen med frågan "I vilken grad är du orolig för dina föräldrars ekonomi?" med en fyrgradig ordinal skala: "Mycket orolig", "Ganska orolig", "Inte särskilt orolig" och "Inte alls orolig". Svarsalternativen "Mycket orolig" och "Ganska orolig" definieras i denna studie som "orolig över föräldrars ekonomi".

¹³ Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099-1104.

¹⁴ Poulain, T., et al. (2019). Associations Between Socio-Economic Status and Child Health: Findings of a Large German Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 677. doi:10.3390/ijerph16050677.

¹⁵ Euteneuer, F. (2014). "Subjective social status and health." *Curr. Opin. Psychiatry*. 27(5): 337-343. doi: 10.1097/YCO.0000000000000083.

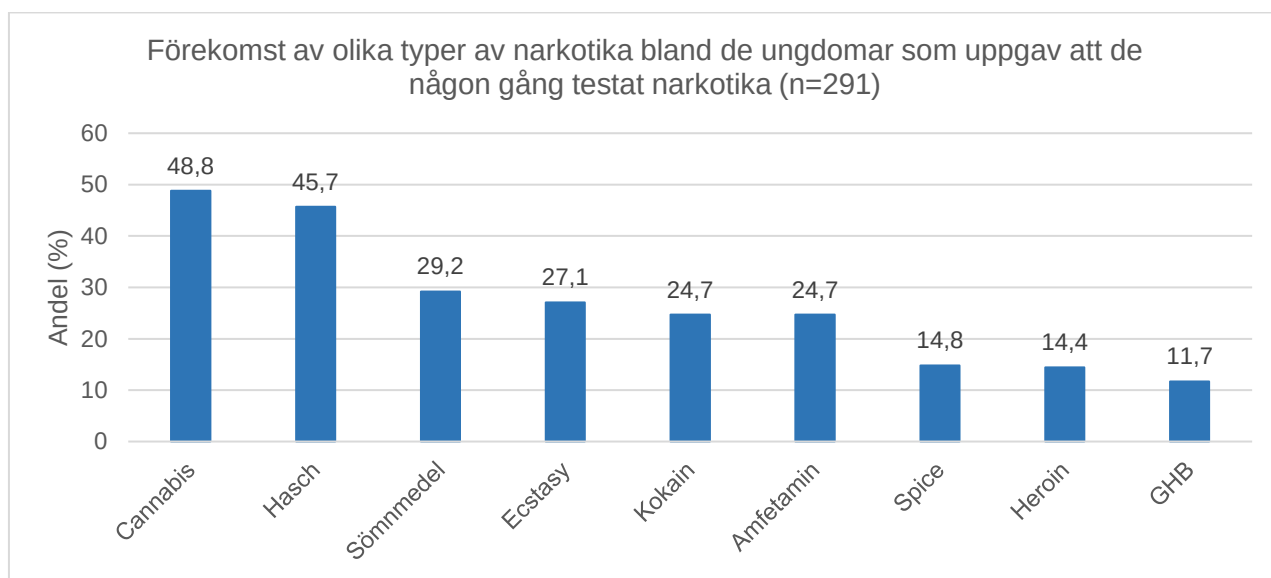
¹⁶ Chi²-tester i syfte att utforska skillnader mellan grupper.

4 Resultat

4.1 Narkotikabruk och doping

Totalt 4,9% (n=291) av studiedeltagarna uppgav att de hade testat narkotika en eller flera gånger¹⁷. Könsuppdelade analyser visade att 5,4% av pojkarna (n=158), 4,0% av flickorna (n=118) och närmare 13,5% av personerna med annan könsidentitet (n=15) testat narkotika ($p < 0,05$). Narkotikabruket redovisas i Figur 1. På grund av få respondenter i gruppen ungdomar med annan könsidentitet redovisas inte könsuppdelade siffror. Det bör noteras att resultatet här avser frekvenser av bruk per substans/grupp av substanser, vilket innebär att en och samma individ kan ha angett flera typer av bruk.

Figur 1. Narkotikabruk inom gruppen ungdomar som någon gång testat droger (n=291), kön och åldersgrupper sammanslaget.



Åldersuppdelade analyser visade att narkotikabruk var vanligare bland gymnasieungdomar (7,5%) jämfört med ungdomar i högstadiet (3,2%), $p < 0,05$.

¹⁷ Motsvarande svarsalternativ ("Ja, en gång", "Ja, ett fåtal gånger", "Ja, flera gånger"). Observera att det i riskgruppsvariabeln endast är "ett fåtal gånger" och "flera gånger" som kategoriserades som risk. I skapandet av riskvariabeln ansågs det av större vikt att utgå från en mer konservativ definition av risk avseende narkotikabruk.

