



SUNDHEDSSTYRELSEN

Risikoadfærd blandt unge

Risikoadfærdsmønstre og sammenhæng med anden sundhedsadfærd, fysisk helbred, mental sundhed og sociale relationer

Risikoadfærd blandt unge

Risikoadfærdsmønstre og sammenhæng med anden sundhedsadfærd, fysisk helbred, mental sundhed og sociale relationer

© Sundhedsstyrelsen, 2022
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen
af Statens Institut for Folkesundhed
Forfattere: Maja Bramming, Jens Elmelund Rise,
Charlotte Amby Holst, Signe Hviid og
Janne Schurmann Tolstrup

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-416-2

Sprog: Dansk
Version: 01
Versionsdato: 21. marts 2022

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Sundhedsstyrelsen, Troels Heien, Lars Wittrock,
Adobe Stock og Colourbox

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Marts 2022

Indholdsfortegnelse

- 5 Forord**
- 6 Sammenfatning**
- 8 English summary**
- 10 1. Baggrund**
 - 1.1. Formål
 - 1.2. Læsevejledning og fremstilling af resultater
- 12 2. Datagrundlag og metode**
 - 2.1. Datakilder
 - 2.1.1. UNG19 GYM
 - 2.1.2. UNG19 EUD
 - 2.1.3. Repræsentativitet og generaliserbarhed
 - 2.1.4. Ungdomsuddannelser i Danmark
 - 2.2. Studiepopulation
 - 2.2.1. Sociodemografisk karakteristika af studiepopulationen
 - 2.2.2. Brug af rusmidler
 - 2.3. Latent klasseanalyse
- 20 3. Karakteristik af unge med forskellig risikoadfærd**
 - 3.1. Resultat af latent klasseanalyse
 - 3.2. Sociodemografisk karakteristika af grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre
 - 3.3. Opsamling
- 28 4. Risikoadfærd og anden sundhedsadfærd**
 - 4.1. Fysisk aktivitet
 - 4.1.1. Moderat til hård fysisk aktivitet
 - 4.1.2. WHO's anbefaling om fysisk aktivitet
 - 4.1.3. Fysisk aktivitet i forening eller klub
 - 4.2. Kost
 - 4.3. Søvn og træthed
 - 4.3.1. Antal timers nattesøvn
 - 4.3.2. Søvnproblemer
 - 4.4. Opsamling
- 38 5. Risikoadfærd og fysisk helbred**
 - 5.1. Selvvurderet helbred
 - 5.2. Fysiske symptomer
 - 5.3. Vægt og krop
 - 5.3.1. Overvægt
 - 5.3.2. Kropsopfattelse
 - 5.3.3. Kropstilfredshed
 - 5.4. Opsamling
- 46 6. Risikoadfærd og mental sundhed**
 - 6.1. Trivsel
 - 6.1.1. Livstilfredshed
 - 6.1.2. Mental velvære
 - 6.1.3. Self-efficacy
 - 6.1.4. Selvværd
 - 6.2. Stress
 - 6.3. Psykiske symptomer
 - 6.4. Ensomhed
 - 6.5. Opsamling
- 56 7. Risikoadfærd og sociale relationer**
 - 7.1. Fortrolighed
 - 7.1.1. Fortrolighed med forældre
 - 7.1.2. Fortrolighed med venner
 - 7.2. Skole
 - 7.2.1. Skoletilfredshed
 - 7.2.2. Hjælp og støtte fra lærer
 - 7.3. Opsamling
- 62 8. Diskussion**
 - 8.1. Identificering af risikoadfærdsgrupper
 - 8.2. Sammenhæng mellem risikoadfærd og andre faktorer
 - 8.3. Unge uden for ungdomsuddannelserne
 - 8.4. Perspektivering
- 64 9. Referencer**



Forord

Forebyggelsesindsatser er ofte rettet mod unge med én type af risikoadfærd, for eksempel rygning eller et problematisk alkoholforbrug. Ungdomslivet er imidlertid en periode karakteriseret ved høj risikovillighed og mange eksperimenterer i denne periode med forskellige typer af rusmidler. Typisk ses der en ophobning af risikoadfærd – altså det er ofte de samme unge, der har et problematisk alkoholforbrug, der samtidig ryger cigaretter og eksperimenterer med forskellige former for illegale stoffer.

Rapporten **Risikoadfærd blandt unge** – *Risikoadfærdsmønstre og sammenhæng med anden sundhedsadfærd, fysisk helbred, mental sundhed og sociale relationer* giver et nuanceret indblik i risikoadfærdsmønstre blandt 15-25-årige på ungdomsuddannelser i Danmark. Dette gøres ved at tage udgangspunkt i de unges forbrug af rusmidler (alkohol, cigaretter, røgfri tobak, vandpibe og e-cigaretter, hash, lattergas og andre former for euforiserende stoffer) og herved identificere grupper af unge med forskellige typer af risikoadfærdsmønstre. Derefter karakteriseres disse grupper i forhold til forskellige helbreds- og trivselsindikatorer.

Rapporten beskriver fire grupper af unge med forskellige risikoadfærdsmønstre. Langt de fleste unge drikker alkohol, og mange drikker også over 10 genstande pr. uge og oftere end 5 gange, men anvender ikke andre former for rusmidler end alkohol. Disse unge er karakteriseret ved generelt at have mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd og bedre trivsel sammenlignet med unge, der i højere grad bruger flere typer af rusmidler. Der findes en gruppe af unge, der udviser et højt risikoadfærdsmønster (12 % blandt drenge og 10 % blandt piger), og disse unge oplever at være mere stressede, oplever flere symptomer på psykiske helbredsproblemer, oplever større ensomhed, dyrker mindre motion, spiser mere usundt, sover dårligere og oplever i mindre grad fortrolighed med deres forældre sammenlignet med andre unge.

Rapporten er tænkt som et opslagsværk og henvender sig til kommunale forebyggelsesmedarbejdere og beslutningstagere. Det er håbet, at rapportens resultater kan bruges i planlægningen og prioriteringen af sundhedsindsatser.

Sammenfatning

Med udgangspunkt i latent klasseanalyse beskriver denne rapport risikoadfærdsmønstre blandt unge på ungdomsuddannelser mellem 15 og 25 år. Latent klasseanalyse gør det muligt at identificere grupper af unge med forskellige risikoadfærdsmønstre ud fra deres besvarelser på en række indikatorer relateret til rusmiddelforbrug. Herudover er formålet med rapporten at karakterisere disse grupper i forhold til en række helbreds- og trivselsindikatorer, herunder anden sundhedsadfærd, fysisk helbred, mentalt helbred og sociale relationer. Resultaterne er baseret på data fra deltagere i *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (UNG19 GYM) og *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* (UNG19 EUD).

Blandt både drenge og piger identificerede latent klasseanalyse fire grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre: lavrisikoadfærd, alkoholrelateret risikoadfærd, eksperimentel risikoadfærd og højrisikoadfærd.

Lavrisikoadfærd

(34 % blandt drenge, 51 % blandt piger)

Denne gruppe er karakteriseret ved, at størstedelen angiver, at de drikker alkohol, men ellers ses der kun en meget lille andel (<10 %), der udviser andre former for risikoadfærd. Gruppen er yderligere karakteriseret ved at have en større andel af elever med andet statsborgerskab end dansk sammenlignet med grupperne med alkoholrelateret og eksperimentel risikoadfærd, men der er ikke forskel på denne gruppe og gruppen med højrisikoadfærd. Eleverne i denne gruppe har generelt forældre med en højere socioøkonomisk status sammenlignet med gruppen med højrisikoadfærd, men lavere end grupperne med alkoholrelateret og eksperimentel risikoadfærd.

Gennem rapporten tegner der sig et billede af en gruppe af unge med lavrisikoadfærd, der generelt klarer sig godt på de fleste helbreds- og trivselsindikatorer. Gruppen har i højere grad end de andre grupper sundere kostvaner, bedre kropstilfredshed, sover de anbefalede 8-10 timer om natten og føler i højere grad, at de får hjælp og støtte fra deres lærere. En stor andel viser tegn på god mental sundhed, og mange er fysisk aktive. Blandt drenge er

der færre i gruppen med lavrisikoadfærd, der føler fortrolighed med deres venner, sammenlignet med de andre grupper, og flere, der føler sig ensomme, sammenlignet med grupperne med alkoholrelateret risikoadfærd og eksperimentel risikoadfærd.

Alkoholrelateret risikoadfærd

(30 % blandt drenge, 26 % blandt piger)

Alle i gruppen drikker alkohol, og en relativt stor andel drikker over 10 genstande på en typisk uge. Samtidig er der 55 % blandt drenge og 40 % blandt piger, der drikker ofte (5 gange eller flere på en måned).

Især blandt piger er denne gruppe karakteriseret ved at være yngre end de andre grupper. Samtidig er der flere i denne gruppe, sammenlignet med de andre grupper, der har forældre med høj uddannelse og høj indkomst, både blandt drenge og piger.

Generelt ser det ud til, at unge med alkoholrelateret risikoadfærd klarer sig bedst i forhold til mental sundhed sammenlignet med de andre grupper. En større andel har høj livstilfredshed og en høj grad af mental velvære. Samtidig er der færre, der føler sig stressede, oplever psykiske symptomer og føler sig ensomme. Der er dog ikke stor forskel i de forskellige indikatorer for mental sundhed mellem denne gruppe og gruppen med lavrisikoadfærd. En stor andel af unge med alkoholrelateret risikoadfærd er fortrolige med deres forældre og venner, og deres skoleliv er kendetegnet ved høj tilfredshed. En stor andel af unge med alkoholrelateret risikoadfærd lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet og dyrker motion i en forening eller klub.

Eksperimentel risikoadfærd

(24 % blandt drenge, 13 % blandt piger)

Mange i gruppen drikker over 10 genstande på en typisk uge og drikker ofte (5 gange eller flere på en måned). Samtidig findes der en stor andel, der ryger cigaretter lejlighedsvis, og mange bruger røgfri tobak og ryger hash. En relativt stor andel har også prøvet lattergas og andre former for stoffer.

Sammen med gruppen med højrisikoadfærd består gruppen af flere elever fra Region Hovedstaden

sammenlignet med de andre to grupper. Samtidig er der flere elever i gruppen med forældre med høj uddannelse og høj indkomst sammenlignet med grupperne med lav- og højrisikoadfærd, men der er ikke stor forskel på denne gruppe og gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd.

Sammenligner man denne gruppe med grupperne med lavrisikoadfærd og alkoholrelateret risikoadfærd, er der færre, der dyrker motion i forening eller klub, flere, der spiser fastfood 2-4 gange om ugen, færre, der sover 8-10 timer om natten, flere med søvnproblemer, færre med et godt selv vurderet helbred, og flere, der oplever psykiske symptomer (ked af det, irritable/dårligt humør, nervøs). Dog klarer de sig bedre end gruppen med højrisikoadfærd på disse parametre. Gruppen har generelt gode sociale relationer, men sammenlignet med grupperne med lavrisikoadfærd og alkoholrelateret risikoadfærd er der lidt færre, der er glade for at gå i skole, og som oplever, at de kan få hjælp og støtte fra deres lærere.

Højrisikoadfærd

(12 % blandt drenge, 10 % blandt piger)

Gruppen er kendetegnet ved et stort alkoholforbrug (drikker over 10 genstande på en typisk uge og drikker ofte). Langt størstedelen ryger cigaretter dagligt, mange har røget hash den seneste måned, og i denne gruppe findes den største andel, der har prøvet lattergas og andre former for stoffer. Samtidig har relativt mange været fuld eller røget deres første cigaret i en ung alder (≤ 13 år).

Gruppen af unge med højrisikoadfærd er yderligere karakteriseret ved, at en større andel er over 18 år, går på erhvervsskole, har forældre med lav uddannelse (grundskole som højest fuldførte uddannelse), har forældre med en indkomst i den laveste tertiel, og ca. dobbelt så mange elever har oplevet økonomiske problemer i familien sammenlignet med de øvrige risikoadfærdsgrupper.

Gennem hele rapporten skiller gruppen med højrisikoadfærd sig ud fra de andre grupper ved at klare sig dårligst på langt de fleste helbreds- og trivselsindikatorer. Specielt er de mindre fysisk aktive, har i højere grad usunde kostvaner, sover dårligt, har et

dårligere selv vurderet helbred, oplever ofte fysiske smerter, har en større andel med overvægt, har lavere livstilfredshed, er mere stressede, oplever i højere grad psykiske symptomer (ked af det, irritable/dårligt humør, nervøs) og har en lavere grad af fortrolighed med deres forældre sammenlignet med de andre grupper.

Rapporten giver et indblik i nuancerne af risikoadfærd blandt unge 15-25-årige på ungdomsuddannelser i Danmark. Der tegnes et billede af fire forskellige adfærdsmønstre, hvor langt de fleste unge bruger alkohol som deres eneste rusmiddel. Unge, der eksperimenterer med forskellige former for rusmidler, trives nødvendigvis ikke dårligere end unge, der kun bruger alkohol som rusmiddel. Resultaterne viser dog, at en mindre andel af unge på ungdomsuddannelser har et højt risikoadfærds-mønster og samtidig trives dårligere end andre unge. Resultaterne understreger vigtigheden af, at indsatser målrettet unge i højere grad bør tænke rusmiddelforbrug som en del af et risikoadfærds-mønster fremfor at kigge på de enkelte risikofaktorer for sig selv.

English summary

Based on latent class analysis, this report describes risk behavior patterns in young people between the age of 15 and 25 attending secondary education in Denmark. Latent class analysis allows for identification of groups with similar risk behavior patterns based on several indicators related to substance use. Additionally, the purpose of the report was to characterize groups with different risk behavior patterns in terms of health behavior, physical and mental health, and social relations. Results are based on data from participants of *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (UNG19 GYM) and *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* (UNG19 EUD).

The latent class analysis identified four groups of young people with different risk behavior patterns: low-risk behavior, alcohol related behavior, experimental risk behavior, and high-risk behavior.

Low-risk behavior

(34 % among boys, 51 % among girls)

Most students in this group consume alcohol, however, only very few (< 10 %) show other types of risk behavior.

The group is additionally characterized by having a larger share of students with another citizenship than Danish, compared with the groups with alcohol related risk behavior and experimental risk behavior; however, the share is not much different from the group with high-risk behavior. Generally, students in this group have parents with a higher socioeconomic position compared with students in the group of high-risk behavior, but lower than the students in the groups with alcohol related risk behavior and experimental risk behavior.

The group generally performs well in terms of most indicators of health and well-being. Student with low-risk behavior have healthier dietary habits, are more content with their own body, get the recommended amount of sleep (8-10 hours pr. night), and more often feel that they can get the support and help that they need from their teachers. A large share of students in this group performs well on indicators for mental health and many are physically active. Fewer boys with low-risk behavior have a confidential relationship with their friends compared

with the other groups, and more boys experience loneliness compared with the groups with alcohol related and experimental risk behavior.

Alcohol related risk behavior

(30 % among boys, 26 % among girls)

All students within this group consume alcohol and many consume more than 10 standard drinks pr. week and consume alcohol regularly (5 times or more pr. month).

Among girls, this group is characterized by being younger compared with the other groups. Among both boys and girls, more students in this group have parents with a higher level of education and income compared with the other groups.

Generally, students with alcohol related behavior perform better on mental health related indicators compared with the other groups. More students in this group are satisfied with their life in general and have a high level of mental well-being. Additionally, fewer students feel stressed, experience physical symptoms (headache, stomach pain, pain in the neck or back), and experience loneliness compared with students in the other groups. However, the differences in mental health indicators are small between this group and the group with low-risk behavior. A large share of students with alcohol related behavior have a confidential relationship with their parents and friends, and are very satisfied with their school life. Additionally, a large share is sufficiently physically active according to the World Health Organization's guidelines for physical activity, and many are members of a sports club or sports associations.

Experimental risk behavior

(24 % among boys, 13 % among girls)

All students within this group consume alcohol and many consume more than 10 standard drinks pr. week and consume alcohol regularly (5 times or more pr. month). Additionally, a large share within this group smoke cigarettes occasionally and many use smoke free tobacco and smoke cannabis. A relatively large proportion have also tried using nitrous oxide and other types of illegal substances. More students in this group, along with students

with high-risk behavior, are from the Capital Region of Denmark compared with the other two groups. More students with experimental risk behavior, along with students with alcohol related risk behavior, have parents with a high level of education and income.

Compared with students with low-risk and alcohol related risk behavior, fewer students in this group are members of a sports club, get sufficient sleep (8-10 hours pr. night), have a good self-rated health, and more students eat fast food often (2-4 times pr. week), have trouble sleeping, and experience psychiatric symptoms (feeling sad, irritable, or nervous). However, students in this group are performing better than the group with high-risk behavior on all listed aspects. Generally, students with experimental risk behavior, have good social relations, however, compared with students with low-risk and alcohol related risk behavior, fewer are happy with their school life.

High-risk behavior

(12 % among boys, 10 % among girls)

All students within this group consume alcohol and many consume more than 10 standard drinks pr. week and consume alcohol regularly (5 times or more pr. month). The majority smoke cigarettes daily, many have used cannabis within the last month, and in this group, we see the largest proportion of students who have used nitrous oxide and other types of illegal substances. Additionally, a relatively large share of student in this group had their first drunk experience and smoked their first cigarette at a young age (≤ 13 years).

This group is further characterized by being older, attending vocational school rather than high school, and having parents with a low level of education and income. Additionally, twice as many students in this group have experienced financial trouble in their family, compared with the other three groups.

The group of students with high-risk behavior stands out from the other groups by performing worst on all indicators of health behavior, physical and mental health, and social relations. Specifically, more students in this group are less physically active, have unhealthy dietary habits, have trouble

sleeping, have a low self-rated health, experience more often physical symptoms (headache, stomach pain, pain in the neck or back), are overweight, have a low level of content with their own life, feel stressed, experience psychiatric symptoms (feeling sad, irritable, or nervous), and are less confidential with their parents, compared with the other three groups

This report provides insight into the different nuances of youth risk behavior. The report describes four groups with different risk behavior patterns, and it is evident that most 15-25 years old young people in Denmark mainly use alcohol as their substance of choice. Young people who experiment with a range of other substances are not necessarily doing worse than other young people in terms of health behavior, physical and mental health, and social relations, however, there is a small group of young people with high-risk behavior who are not doing as well. The results underline the importance of looking at risk behavior from a multi risk behavior perspective rather than focusing on one type of risk behavior.