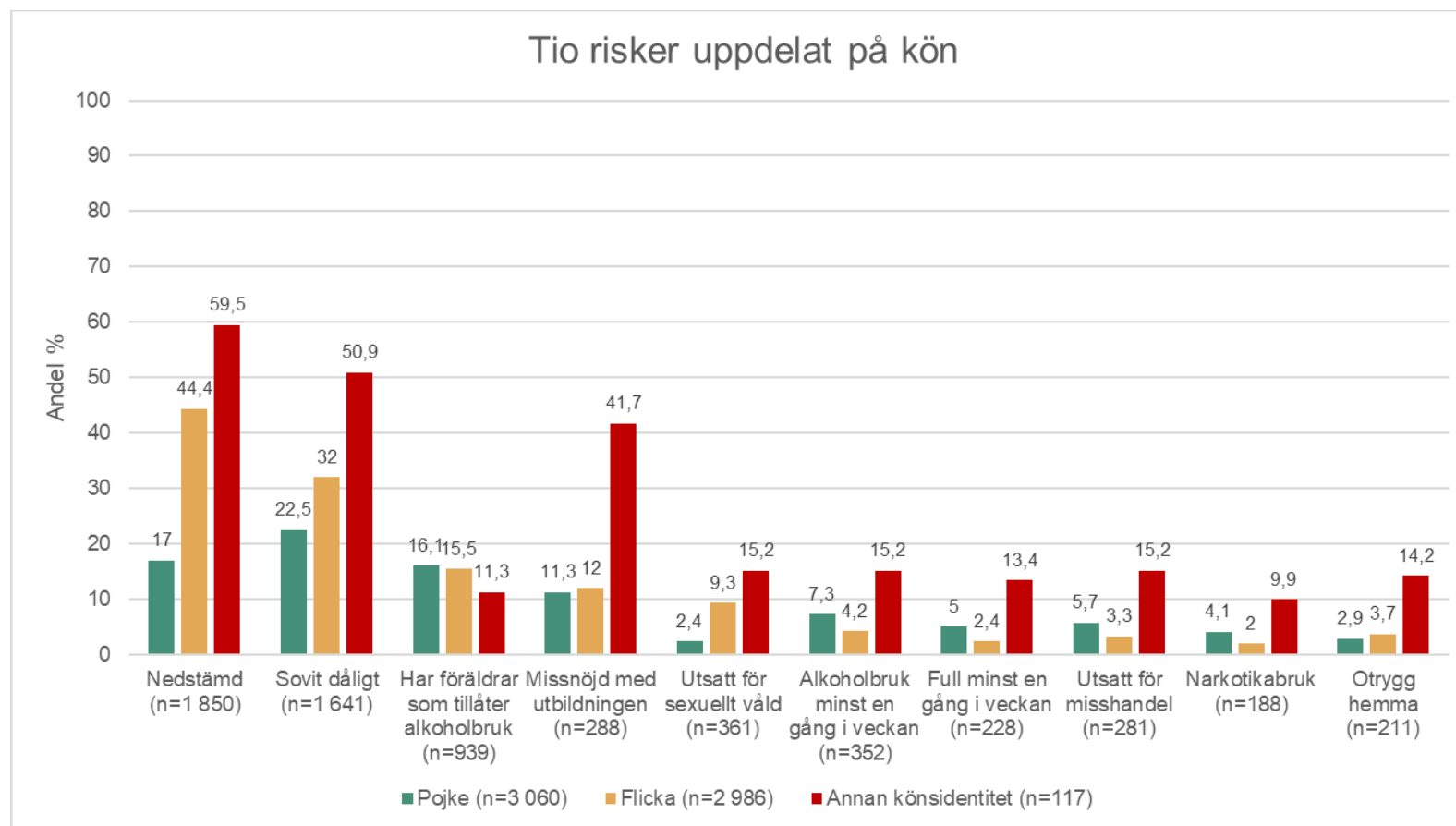
Bruket av anabola steroider¹⁸ var ungefär lika vanligt förekommande i högstadiet (3,8%) och gymnasiet (3,2%). Sammantaget uppgav 3,6% av ungdomarna att de testat anabola steroider någon gång eller flera gånger (n=212). Könsuppdelade analyser visade att 5,0% av pojkarna (n=147), 1,8% av flickorna (n=53) och närmare 10,8% av personerna med annan könsidentitet (n=12) uppgav att de testat anabola steroider någon eller flera gånger ($p < 0,05$).

4.2 Tio risker

Figur 2 beskriver de tio riskerna uppdelat på kön, och Figur 3 beskriver hur vanligt förekommande respektive risk är i låg-, mellan- och högriskgruppen (kön och åldersgrupper sammanslagna). En redogörelse för antalet individer respektive antalet risker återfinns i Bilaga C.

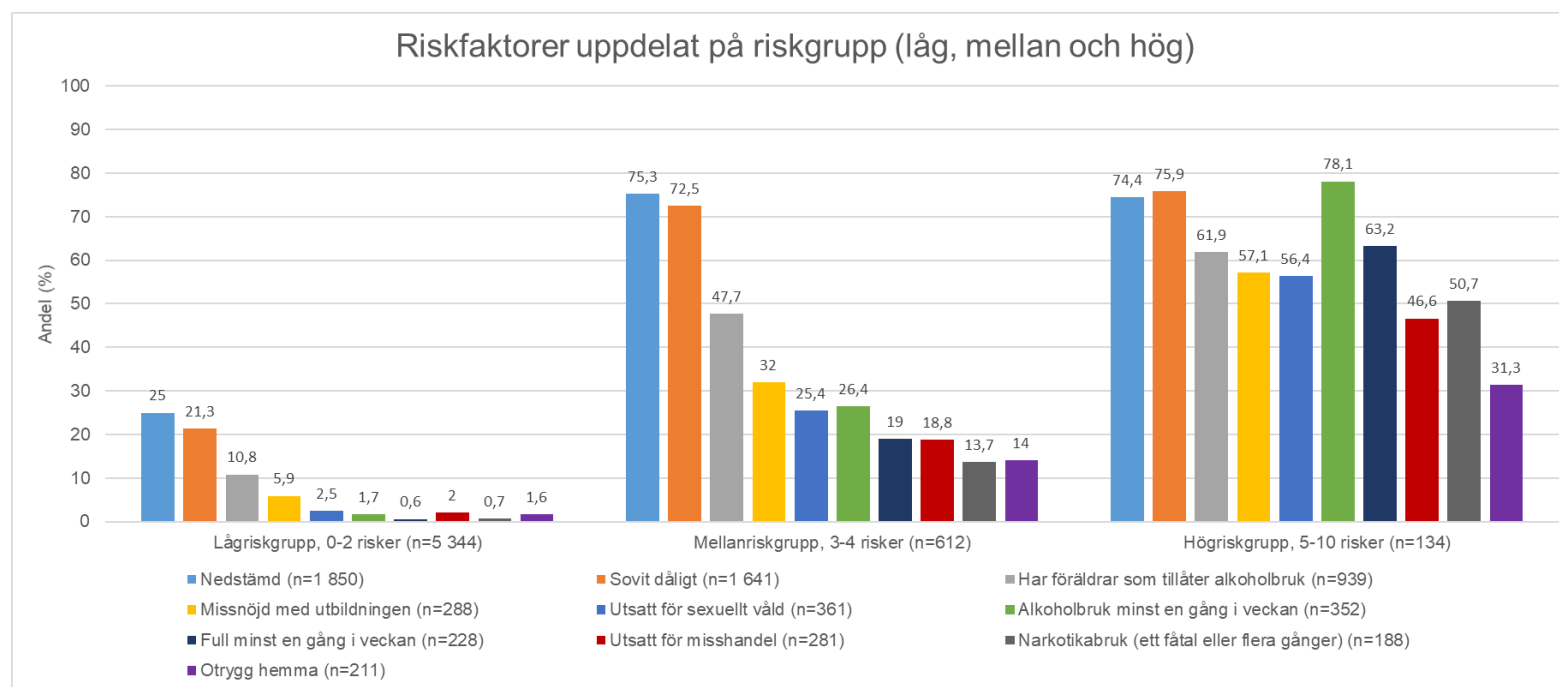
¹⁸ Undersöktes i LUPP-undersökningen genom frågan "Har du någon gång använt anabola steroider eller andra motsvarande prestationshöjande medel?" med en tregradig ordinal skala: "Ja, flera gånger", "Ja, någon gång" och "Nej". Svarsalternativen "Ja, flera gånger", "Ja, någon gång" definieras i denna undersökning som att ha brukat anabola steroider.

Figur 2. Tio risker (andel %) uppdelat på kön, högstadiet och gymnasiet sammanslaget.



Gruppen med annan könsidentitet skiljer sig från flickor och pojkar i flera avseenden och tycks vara en särskilt sårbar grupp. Gruppen skiljer sig signifikant ($p < 0,05$) från både flickor och pojkar i samtliga tio riskvariabler förutom gällande föräldrars inställning till alkohol. Vid tolkning av data är det dock centralt att beakta att gruppen med annan könsidentitet är liten i förhållande till gruppen flickor och pojkar.

Figur 3. Andel (%) av respektive risk uppdelat på låg-, mellan- och högriskgruppen. Resultatet avser hela studiepopulationen- (kön och åldersgrupper sammanslagna).



Figur 3 visar att nedstämdhet och dålig sömn är mycket vanligt i både mellan- och högriskgruppen där omkring tre fjärdedelar av de unga i respektive riskgrupp har rapporterat dessa problem. Figur 3 visar också hur olika risker/problem förekommer tillsammans i respektive riskgrupp, där unga i högriskgruppen (n=134) således rapporterar flera samtidiga problem än i mellan- respektive lågriskgruppen. Skillnaderna i bruk av alkohol och narkotika är stora mellan de olika grupperna. Frekvent bruk av alkohol är 3 gånger vanligare i hög- jämfört med mellanriskgruppen och narkotikabruket i högriskgruppen är nära 4 gånger vanligare än i mellanriskgruppen. I lågriskgruppen rapporteras jämförelsevis mycket låga frekvenser av båda typerna av bruk.

Värt att notera i tolkningen av resultatet är att riskvariabeln med dess tre olika riskkategorier inte säger något om hur kombinationen av riskfaktorer ser ut för varje enskild individ. Utsatta individer finns sannolikt även i lågriskgruppen då analysen fortfarande illustrerar riskerna på gruppnivå (subgruppsnivå). Jämfört med traditionella variabelorienterade analyser kring en riskfaktor i taget tillför dock denna analys ett viktigt perspektiv kopplat till kunskapen om målgruppen.