1. Baggrund

Risikoadfærd kan defineres som adfærd, hvorved en person bevidst eller ubevidst øger sin sandsynlighed for at blive udsat for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykke (1). Eksempler på risikoadfærd er kriminalitet, usikker sex, undlade fysisk aktivitet samt brugen af rusmidler som alkohol, tobak og euforiserende stoffer. Ungdommen er i høj grad en periode i livet, hvor der afprøves grænser, og mange vil stifte bekendtskab med forskellige former for rusmidler i løbet af deres ungdom som en del af en socialiseringsproces og den kultur, de bevæger sig i (2). Alkohol er det mest udbredte rusmiddel blandt unge i Danmark (3), og mange opfatter det at feste og drikke sig fuld som en positiv og social aktivitet, der er en vigtig del af deres sociale liv (4, 5). Over 90 % af danske unge på ungdomsuddannelser drikker alkohol, og 40 % blandt drenge og 25 % blandt piger drikker alkohol oftere end fire gange på en typisk måned (6, 7). Tobak og hash er, efter alkohol, de næstmest udbredte former for rusmidler blandt danske unge (3). Omkring to ud af tre elever på ungdomsuddannelser har prøvet at ryge cigaretter. Lidt over hver tiende elev ryger dagligt, og lidt flere end hver sjette ryger lejlighedsvis (6, 7). Blandt unge under 25 år har 41 % prøvet at ryge hash, mens 11 % har stiftet bekendtskab med hårdere stoffer som eksempelvis amfetamin, kokain, lattergas og ecstasy (8). For nogle unge er det at prøve rusmidler en enkeltstående oplevelse, mens andre prøver det gentagne gange, og for nogle kan det udvikle sig til et problematisk forbrug eller besluttet afhængighed. De fleste vil holde sig til et enkelt rusmiddel, typisk alkohol, hvorimod andre unge vil afprøve og begynde at bruge flere typer af rusmidler.

Brug af diverse rusmidler har på forskellige måder betydning for unges sundhed og trivsel. Indtag af alkohol kan medføre en række umiddelbare negative konsekvenser såsom voldelig og seksuel adfærd, som efterfølgende angres (9), ulykker (10) og i værste fald dødsfald (11). Tobaksrygning og brug af cannabis eller andre euforiserende stoffer øger risikoen for en række sygdomme, herunder hjertekarsygdomme, respiratoriske lidelser og kræft (12-14). Herudover kan nikotin påvirke hjernens udvikling og kognitive funktion senere i livet (13, 15), imens euforiserende stoffer ofte ses associeret med psykiske symptomer såsom angst og depression (14, 16).

De senere år har produkter som e-cigaretter, snus, tyggetobak, nikotinposer og vandpibe vundet indpas blandt unge, blandt andet fordi de indeholder smagsstoffer, som appellerer mere til denne del af befolkningen (12, 17). Der findes evidens for, at røgfri tobak som snus og tyggetobak er kræftfremkaldende samt øger risikoen for type 2-diabetes (18, 19). Desuden giver denne form for tobak skader i munden blandt andet i slimhinder og tandkød (20). Selvom der endnu ikke findes meget evidens for helbredseffekten ved brug af e-cigaretter, tyder det på, at også denne form for tobak er helbredsskadelig (21, 22).

De fleste rusmidler er afhængighedsdannende, men der findes ikke en enkel forklaring på, hvorfor nogle unge udvikler et problematisk forbrug, mens andre unge ikke gør. Dog ser det ud til, at sociale og psykiske faktorer såsom belastninger i opvæksten, højt rusmiddelforbrug blandt familie og venner, mistroivsel, psykiske problemer og problemer i skolen har stor betydning for ophobning af risikoadfærd og udvikling af rusmiddelproblemer (23). Herudover ses der en sammenhæng mellem forskellige former for risikoadfærd – eller en ophobning af risikoadfærd blandt nogle (24, 25). Eksempelvis er det ofte de samme unge, der har et højt forbrug af rusmidler, der også kører hasarderet i trafikken, begår kriminalitet, og som har en lav debutalder i forhold til seksuel erfaring (24, 26). Som nævnt indledningsvis er ungdomsårene generelt forbundet med en høj risikovillighed, og det kan være svært at skelne mellem, hvornår risikoadfærd er eksperimenterende og afprøvende adfærd, som "går over", når den unge bliver ældre (27), og hvornår adfærden er tegn på mistroivsel, der giver anledning til bekymring på længere sigt.

1.1. Formål

Formålet med denne rapport er:

- At identificere grupper af unge med forskellige risikoadfærdsmønstre forbundet med brug af rusmidler.
- At karakterisere disse grupper i forhold til en række helbreds- og trivselsindikatorer, herunder anden sundhedsadfærd, fysisk helbred, mentalt helbred og sociale relationer.

Rapportens formål belyses ved brug af data fra de to landsdækkende spørgeskemaundersøgelser *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (UNG19 GYM) og *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* (UNG19 EUD).

1.2. Læsevejledning og fremstilling af resultater

For at forstå resultaterne af undersøgelsen korrekt er det vigtigt at være opmærksom på en række forhold. Denne rapport præsenterer resultater fra to såkaldte tværsnitsundersøgelser, hvilket betyder, at faktorerne er målt på samme tidspunkt. En tværsnitsundersøgelse giver et øjebliksbillede og kan pege på sammenhænge, men det er ikke muligt at påvise, hvad der er årsag, og hvad der er virkning.

Rapporten er opdelt i 8 hovedkapitler. *Kapitel 1* giver en introduktion til rapporten samt til brug af rusmidler blandt unge. *Kapitel 2* beskriver spørgeskemaundersøgelserne UNG19 GYM og UNG19 EUD, som udgør det datamæssige grundlag for analyserne i denne rapport. Desuden karakteriseres studiepopulationen i forhold til brug af rusmidler og sociodemografi, og den analytiske tilgang, (latent klasseanalyse) der er anvendt i rapporten, gennemgås. I *kapitel 3* præsenteres resultaterne fra den latente klasseanalyse. *Kapitel 4* til *7* beskriver sammenhængen mellem grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre og henholdsvis anden sundhedsadfærd, fysisk helbred, mental sundhed og sociale relationer. Til slut diskuteres resultaterne op imod den eksisterende litteratur i *kapitel 8*.

Rapportens *kapitel 4* til *7* præsenterer således en lang række resultater. Vi benytter tre principper i formidling af tallene:

Princip 1:

Vi gennemgår resultaterne efter en bestemt metodik.

Resultaterne for et givent udfald er vist i en figur (søjlediagram), der viser andelen (%) af unge i hver risikoadfærdsgruppe, der oplever dette udfald. Der er fire risikogrupper, der hver er blevet tildelt en farve svarende til graden af risikoadfærd. Disse farver bruges i figurerne til at identificere de fire grupper; søjlen, der repræsenterer gruppen 'Lavrisikoadfærd', har en **grøn** farve, gruppen 'Alkoholrelateret risikoadfærd' har en **gul** farve, gruppen 'Eksperimentel risikoadfærd' har en **orange** farve, mens gruppen 'Højrisikoadfærd' har en **rød** farve. Hver figur er opdelt på køn.

Princip 2:

Vi regner kun procent af de unge, der har besvaret spørgsmålet.

Antallet af unge, som har besvaret et givent spørgsmål, varierer fra udfald til udfald, og der findes to forklaringer på dette: 1) nogle unge har valgt ikke at besvare spørgsmålet, og 2) nogle unge stilles ikke spørgsmålet grundet deres svar på et forudgående spørgsmål (for eksempel stilles spørgsmålet om ønsket ændring i rygeadfærd kun til elever, der har angivet, at de ryger). Antallet (n) af elever, der har svaret på et givent spørgsmål, er angivet i hver figur fordelt efter køn og risikogruppe.

Princip 3:

Statistiske forskelle undersøges ikke.

I rapporten undersøges det ikke, hvorvidt forskelle i sundhedsadfærd, sygelighed og trivsel fordelt efter brug af rusmidler er statistisk signifikante.