Åldersuppdelade analyser (Tabell 2) visade att elever i högstadiet (92,6%) i högre grad tillhörde lågriskgruppen (0-2 risker) jämfört med gymnasieelever (80,3%) ($p = <0,05$).

Tabell 2. Antal och andel (%) ungdomar i låg- mellan- och högriskgruppen i olika åldersgrupper.

	Gymnasiet		Högstadiet	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Låg (0-2 risker)	1947	80,4	3 397	92,6
Mellan (3-4 risker)	391	16,1	221	6,0
Hög (5-10 risker)	85	3,5	49	1,-3
Totalt	2 423	100	3 667	100

Könsuppdelade analyser visade att personer med annan könsidentitet i högre grad tillhörde högriskgruppen (cirka 10%, Tabell 3), medan motsvarande siffra för flickor och pojkar var 2% i respektive grupp. Det bör dock påpekas att högriskgruppen med annan könsidentitet var liten och att resultatet därmed behöver tolkas med försiktighet.

Tabell 3. Antal och andel (%) ungdomar i låg- mellan- och högriskgruppen grupperat utifrån könsidentitet.

	Flickor		Pojkar		Annan könsidentitet	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Låg (0-2 risker)	2 555	86,2	2 705	89,8	84	73,0
Mellan (3-4 risker)	348	11,7	244	8,1	20	17,4
Hög (5-10 risker)	61	2,1	62	2,1	11	9,6
Totalt	2 964	100	3 011	100	115	100

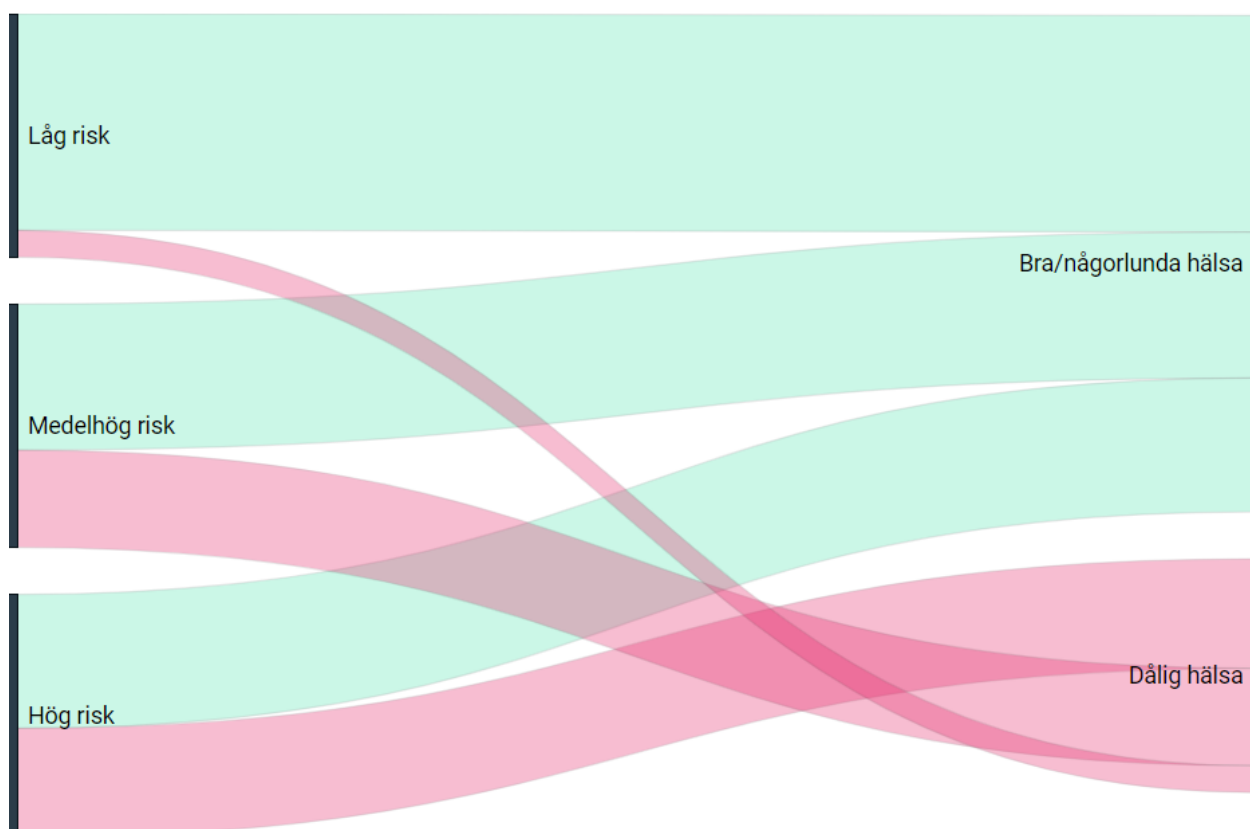
4.3 Självskattad hälsa

I lågriskgruppen skattade 11% av de unga dålig hälsa. Motsvarande andelar i mellan- respektive högriskgruppen var 40% respektive 44%.