2. Datagrundlag og metode

2.1 Datakilder

Denne rapport bygger på data fra de to landsdækkende spørgeskemaundersøgelser *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (UNG19 GYM) og *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019* (UNG19 EUD). De to undersøgelser bliver administreret af forskellige institutioner, men spørgsmålene i begge undersøgelser tager udgangspunkt i lignende spørgeskemaundersøgelser som Ungdomsprofilen 2014 (28), og er udarbejdet i tæt samarbejde mellem institutionerne for at sikre sammenlignelighed mellem de to undersøgelser. Begge undersøgelser er tværsnitsundersøgelser, der hermed giver et øjebliksbillede af, hvordan unge på gymnasiale uddannelser og erhvervsskoleuddannelser trives i øjeblikket. Data er indsamlet elektronisk via et internetbaseret spørgeskema. I informationsmaterialet blev det gjort klart for eleverne, at deltagelse i undersøgelserne var frivillig, og at deres besvarelser ville blive behandlet fortroligt og udelukkende anvendt til forskning. En stor andel af spørgsmålene i UNG19 GYM og UNG19 EUD går på tværs af begge undersøgelser. I denne rapport er gymnasieelever og erhvervsskoleelever slået sammen til én gruppe, og det har derfor været et krav, at de spørgsmål, der er anvendt i rapporten her, går på tværs af begge undersøgelser.

2.1.1. UNG19 GYM

Formålet med UNG19 GYM har været at beskrive sundhedsadfærd, trivsel og helbred blandt unge

på de gymnasiale uddannelser (6) herunder: Almen Studentereksamen (STX), Højere Forberedelseseksamen (2-årig HF), Højere Handelseksamen (HHX) og Teknisk Studentereksamen (HTX). Undersøgelsen er forankret på Statens Institut for Folkesundhed, SDU, og udføres i samarbejde med VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd samt Steno Diabetes Center Copenhagen. Undersøgelsen bakkes op af Danske Gymnasier og Sundhedsstyrelsen.

Spørgeskemaet i UNG19 GYM indeholder en lang række spørgsmål inden for temaer som alkohol, rygning, euforiserende stoffer, fysisk aktivitet, kost og måltider, trivsel, søvn, fysisk og psykisk helbred, skoleliv, sociale relationer samt digital adfærd. Data blev indsamlet i perioden fra 14. januar til 1. april 2019. Som udgangspunkt blev spørgeskemaet udfyldt i en lektion i skoletiden, men det var ikke alle skoler, der havde afsat undervisningstid til udfyldelse af skemaet.

Som det fremgår af Tabel 2.1.1, blev 287 skoler inviteret til at deltage i UNG19 GYM, hvoraf 88 skoler takkede ja (31 %). Blandt de 45.035 elever på de 88 deltagende skoler besvarede 29.122 elever spørgeskemaet (65 %). De 29.122 elever består af 20.317 (70 %) STX-elever, 2.113 (7 %) HF-elever, 4.032 (14 %) HHX-elever og 2.660 (9 %) HTX-elever. Undersøgelsen er tidligere beskrevet i detaljer (6).

Tabel 2.1.1 Deltagelse i UNG19 GYM

Deltagelse i UNG19	
Antal inviterede skoler	287
Antal deltagende skoler	88
Deltagelsesprocent på skoleniveau	31 %
Antal elever i deltagende skoler	45.035
Antal elevbesvarelser	29.122
Svarprocent på elevniveau (procent af indskrevne elever i de deltagende klasser)	65 %

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM)

2.1.2. UNG19 EUD

Formålet med UNG19 EUD har været at få et nuanceret og detaljeret billede af sundhed og trivsel på erhvervsskoler. Undersøgelsen inkluderer både hovedforløbs- og grundforløbselever samt EUD- og EUX-elever. UNG19 EUD er gennemført af Sundhedsfremme, Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC). Undersøgelsen er udført som en del af projekt Røgfri Erhvervsskoler, som har modtaget støtte fra Sundheds- og Ældreministeriet, og som gennemføres i et samarbejde mellem SDCC, Hjertereforeningen og Kræftens Bekæmpelse. UNG19 EUD er udført med opbakning fra Erhvervsskolerne ElevOrganisation, Danske Erhvervsskoler- og Gymnasier, Danske SOSU-skoler og Sundhedsstyrelsen samt i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

UNG19 EUD-spørgeskemaet indeholder en lang række spørgsmål, der omhandler forskellige temaer inden for sundhed og trivsel. Undersøgelsens

hovedfokus er trivsel og rygning, men temaer som alkohol, euforiserende stoffer, fysisk aktivitet, kost og måltider, søvn, fysisk og psykisk helbred, sociale relationer samt digital adfærd bliver også dækket. Dataindsamlingen foregik i perioden fra 25. februar til 18. juni 2019. Data blev indsamlet i en lektion i skoletiden.

Som det fremgår af Tabel 2.1.2, blev 85 matrikler inviteret til at deltage i UNG19 EUD, hvoraf 58 matrikler takkede ja (68 %). I alt var cirka 31.000 elever tilknyttet de udtrukne UNG19 EUD-hovedområder og matrikler, hvoraf i alt 6.119 (20 %) deltog i UNG19 EUD. Dette svarer til, at 5,9 % af alle erhvervsskoleelever i Danmark deltog i UNG19 EUD. Undersøgelsen er tidligere beskrevet i detaljer (7).

Tabel 2.1.2 Deltagelse i UNG19 EUD

Deltagelse i UNG19	
Antal inviterede matrikler	85
Antal deltagende matrikler	58
Deltagelsesprocent på matrikelniveau	68 %
Antal elevbesvarelser	6.119
Svarprocent på elevniveau (blandt de elever tilknyttet de udtrukne hovedområder)	20 %
Svarprocent på elevniveau (blandt de elever, der fik tilbud om at deltage)*	95 %

* Størstedelen af de elever, der stod registreret på en matrikel, var i praktik på undersøgelsestidspunktet, og blev derfor ikke tilbudt at deltage

Kilde: UNG 19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

2.1.3. Repræsentativitet og generaliserbarhed

Når man sammenligner elever, der besvarede spørgeskemaerne i UNG19 GYM og UNG19 EUD med elever på henholdsvis gymnasiale og erhvervsfaglige uddannelser på landsplan, ses det, at kønsfordelingen i de to undersøgelser svarer nogenlunde til kønsfordelingen på landsplan. Eleverne er derimod yngre i begge undersøgelser sammenlignet med landsgennemsnittet. På erhvervsskolerne skyldes det en underrepræsentation af hovedforløbs elever, der generelt er ældre, mens det på gymnasierne skyldes ekskludering af elever over 30 år i UNG19 GYM. I UNG19 EUD er hovedområdet Omsorg, sundhed og pædagogik overrepræsenteret, hvorimod Teknologi, byggeri og transport og Kontor, handel og forretningsservice er underrepræsenteret. Derudover er de forskellige hovedområder repræsentativt fordelt i undersøgelsen. STX-elever udgør 59 % af gymnasieelever på landsplan, mens de udgør 70 % af de deltagende elever i UNG19 GYM. Modsat udgør HF-elever og HHX-elever en mindre andel blandt deltagende elever sammenlignet med HF-elever og HHX-elever på landsplan. Kigger man på fordelingen af elever i forhold til region, ses det, at erhvervsskoleelever er repræsentativt fordelt på alle regioner i UNG19 EUD. Derimod er gymnasieelever på HHX-linjen stort set ikke repræsenteret i Region Nordjylland og Region Hovedstaden. Undersøgelsens resultater kan derfor ikke generaliseres til HHX-elever, der bor i disse regioner. Overordnet set vurderes det, at UNG19 GYM er repræsentativ for gymnasieelever på landsplan (6), og UNG19 EUD er repræsentativ for danske erhvervsskoleelever, som er til stede på erhvervsskolerne hen over foråret (7).

Der bør fremhæves, at ikke alle unge mellem 15 og 25 år er indskrevet på en gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse. Resultaterne, der præsenteres her, er således ikke repræsentative for alle 15-25-årige i Danmark. Ifølge en opgørelse foretaget af Børne- og Undervisningsministeriet var der blandt folkeskoleelever, der afsluttede deres folkeskole i 2019, 24 %, der ikke var i gang med en ungdomsuddannelse ni måneder senere (29). Andelen, der ikke havde påbegyndt en uddannelse, var 21 %, og 3,5 % havde afbrudt deres påbegyndte ungdomsuddannelse (29).

2.1.4. Ungdomsuddannelser i Danmark

I det følgende gennemgås ungdomsuddannelsernes struktur og opbygning ud fra informationer, som er hentet fra Børne- og Undervisningsministeriets hjemmeside (30). Ungdomsuddannelser er en fælles betegnelse for de uddannelsesformer, som kan påbegyndes direkte efter folkeskolens 9. klasse. De to største grupper af ungdomsuddannelser er gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser.

Gymnasiale uddannelser hører under kategorien 'Studieforberedende uddannelser' og dækker over fire uddannelser, som primært er boglige: STX, HF, HHX og HTX. STX, HHX og HTX tager typisk tre år (fire år hvis man er Team Danmark-elev) og er bygget op omkring et grundforløb på tre måneder, hvorefter den studerende vælger en studieretning inden for eksempelvis naturvidenskab eller sprog. HF tager to år, og den studerende vælger først sin 'fagpakke' i slutningen af andet semester.

Erhvervsuddannelser tager 2-5½ år og er en samlet betegnelse for en lang række ungdomsuddannelser, som er rettet mod et bestemt erhverv. Alle uddannelserne er samlet under fire hovedområder: Omsorg, sundhed og pædagogik; Kontor, handel og forretningsservice; Fødevarer, jordbrug og oplevelser og Teknologi, byggeri og transport. Uddannelsen er bygget op omkring to grundforløb, der tilsammen typisk varer et år. Herefter fortsætter eleverne på hovedforløbet, hvor der vælges fagområde, eksempelvis anlægsgartner, frisør, social- og sundhedshjælper eller murer. Hovedforløbet foregår i en eller flere praktikvirksomheder. Undervejs er der forskellige skoleophold, og uddannelsen afsluttes med en fag-/svendep prøve. Efter endt uddannelsen kan den studerende gå direkte ud på arbejdsmarkedet, men forskellige erhvervsuddannelser giver også adgang til forskellige videregående uddannelser.

Der findes andre ungdomsuddannelser end gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser såsom forskellige maritime uddannelser og den forberedende grunduddannelse (FGU9), der primært henvender sig til unge, som ikke er parate til at starte på en anden ungdomsuddannelse.

2.2. Studiepopulation

Nærværende rapport omfatter alle unge i alderen 15 til 25 år, som har besvaret mindst ét af de spørgsmåls, der omhandler brug af rusmidler, som indgår i den latente klasseanalyse (se afsnit 2.3). Den endelige studiepopulation i denne rapport består således af i alt 32.349 unge (15.136 drenge og 17.213 piger).

2.2.1. Sociodemografisk karakteristika af studiepopulationen

I tabel 2.2.1 ses fordelingen af alder, statsborgerskab og region blandt de unge opdelt på køn. Hovedparten af respondenterne er mellem 15 og 18 år (gen-

nemsnietsalder = 18 år) og har dansk statsborgerskab. Næsten en tredjedel går på et gymnasium eller en erhvervsskole, der ligger i Region Hovedstaden, hvorimod elever fra Region Nordjylland kun er repræsenteret med lige under 7 %. Der ses ikke store forskelle i fordelingen af alder, statsborgerskab og region mellem drenge og piger. Populationen består hovedsageligt af unge på gymnasiale uddannelser,

Tabel 2.2.1 Sociodemografiske karakteristika blandt unge på gymnasier og erhvervsskoler

		Drenge	Piger
I alt, n (%)		15.136 (47 %)	17.213 (53 %)
Alder	15-17 år	38 %	43 %
	18 år	31 %	31 %
	19 år	18 %	18 %
	20 år	5,9 %	3,9 %
	21 år	2,4 %	1,4 %
	22 år	1,4 %	0,9 %
	23-25 år	2,5 %	2,1 %
	Gennemsnit, år (spredning)	18,1 (0,01)	17,9 (0,01)
Statsborgerskab	Dansk	97 %	96 %
	Øvrige	3,3 %	3,5 %
Region	Hovedstaden	30 %	32 %
	Sjælland	15 %	14 %
	Syddanmark	27 %	27 %
	Midtjylland	21 %	21 %
	Nordjylland	6,4 %	6,6 %
Uddannelse	Erhvervsskole	18 %	9,2 %
	Gymnasie	82 %	91 %

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD), Danmarks Statistik

2.2.2. Brug af rusmidler

Dette afsnit beskriver studiepopulationen i forhold til brug af forskellige rusmidler. Fordelingen blandt drenge og piger er præsenteret i Tabel 2.2.2. Hovedparten af de 15-25-årige drenge (91 %) og piger (90 %) drikker alkohol. Overordnet ses det, at en større andel blandt drenge udviser risikofyldt adfærd sammenlignet med piger. For eksempel drikker 48 % blandt drenge mere end de anbefalede 10 genstande på en typisk uge, mens det gælder for 34 % blandt piger, 40 % blandt drenge og 25 % blandt piger drikker alkohol fem gange eller flere på en måned, og

andelen af elever, der ryger cigaretter dagligt, er 12 % blandt drenge og 11 % blandt piger. Brugen af e-cigaretter, vandpibe og røgfri tobaksprodukter (snus, skrå og tyggetobak) er mere udbredt blandt drenge sammenlignet med piger. For eksempel bruger 21 % blandt drenge røgfri tobaksprodukter sammenlignet med 5,7 % blandt piger. Det samme gør sig gældende for brugen af illegale stoffer, hvor for eksempel 47 % blandt drenge og 29 % blandt piger har prøvet at ryge hash. Ligeledes ses det, at 17 % blandt drenge har prøvet at tage lattergas, mens det samme gør sig gældende for 8,3 % blandt piger.

Tabel 2.2.2 Udvalgte indikatorer for brug af rusmiddelrelateret risikoadfærd blandt unge på gymnasier og erhvervsskoler

	Drenge	Piger
Brug af rusmidler		
Drikker alkohol	91 %	90 %
Drikker ofte*	40 %	25 %
Drikker over genstandsgrænsen**	48 %	34 %
Fuldskabsdebut ≤ 13 år	10 %	7,1 %
Ryger cigaretter dagligt	12 %	11 %
Ryger cigaretter lejlighedsvis	16 %	15 %
Debutalder for første cigaret ≤ 13 år	10 %	8,0 %
Bruger e-cigaretter	7,1 %	2,3 %
Ryger vandpibe	13 %	5,4 %
Bruger snus/skrå/tyggetobak	21 %	5,7 %
Har prøvet at ryge hash***	47 %	29 %
Har røget hash*** den seneste måned	18 %	6,7 %
Debutalder for hash ≤ 13 år	2,3 %	1,1 %
Har prøvet lattergas	17 %	8,3 %
Har prøvet øvrige stoffer****	14 %	5,0 %
Min. antal deltagere	12.889	15.681

* Drikker alkohol 5 eller flere gange på en måned

** >10 genstande i løbet af en typisk uge

*** Inkl. marijuana, pot eller skunk

**** Amfetamin, kokain, MDMA/fantasy, ketamin, svampe, GHB/fantasy, ritalin, LSD, andre stoffer

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)



2.3. Latent klasseanalyse

I nærværende rapport er vi interesserede i at inddele gruppen af 15-25-årige i forskellige grupper i forhold til risikoadfærd. Ofte kigger man på enkelte indikatorer for risikoadfærd som for eksempel et højt alkoholforbrug eller rygning, men for at få et mere nuanceret billede af risikoadfærd kan vi, ved hjælp af latent klasseanalyse, inddele de unge i forskellige grupper ud fra flere forskellige indikatorer for risikoadfærd på én gang. Latent klasseanalyse er en statistisk model, der har til formål at opdele personer i forskellige grupperinger ud fra mønstergenkendelse i en række indikatorer – i dette tilfælde indikatorer for risikoadfærd. I Tabel 2.3.1 ses en liste med de valgte indikatorer samt hvilke spørgsmål fra UNG19 GYM og UNG19 EUD, der er anvendt til at definere de forskellige indikatorer. Der er i alt 15 indikatorer fordelt på 13 spørgsmål.

På baggrund af mønstergenkendelse i deltagernes besvarelser af de 13 spørgsmål giver den latente klasseanalyse et bud på antallet af grupper (risikoadfærdsgrupper). For at bestemme det optimale antal af grupper anvendes en række modelbaserede teststørrelser (log-likelihood-, entropi-, AIC- og BIC-værdier), som på forskellig vis indikerer, hvor godt antallet af identificerede grupper passer på data. Når datamaterialet er stort, som det er tilfældet for UNG19 GYM og UNG19 EUD, giver det mulighed for at identificere et stort antal af underliggende grupper, hvor nogle grupper bliver relativt små. Vi har derfor vurderet antallet af grupper ud fra de statistiske tests, men også ud fra et kriterie om, at grupperne skulle have en rimelig størrelse. Efter antallet af grupper er bestemt, tildeles hver respondent en sandsynlighed for at tilhøre hver af grupperne, og de bliver herefter placeret i den gruppe som vedkommende har størst sandsynlighed for at tilhøre. I denne rapport har vi foretaget en latent klasseanalyse for drenge og piger separat.

Tabel 2.3.1 Indikatorer for risikoadfærd inkluderet i den latente klasseanalyse, inddelt efter tema, samt spørgsmål og svarmuligheder fra UNG19 GYM og UNG19 EUD