Sambandsanalyser visar att oddsen/risken för dålig självskattad hälsa är ungefär 6 ggr högre (KI¹⁹: 4,8-7,1) för mellanriskgruppen jämfört med lågriskgruppen, och 7 ggr högre (KI: 5,0-10,7) för högriskgruppen jämfört med lågriskgruppen. Sambandet kvarstår även vid justering för kön och åldersgrupp. Vidare konstateras att oddsen/risken för dålig självskattad hälsa är 3 gånger högre för flickor och 6 gånger högre för personer med annan könsidentitet jämfört med pojkar. Oddsen/risken för dålig självskattad hälsa är lägre för gymnasieelever jämfört med elever i högstadiet.

Figur 4 nedan beskriver relationen mellan riskgruppsstillhörighet och självskattad hälsa baserat på andelar i procent. Figuren illustrerar exempelvis att personer i högriskgruppen i högre grad skattar sin hälsa som dålig jämfört med framför allt lågriskgruppen.

Figur 4



¹⁹ Konfidensintervall

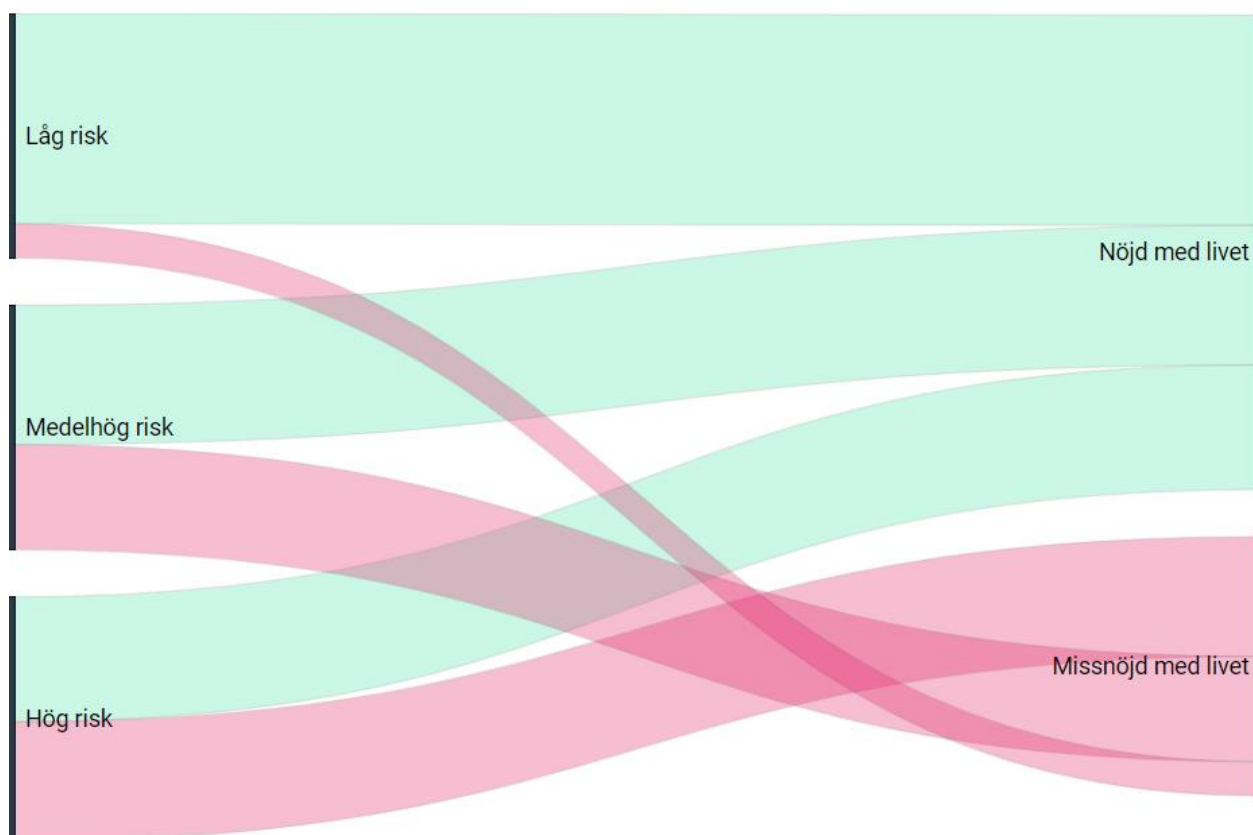
4.4 Livstillfredsställelse (missnöjd med livet)

I lågriskgruppen skattade 14% av de unga missnöje med livet. Motsvarande andelar i mellan- respektive högriskgruppen var 44% respektive 50%.