Tema	Indikator for risikoadfærd	Spørgsmål	Svarmuligheder
Alkohol	Drikker alkohol	Hvor ofte drikker du noget, der indeholder alkohol? (øl, vin, breezer eller lign.)	Aldrig; Sjældnere end 1 gang om måneden; Højest 1 gang om måneden; 2-4 gange om måneden; 5-7 gange om måneden; 2-3 gange om ugen; 4 gange om ugen eller oftere
	Drikker ofte*		
	Drikker over genstandsgrænsen**	Hvor mange genstande drikker du i gennemsnit på hver af dagene i løbet af ugen?	Eleverne angiver det antal genstande i hele tal, som de mener, de drikker
	Fuldskabsdebut ≤ 13 år	Hvor gammel var du første gang, du var fuld?	Eleverne angiver deres alder i hele tal
Cigaretter	Ryger cigaretter dagligt	Ryger du cigaretter (ikke e-cigaretter)?	Nej, jeg har aldrig prøvet at ryge cigaretter ikke engang et enkelt sug; Nej, men jeg har prøvet at ryge cigaretter enkelte gange; Nej, jeg er holdt op med at ryge cigaretter; Ja, sjældnere end hver uge; Ja, hver uge; Ja, hver dag
	Ryger cigaretter lejlighedsvis***		
	Debutalder for første cigaret ≤ 13 år	Hvor gammel var du, da du røg din første cigaret?	Eleverne angiver deres alder i hele tal
E-cigaretter, snus, og vandpibe	Bruger e-cigaretter****	Ryger du e-cigaretter?	Nej; Nej, men jeg har prøvet; Nej, men jeg har tidligere røget jævnligt; Ja, sjældnere end hver uge; Ja, hver uge; Ja, hver dag
	Ryger vandpibe****	Ryger du vandpibe?	
	Bruger snus/skrå/tyggetobak****	Bruger du snus/skrå/tyggetobak?	
Hash	Har prøvet at ryge hash	Har du nogensinde prøvet at ryge hash, marihuana, pot eller skunk?	Nej; Ja
	Har røget hash den seneste måned	Hvor mange gange har du røget hash, marihuana, pot eller skunk i løbet af de sidste 30 dage?	0; 1-2; 3-5; 6-9; 10-19; 20-39; 40 eller flere
	Debutalder for hash ≤ 13 år	Hvor gammel var du første gang, du prøvede at ryge hash, marihuana, pot eller skunk?	Eleverne angiver deres alder i hele tal
Øvrige stoffer	Har prøvet lattergas	Har du nogensinde prøvet at tage lattergas?	Nej; Ja
	Har prøvet øvrige stoffer	Har du nogensinde prøvet at tage et af følgende stoffer: Amfetamin, kokain, MDMA/fantasy, ketamin, svampe, GHB/fantasy, ritalin, LSD, andre stoffer?	

* Drikker alkohol 5 eller flere gange på en måned

** >10 genstande i løbet af en typisk uge

*** Inkluderer elever, der har svaret: Ja, sjældnere end hver uge; Ja, hver uge

**** Inkluderer elever, der har svaret: Ja, sjældnere end hver uge; Ja, hver uge; Ja, hver dag

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

3. Karakteristik af unge med forskellig risikoadfærd

3.1. Resultat af latent klasseanalyse

Ved hjælp af latent klasseanalyse blev der identificeret fire grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre blandt både drenge og piger.

Tabel 3.1.1 viser, hvor stor en andel i hver af de fire grupper der tager del i en given risikoadfærd. Det fremgår tydeligt, at rusmiddelforbrugsmønsteret i de fire grupper overordnet set ligner hinanden på tværs af køn.

På baggrund af rusmiddelforbrugsmønstrene i de fire grupper præsenteret i Tabel 3.1.1 har grupperne fået tildelt følgende navne: '*Lavrisikoadfærd*', '*Alkoholrelateret risikoadfærd*', '*Eksperimentel risikoadfærd*' og '*Højrisikoadfærd*'. Tabel 3.1.2 giver et overblik over de fire grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre og deres karakteristik.

Tabel 3.1.1 Karakteristik af grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre blandt piger og drenge

	Lavrisiko- adfærd	Alkoholrelateret risikoadfærd	Eksperimentel risikoadfærd	Højrisiko- adfærd
Drenge				
Drikker alkohol	72 %	100%	99 %	97 %
Drikker ofte*	0,0 %	55 %	59 %	65 %
Drikker over genstandsgrænsen**	0,0 %	67 %	72 %	70 %
Fuldskabsdebut ≤ 13 år	2,0 %	6,4 %	11 %	38 %
Ryger cigaretter dagligt	2,7 %	5,0 %	0,0 %	76 %
Ryger cigaretter lejlighedsvis	1,6 %	10 %	53 %	2,1 %
Debutalder for første cigaret ≤ 13 år	4,0 %	4,0 %	0,0 %	44 %
Bruger e-cigaretter	2,4 %	3,8 %	10 %	21 %
Ryger vandpipe	5,5 %	6,1 %	19 %	36 %
Bruger snus/skrå/tyggetobak	3,4%	11 %	47 %	41 %
Har prøvet at ryge hash***	12 %	26 %	98 %	95 %
Har røget hash*** den seneste måned	0,1 %	0,0 %	51 %	65 %
Debutalder for hash ≤ 13 år	0,0 %	0,0 %	1,2 %	15 %
Har prøvet lattergas	3,6 %	6,4 %	25 %	47 %
Har prøvet øvrige stoffer****	0,9%	1,3 %	34 %	56 %
Antal, n (%)	5.199 (34 %)	4.542 (30 %)	3.600 (24 %)	1.795 (12 %)
Piger				
Drikker alkohol	79 %	100 %	100 %	95 %
Drikker ofte*	0,0 %	40 %	47 %	52 %
Drikker over genstandsgrænsen**	0,0 %	63 %	56 %	57 %
Fuldskabsdebut ≤ 13 år	1,4 %	3,6 %	15 %	31 %
Ryger cigaretter dagligt	2,2 %	2,7 %	0,0 %	83 %
Ryger cigaretter lejlighedsvis	3,1 %	15 %	65 %	0,0 %
Debutalder for første cigaret ≤ 13 år	2,8 %	1,9 %	16 %	38 %
Bruger e-cigaretter	1,1 %	0,6 %	3,9 %	12 %
Ryger vandpipe	4,1 %	1,2 %	9,4 %	19 %
Bruger snus/skrå/tyggetobak	0,8 %	4,4 %	19 %	13 %
Har prøvet at ryge hash***	7,2 %	14 %	92 %	91 %
Har røget hash*** den seneste måned	0,0 %	0,0 %	29 %	37 %
Debutalder for hash ≤ 13 år	0,0 %	0,0 %	1,8 %	8,3 %
Har prøvet lattergas	2,9 %	3,8 %	20 %	29 %
Har prøvet øvrige stoffer****	0,3 %	0,3 %	13 %	30 %
Antal, n (%)	8.697 (51 %)	4.517 (26 %)	2.246 (13 %)	1.753 (10 %)

* Drikker alkohol 5 eller flere gange på en måned

** >10 genstande i løbet af en typisk uge

*** Inkl. marihuana, pot eller skunk

**** Amfetamin, kokain, MDMA/fantasy, ketamin, svampe, GHB/fantasy, ritalin, LSD, andre stoffer

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Tabel 3.1.2 Beskrivende karakteristik af grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre

Gruppenavn	Karakteristik
Lavrisikoadfærd	Gruppen er kendetegnet ved, at størstedelen drikker alkohol, men de drikker færre end 10 genstande på en typisk uge, og de drikker også typisk færre end 5 gange på en måned. Meget få udviser andre former for risikoadfærd.
Alkoholrelateret risikoadfærd	Gruppen er kendetegnet ved, at alle drikker alkohol, og en relativt stor andel drikker over 10 genstande på en typisk uge. Samtidig er der 40 % blandt piger og 55 % blandt drenge, der drikker ofte (5 gange eller flere på en måned). Gruppen udviser ellers ingen former for risikoadfærd, dog har 26 % blandt drenge og 14 % blandt piger prøvet at ryge hash, men ingen har røget hash inden for den seneste måned
Eksperimentel risikoadfærd	Gruppen er kendetegnet ved et stort alkoholforbrug (drikker over 10 genstande på en typisk uge og drikker ofte). Samtidig findes der en stor andel, der ryger cigaretter lejlighedsvis, og mange bruger røgfri tobak og har røget hash – også inden for den seneste måned. En relativt stor andel har også prøvet lattergas og andre former for stoffer.
Højrisikoadfærd	Gruppen er kendetegnet ved et stort alkoholforbrug (drikker over 10 genstande på en typisk uge og drikker ofte). Langt størstedelen ryger cigaretter dagligt, mange har røget hash den seneste måned, og i denne gruppe findes den største andel, der har prøvet lattergas og andre former for stoffer. Samtidig har relativt mange været fuld eller røget deres første cigaret i en ung alder (≤ 13 år)

Der ses en tydelig gradient i ophobningen af risikofaktorer fra gruppen med lavrisikoadfærd til gruppen med højrisikoadfærd. Således har gruppen med lavrisikoadfærd det laveste risikoadfærdsmønstre, gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd udviser større risikoadfærd i form af et stort og hyppigt alkoholindtag, og gruppen med eksperimentel risikoadfærd udviser risikoadfærd på flere indikatorer såsom lejlighedsvis rygning, brugen af røgfri tobak og hash. Gruppen med højrisikoadfærd har

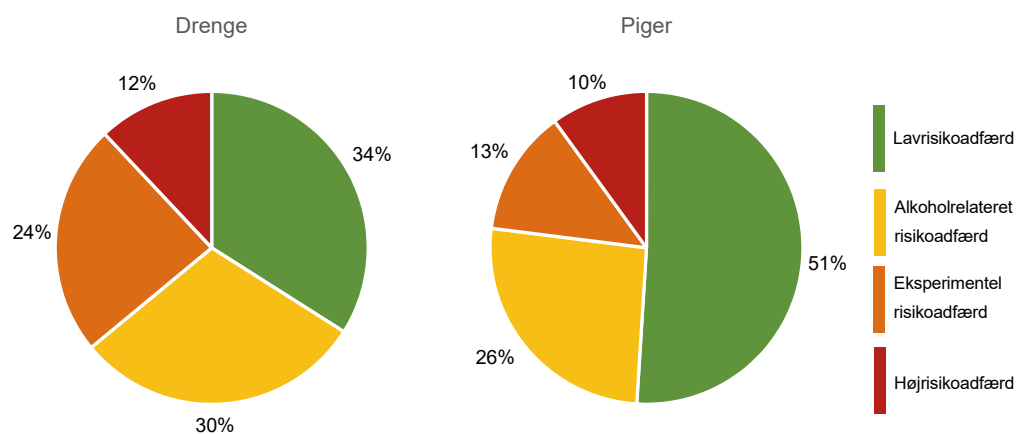
dog det mest fremtrædende risikoadfærdsmønstre med en stor andel af unge, der drikker over 10 genstande i løbet af en typisk uge, drikker alkohol ofte (5 gange eller flere på en måned), ryger dagligt, bruger e-cigaretter, ryger hash og har prøvet lattergas og andre former for euforiserende stoffer. Desuden findes i denne gruppe den største andel af elever med en lav debutalder (≤ 13 år), både når det gælder debutalder for fuldskab, for første cigaret og for første gang, de prøver at ryge hash.