Resultatet visar att oddsen/risken för att vara missnöjd med livet är 5 gånger högre för mellanriskgruppen jämfört med lågriskgruppen, och nästan 7 gånger högre för högriskgruppen jämfört med lågriskgruppen. Sambandet kvarstår även vid justering för kön och åldersgrupp. Vidare konstateras att oddsen/risken för att vara missnöjd med livet är 2,5 gånger högre för flickor och nästan 6 gånger högre för personer med annan könsidentitet jämfört med pojkar. Oddsen/risken för att vara missnöjd med livet är lägre för gymnasieelever jämfört med elever i högstadiet.

Figur 5 nedan beskriver relationen mellan riskgruppstillhörighet och livstillfredsställelse baserat på andelar i procent.

Figur 5



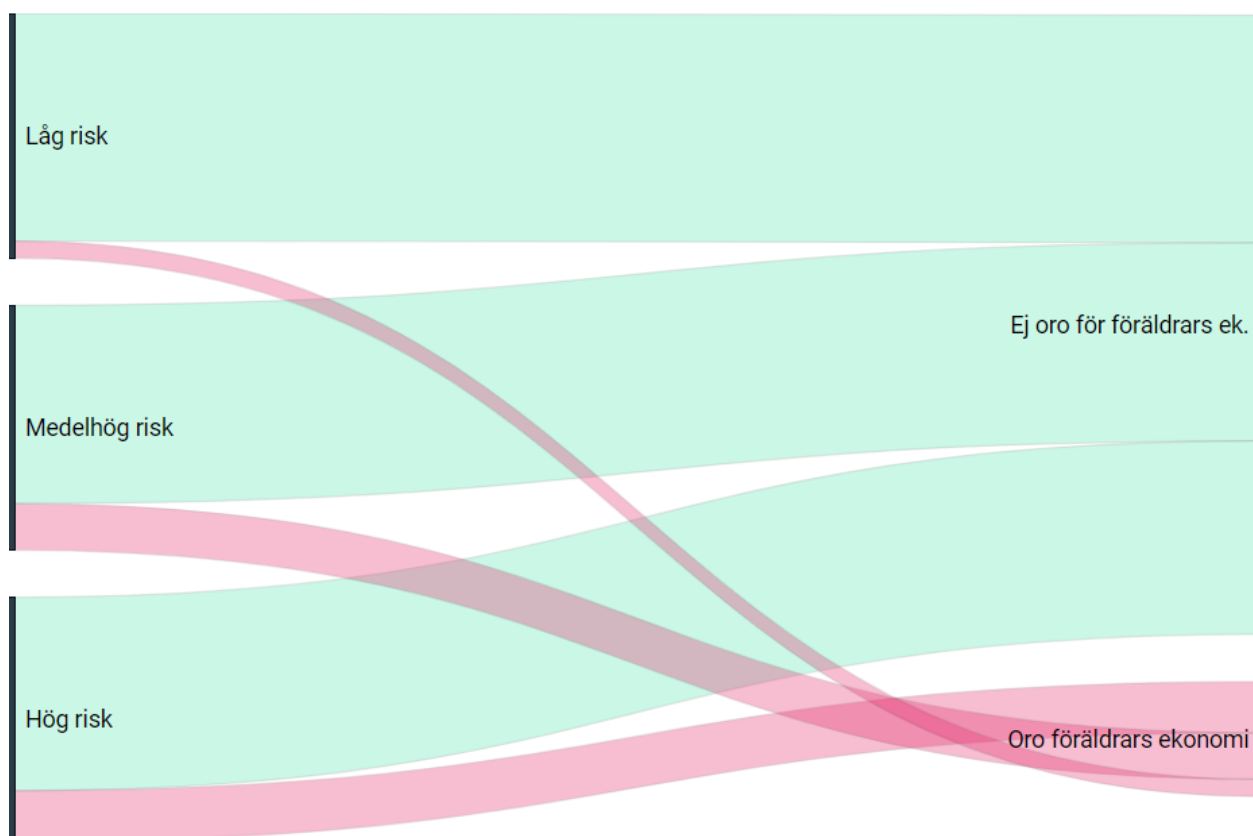
4.5 Oro för föräldrars ekonomi

I lågriskgruppen skattade 7% oro för ekonomin. Motsvarande andelar i mellan- respektive högriskgruppen var 19% respektive 21%.

Resultatet visar att oddsen/risken för att känna oro för föräldrarnas ekonomi är nästan 3 gånger högre för mellanriskgruppen och 3 gånger högre för högriskgruppen jämfört med lågriskgruppen. Sambandet kvarstår även vid justering för kön och åldersgrupp. Vidare konstateras att oddsen/risken för oro är nästan 2 gånger högre för flickor och nästan 4 gånger högre för personer med annan könsidentitet jämfört med pojkar. Det framgår inga signifikanta skillnader mellan högstadiet och gymnasiet avseende oro.

Figur 6 nedan beskriver relationen mellan riskgruppstillhörighet och oro för föräldrarnas ekonomi baserat på andelar i procent.

Figur 6



5 Sammanfattning målgruppsanalys

Målgruppsanalysen syftade till att beskriva bruk samt skadligt bruk och beroende hos unga med komplex problematik i Dalarnas län. Målgruppsanalysen har huvudsakligen genomförts baserat på ungas (13-19 år) självrapporterade data från enkätundersökningen LUPP, Lokal uppföljning av ungdomspolitiken. Resultatet beskriver förekomst av bruk, riskgrupper unga utifrån utsatthet avseende riskfaktorer samt könsrelaterade skillnader.

Utifrån svar på 10 riskrelaterade enkätfrågor identifierades tre riskgrupper bland de unga; en låg, en mellan- och en högriskgrupp. Lågriskgruppen (0-2 risker) var störst (88% av hela gruppen), vilket illustrerar att de flesta unga har få riskfaktorer. Unga tillhörande högriskgruppen (5-10 risker, 2%) skiljer sig tydligt från övriga avseende bruk av både alkohol och narkotika. Även i analysen av riskgrupperna i relation till de tre utfallen självskattad hälsa, livstillfredsställelse och ekonomisk oro, sticker högriskgruppen ut med sin ökade risk. Dessa tre utfall predicerar sjukdomsrisk senare i livet, allmänt välbefinnande samt subjektiv socioekonomisk status, vilket i sig har en koppling till hälsa. Detta illustrerar därmed ytterligare utsattheten hos högriskgruppen samtidigt som den bekräftar relevansen av riskgruppsindelningen. Med tanke på den utsatthet i tillvaron som riskfaktorerna illustrerar är högriskgruppen sannolikt en grupp unga som har omfattande behov av samtliga insatser från flera olika aktörer i samverkan. Även i mellanriskgruppen (3-4 risker, 10%) finns sannolikt ett större antal individer i behov av insatser i samverkan. En grov uppskattning av antalet individer detta skulle motsvara i Dalarna, inom åldersgruppen 13-19 år, är för högriskgruppen 503 personer (2% av totalpopulationen) och för mellanriskgruppen 2307 personer (10% av totalpopulationen). Det bör dock nämnas att mörkertalet för dessa siffror sannolikt är betydande då det finns anledning att tro att de allra mest utsatta unga är underrepresenterade i datamaterialet. Avseende könsskillnader framstår personer med annan könsidentitet som särskilt sårbara jämfört med både pojkar och flickor. De har i större utsträckning testat narkotika, är överrepresenterade i högriskgruppen jämfört med flickor och pojkar och tycks oavsett riskgruppstillhörighet ha en större utsatthet totalt sett.

Kompletterande data från CAN:s skolundersökning gällande bruk av läkemedel utan läkarordination samt spelproblem indikerar att detta skulle beröra totalt ca 200-300 unga i Dalarna i årskurs nio samt gymnasiets andra år. För dessa data finns dock ingen koppling till andra riskfaktorer såsom i LUPP-data.

Det personorienterade angreppssättet i analysen av LUPP-data illustrerar samspelet mellan olika faktorer i en individs livssituation snarare än frekvenser av enskilda faktorer, en i taget. På så sätt synliggörs också behovet av att se individen och dennes totala utsatthet i ett sammanhang samt hur det förutsätter en utformning av samtliga vård- och stödinsatser

utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och i samverkan mellan flera aktörer för att hjälpa på bästa sätt.

6 Bilaga A - CAN:s nationella skolundersökning, 2022

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)²⁰ är ett nationellt kunskapscentrum som genomför undersökningar, forskning och kunskapshöjande insatser på området alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. Baserat på olika undersökningar publiceras rapporter av olika slag och inom olika fokusområden. För detta uppdrag har uppgifter hämtats från CAN:s nationella skolundersökning 2022²¹ som genomförs årligen bland skolelever i årskurs 9 och gymnasiets andra år.

I Tabell 4 presenteras resultat från ett urval frågor ur enkäten kompletterat med en uppskattning av antalet elever i Dalarna. Uppskattningen för Dalaelever baseras på de nationella andelarna i svaren samt elevstatistik från Skolverket. (Observera att denna statistik presenteras "variabelorienterat" till skillnad från den presentation kopplat till riskgrupper av individer som förekommer i övrigt i målgruppsanalysen. Detta innebär att en och samma individ kan ha rapporterat flera typer av bruk i statistiken nedan. Observera även att det beräknade antalet elever avser punktskattningar för endast 2 årskullar elever.)

²⁰ CAN. Centralförbundet för alcohol och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/>

²¹ CAN:s nationella skolundersökning. <https://www.can.se/undersokningar/cans-nationella-skolundersokning/>

Tabell 4. Resultat från CAN:s nationella skolundersökning. Procentsatser ur nationella data omräknat till antal elever i Dalarna baserat på befolkningsdata.