3.2. Sociodemografisk karakteristik af grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre

Figur 3.2.1 viser fordelingen af de fire risikoadfærdsgrupper fordelt på køn. Gruppen med lavrisikoadfærd og gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd udgør den største andel blandt både drenge og piger. Gruppen med lavrisikoadfærd er dog større

blandt piger (51 %) end blandt drenge (34 %). Gruppen med eksperimentel risikoadfærd er derimod noget større blandt drenge end blandt piger. Gruppen med højriskoadfærd udgør 12 % blandt drenge og 10 % blandt piger.

Figur 3.2.1 Fordeling af grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre blandt drenge og piger



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelse 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Tabel 3.2.1 viser fordelingen af alder, statsborgerskab og region blandt de fire risikoadfærdsgrupper. Information om statsborgerskab er hentet fra Danmarks Statistik via kobling af de studerendes CPR-nummer. Kun en lille andel af erhvervsskoleelever har givet samtykke til brug af deres CPR-nummer, så derfor indgår kun få erhvervsskoleelever i opgørelsen af statsborgerskab. Det ses, at flere elever med højrisikoadfærd er over 18 år

sammenlignet med de andre risikoadfærdsgrupper, både blandt drenge og piger. Flere elever i grupperne med lav- og højrisikoadfærd har et andet statsborgerskab end dansk sammenlignet med grupperne med alkoholrelateret risikoadfærd og eksperimentel risikoadfærd. På regionsniveau er elever fra Region Hovedstaden størst repræsenteret i grupperne med eksperimentel risikoadfærd og højrisikoadfærd, både blandt drenge og piger.

Tabel 3.2.1 Demografiske karakteristika af grupper med forskellige risikoadfærds mønstre

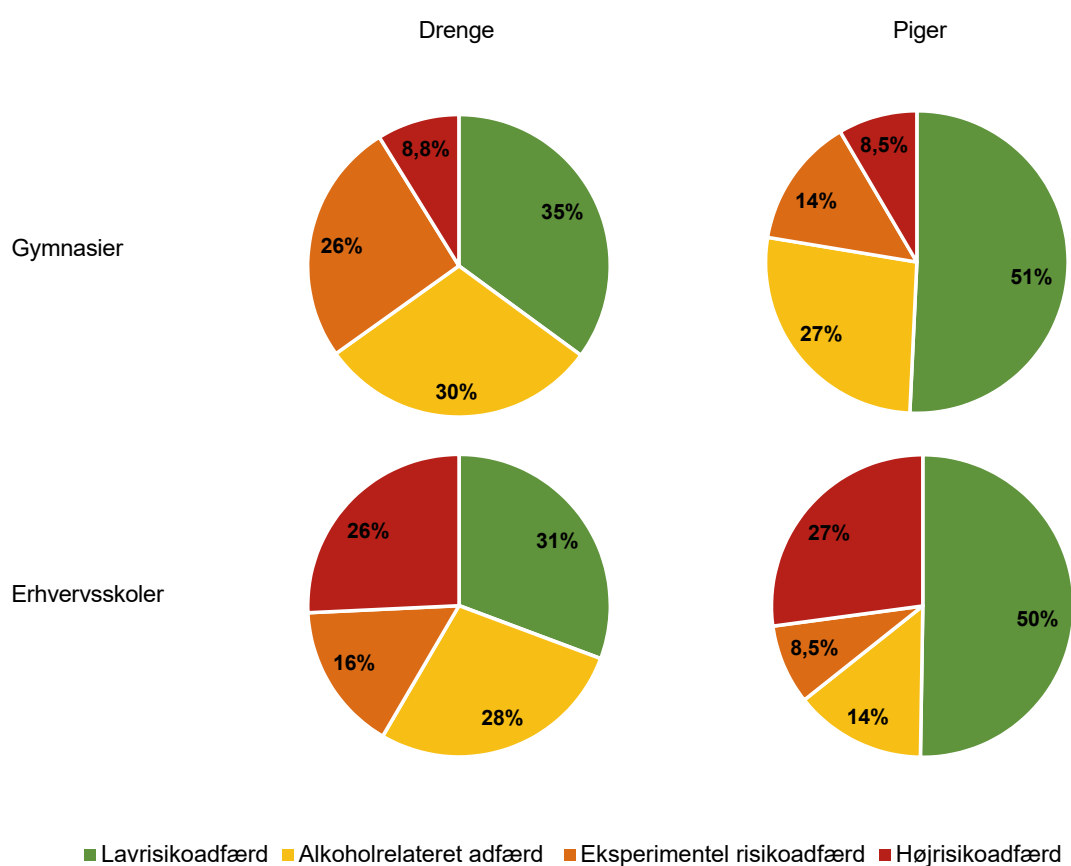
	Lavrisiko- adfærd	Alkoholrelateret risikoadfærd	Eksperimentel risikoadfærd	Højrisiko- adfærd
Drenge				
Alder				
< 18 år	41 %	42 %	33 %	28 %
18 år	31 %	32 %	34 %	28 %
> 18 år	28 %	26 %	33 %	44 %
Statsborgerskab				
Dansk	95 %	98 %	98 %	96 %
Øvrige	5,0 %	2,2 %	1,9 %	4,0 %
Region				
Hovedstaden	28 %	26 %	34 %	36 %
Sjælland	16 %	14 %	15 %	16 %
Syddanmark	28 %	29 %	28 %	21 %
Midtjylland	23 %	22 %	19 %	20 %
Nordjylland	5,8 %	8,5 %	4,8 %	6,1 %
Min. antal deltagere	4.563	3.969	3.258	1.244
Piger				
Alder				
< 18 år	43 %	51 %	37 %	29 %
18 år	31 %	31 %	34 %	29 %
> 18 år	26 %	18 %	29 %	42 %
Statsborgerskab				
Dansk	95 %	99 %	98 %	95 %
Øvrige	4,7 %	1,4 %	2,0 %	5,2 %
Region				
Hovedstaden	27 %	32 %	41 %	41 %
Sjælland	15 %	13 %	12 %	15 %
Syddanmark	28 %	26 %	25 %	23 %
Midtjylland	22 %	23 %	17 %	15 %
Nordjylland	7,4 %	6,4 %	4,8 %	5,4 %
Min. antal deltagere	8.112	4.350	2.133	1.431

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM), UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD) og Danmarks Statistik

Figur 3.2.2 viser fordelingen af de fire rusmiddel-grupper på ungdomsuddannelse og køn. Blandt både drenge og piger findes en lige stor andel af elever med lavrisikoadfærd på gymnasierne (35 % blandt drenge og 51 % blandt piger) og erhvervsskolerne (31 % blandt drenge og 50 % blandt piger). Den største forskel mellem gymnasier og erhvervsskoler er, at der findes en langt større andel af

elever med højriskoadfærd på erhvervsskolerne sammenlignet med gymnasierne. Andelen af elever med højriskoadfærd er henholdsvis 26 % og 27 % blandt drenge og piger på erhvervsskoler, mens de tilsvarende andele blandt elever på gymnasier er 8,8 % og 8,5 %.