	Nationellt (andelar, %)		Omräknat Dalarna (antal elever)	
	Åk 9	År 2	Åk 9 ²² n(tot) = 3224	År 2 ²³ n(tot) = 3376
Alkohol högkonsumenter ²⁴	2	6	64	203
Alkohol riskkonsumenter ²⁵	7	21	226	709
Sjukhuskontakt pga alkohol senaste 12 mån ²⁶	2	3	64	101
Använt narkotika ²⁷				
Senaste 12 mån	5	10	161	338
Receptbelagda läkemedel utan läkarordination				
- Sömnmedel eller lugnande ²⁸				
Senaste 12 mån	5	3	161	101

²² Skolverkets statistik grundskolans årskurs 9:

https://siris.skolverket.se/reports/rwervlet?cmdkey=common&geo=1&report=gr_el ever&p_sub=1&p_ar=2021&p_lankod=20&p_kommunkod=&p_skolkod=&p_hmantyp=&p_hmankod=&p_flik=G

²³ Skolverkets statistik gymnasieskolans år 2:

https://siris.skolverket.se/reports/rwervlet?cmdkey=common&geo=1&report=gy_el ever&p_ar=2021&p_lankod=20&p_kommunkod=&p_skolkod=&p_hmantyp=&p_hmankod=&p_flik=G&p_sub=1

²⁴ Andelen högkonsumenter (flickor; minst 9 standardglas, pojkar; minst 14 standardglas) i veckan.

²⁵ Druckit minst 9 standardglas (flickor) eller 14 standardglas (pojkar) i veckan och/eller intensivkonsumerat månatligen.

²⁶ Svar på frågan "Har något av följande hänt i samband med att du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?" Svarsalternativ "Behövt uppsöka sjukhus eller akutmottagn".

²⁷ Tex hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin

²⁸ Tex Stesolid, Imovane, Xanor, Bensodiazepin

- Smärtstillande ²⁹				
Senaste 12 mån	4	3	129	101
- Centralstimulerande ³⁰				
Senaste 12 mån	4	2	129	68
Lustgas				
Senaste 12 mån	4	14	129	473
Anabola androgena steroider (AAS)				
Senaste 12 mån	1	0	32	-
Spel om pengar				
Senaste 12 mån	17	22	548	743
Spelproblem enl PGSI ³¹	3	5	97	169

²⁹ Tex Tramadol, Citodon, Oxycodone, Morfin

³⁰ Tex ADHD-läkemedel som Ritalin, Concerta, Attentin, Elvanse

³¹ Problem Gambling Severity Index, <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/pgsi-problem-gambling-severity-index/>

7 Bilaga B – Riskvariabler

Tabell 5. De tio variabler som användes för att skapa riskgruppsvariabeln, samt dikotomisering av svarsalternativen. Svarsalternativ i fet stil har kategoriserats som risk.

Fråga i LUPP	Dikotomisering
Har du någon gång använt narkotika (utan läkarordination)?	'Ja, ett fåtal gånger', 'Ja, flera gånger' VS 'Ja, en gång', 'Nej'
Hur ofta brukar du göra följande? <Dricka starköl, starkcider, alkoholisk vin eller sprit>	'I stort sett varje dag', 'Flera gånger i veckan', 'En gång i veckan' VS 'Sällan eller aldrig', 'Någon eller några gånger i månaden'
Hur ofta dricker du så mycket alkohol att du känner dig full? <i>OBS här ingår en delmängd ungdomar, baseras på de som dricker</i>	'I stort sett varje dag', 'Flera gånger i veckan', 'En gång i veckan' VS 'Någon eller några gånger i månaden', 'Sällan eller aldrig'
Får du dricka alkohol för din/dina föräldrar eller vårdnadshavare?	'Ja' VS 'Nej', 'Vet inte'
Hur ofta har du haft följande besvär under de senaste sex månaderna? <Känt dig nedstämd>	'I stort sett varje dag', 'Flera gånger i veckan' VS 'En gång i veckan', 'Någon eller några gånger i månaden', 'Sällan eller aldrig'
Hur ofta har du haft följande besvär under de senaste sex månaderna? <Sovit dåligt på natten>	'I stort sett varje dag', 'Flera gånger i veckan' VS 'En gång i veckan', 'Någon eller några gånger i månaden', 'Sällan eller aldrig'
Nu vill vi att du tänker tillbaka på de senaste sex månaderna. Har något av detta hänt dig? <Jag har blivit utsatt för misshandel>	'Ja' VS 'Nej', 'Vill inte svara'
Nu vill vi att du tänker tillbaka på de senaste sex månaderna. Har något av detta hänt dig? <Jag har blivit utsatt för sexuellt våld/utnyttjande>	'Ja' VS 'Nej', 'Vill inte svara'
Hur nöjd eller missnöjd är du med ditt liv när det handlar om följande? <skolan>	'Ganska missnöjd', 'Mycket missnöjd' VS 'Mycket nöjd', 'Ganska nöjd'
Hur ofta känner du dig trygg på följande ställen? <I hemmet>	'Aldrig', 'Sällan' VS 'Alltid', 'Oftast'

De tio riskerna kategoriserats till tre olika riskgrupper:

0-2 risker = låg risk

3-4 risker = medelhög risk

5-10 risker = hög risk

8 Bilaga C – Antal risker

Tabell 6. Antal personer samt andelar i procent av den totala studiepopulationen i relation till antal risker.

Antal risker	Antal personer	Andel (%)
0	2781	45,7
1	1568	25,7
2	995	16,3
3	432	7,1
4	180	3,0
5	75	1,2
6	38	0,6
7	10	0,2
8	7	0,1
9	4	0,1
10	0	0
Totalt	6090	100