Figur 3.2.2 Fordeling af grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre fordelt på ungdomsuddannelse og køn



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Tabel 3.2.2 viser, hvorledes risikoadfærdsgrupperne fordeler sig i forhold til socioøkonomiske faktorer, herunder forælders højest fuldførte uddannelse (den forælder med den højest fuldførte uddannelse), familiens indkomst opdelt i tertiler, og om eleverne har oplevet økonomiske problemer i familien (om deres forældre har haft svært ved at betale regninger). I denne opgørelse har vi kun information om gymnasieelever, og derfor indgår erhvervs-skoleelever ikke i opgørelsen om socioøkonomi. Elever

med alkoholrelateret risikoadfærd og eksperimentel risikoadfærd har i højere grad forældre med en høj uddannelse og en høj indkomst sammenlignet med elever med lav- og højrisikoadfærd. Flest elever med højrisikoadfærd har forældre med en indkomst i det laveste tertil. Andelen af elever, der oplever økonomiske problemer i familien, er ca. dobbelt så stor blandt elever med højrisikoadfærd sammenlignet med de andre grupper

Tabel 3.2.2 Socioøkonomiske karakteristika af grupper med forskellige risikoadfærds mønstre (kun blandt gymnasieelever)

	Lavrisiko- adfærd	Alkoholrelateret risikoadfærd	Eksperimentel risikoadfærd	Højrisiko- adfærd
Drenge				
Forældres uddannelse				
Grundskole	4,6 %	2,2 %	2,3 %	4,7 %
Ungdomsuddannelse	32 %	29 %	28 %	33 %
Videregående uddannelse	64 %	69 %	70 %	62 %
Forældres indkomst				
1. tertil	35 %	26 %	30 %	44 %
2. tertil	33 %	34 %	32 %	26 %
3. tertil	32 %	40 %	38 %	30 %
Økonomiske problemer i familien				
Ja	9,1 %	6,7 %	9,7 %	18 %
Nej	91 %	93 %	90 %	82 %
Min. antal deltagere	4.365	3.776	3.178	1.094
Piger				
Forældres uddannelse				
Grundskole	4,8 %	2,0 %	3,0 %	7,8 %
Ungdomsuddannelse	36 %	34 %	29 %	36 %
Videregående uddannelse	60 %	64 %	68 %	56 %
Forældres indkomst				
1. tertil	35 %	26 %	37 %	55 %
2. tertil	36 %	36 %	31 %	24 %
3. tertil	29 %	38 %	32 %	21 %
Økonomiske problemer i familien				
Ja	13 %	10 %	17 %	25 %
Nej	87 %	90 %	83 %	75 %
Min. antal deltagere	7.823	4.280	2.086	1.304

Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM), UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD) og Danmarks Statistik

3.3. Opsamling

I den latente klasseanalyse blev der, ud fra 15 indikatorer omhandlende brug af rusmidler, dannet fire grupper med forskellige risikoadfærds mønstre. De fire grupper blev navngivet efter en naturlig graduering i ophobning i forbrug af rusmidler; '*Lavrisikoadfærd*', '*Alkoholrelateret risikoadfærd*', '*Eksperimentel risikoadfærd*' og '*Højrisikoadfærd*'.

Gruppen med lavrisikoadfærd udgør den største andel både blandt drenge og blandt piger, og andelen er noget større blandt piger (51 %) end blandt drenge (34 %). Andelen af elever med et alkoholrelateret risikoadfærds mønster er 30 % blandt drenge og 26 % blandt piger. Flere drenge (24 %) end piger (13 %) har et eksperimentelt risikoadfærds mønster, imens andelen af elever med højrisikoadfærd er nogenlunde ens for drenge (10 %) og piger (12 %).

Gruppen med højrisikoadfærd er generelt ældre end de resterende grupper. I grupperne med lav- og højrisikoadfærd har flere elever et andet statsborgerskab end dansk sammenlignet med de andre grupper, og en større andel blandt elever med eksperimentel risikoadfærd og højrisikoadfærd kommer fra Region Hovedstaden. Blandt gymnasieelever er der flere elever med højrisikoadfærd, der har oplevet økonomiske problemer i familien, og som har forældre med lav uddannelse og en indkomst i det laveste tertiel. Flest gymnasieelever med alkoholrelateret og eksperimentel risikoadfærd har forældre med høj uddannelse og en indkomst i det højeste tertiel.



4. Risikoadfærd og anden sundhedsadfærd

Dette kapitel har til formål at belyse sammenhængen mellem risikoadfærd og anden sundhedsadfærd blandt unge. Sundhedsadfærd og vaner formes typisk i barndommen og ungdomslivet på baggrund af sociale, kulturelle og psykologiske faktorer (31, 32). Sundhedsadfærd kan betegnes som enten hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig alt efter, om de påvirker personers sundhed i en positiv eller negativ retning (33, 34). Faktorer som fysisk inaktivitet, uhensigtsmæssige kostvaner og dårlig søvn kan alle bidrage til en lang række helbredsproblemer, og der ses ofte en indbyrdes relation mellem forskellige adfærdsmønstre, som resulterer i en ophobning af enten hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig adfærd (34). Hvis unge med et uhensigtsmæssigt forbrug af rusmidler samtidig er mindre fysisk aktive, har usunde kostvaner og sover dårligt, kan det have stor betydning for deres sundhedstilstand i fremtiden. Det giver dette kapitel os et bedre indblik i ved at sætte fysisk aktivitet, kostvaner og søvn i relation til risikoadfærd.

4.1. Fysisk aktivitet

Ifølge Sundhedsstyrelsen er fysisk aktivitet defineret som al bevægelse, der øger energiomsætningen og omfatter derfor både ustruktureret aktivitet, såsom havearbejde, gåture og cykling som transport, og mere bevidst, målrettet og regelmæssig fysisk aktivitet som foreningsidræt og fitness (35). Fysisk aktivitet er med til at forebygge tidlig død samt en lang række sygdomme, såsom hjertekar-sygdomme, type 2-diabetes, blodprop, slagtilfælde og visse kræftformer (35). Ydermere er fysisk aktivitet forbundet med øget livstilfredshed og livskvalitet samt reduktion af symptomer på depression og angst (36, 37). Dette afsnit skal give et billede af gruppernes fysiske aktivitetsniveau og dækker over mængden af moderat til hård fysisk aktivitet,

andelen, der lever op til Verdenssundhedsorganisationens (WHO) anbefalinger for fysisk aktivitet, og andelen, der dyrker motion eller sport i en forening eller klub.

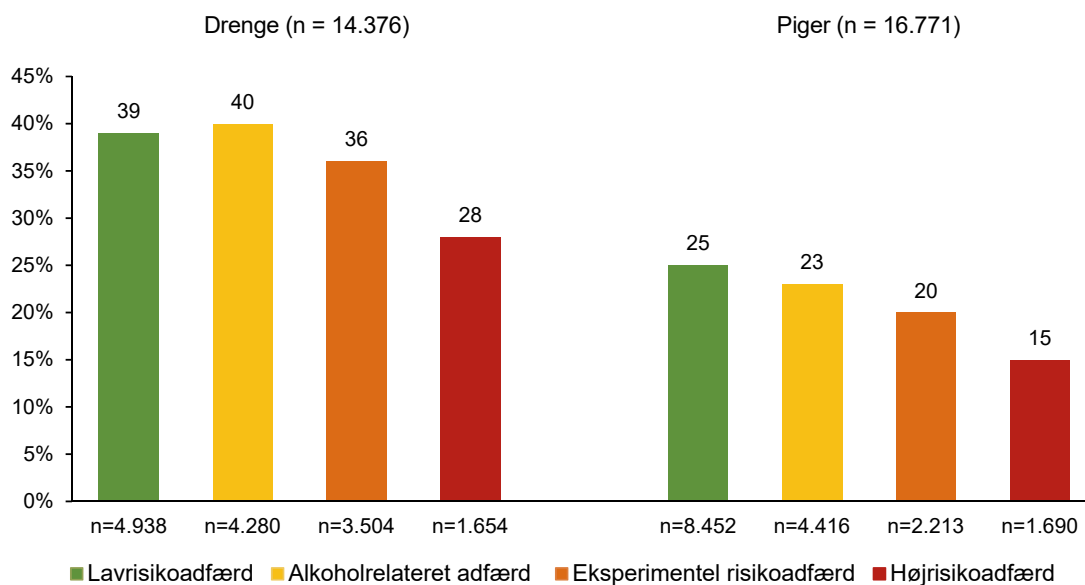
4.1.1. Moderat til hård fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ved moderat til hård intensitet er i UNG19 GYM og UNG19 EUD defineret som aktivitet, hvor personen kan mærke, at puls og vejrtrækning øges. Intensitet er dog et individuelt begreb, og en rask gåtur kan for nogle føles som hård fysisk aktivitet (eksempelvis for ældre personer), hvor det for andre kan føles som let eller moderat fysisk aktivitet. Ifølge WHO er moderat intensitet svarende til 5-6 på en skala fra 0-10 og inkluderer typisk aktiviteter som rask gang eller cykling som transport (38). Hård intensitet er svarende til 7-10 på en skala fra 0-10 og inkluderer typisk aktiviteter som løb og motionsidræt (38).

I UNG19 GYM og UNG19 EUD er eleverne blevet spurgt til, hvor meget tid de på en typisk uge bruger på moderat til hård fysisk aktivitet angivet i timer og minutter. Spørgsmålet var formuleret således: *På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor du kan mærke din puls og vejrtrækning øges (det kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb, eller motionsidræt)? Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen.*

Figur 4.1.1 viser andelen af elever, der angiver, at de bruger syv eller flere timer om ugen på moderat til hård fysisk aktivitet. Blandt både drenge og piger har elever med højrisikoadfærd den mindste andel, som dyrker 7 eller flere timers moderat til hård fysisk aktivitet ugentligt.

Figur 3.2.2 Fordeling af grupper med forskellige risikoadfærdsmønstre fordelt på ungdomsuddannelse og køn



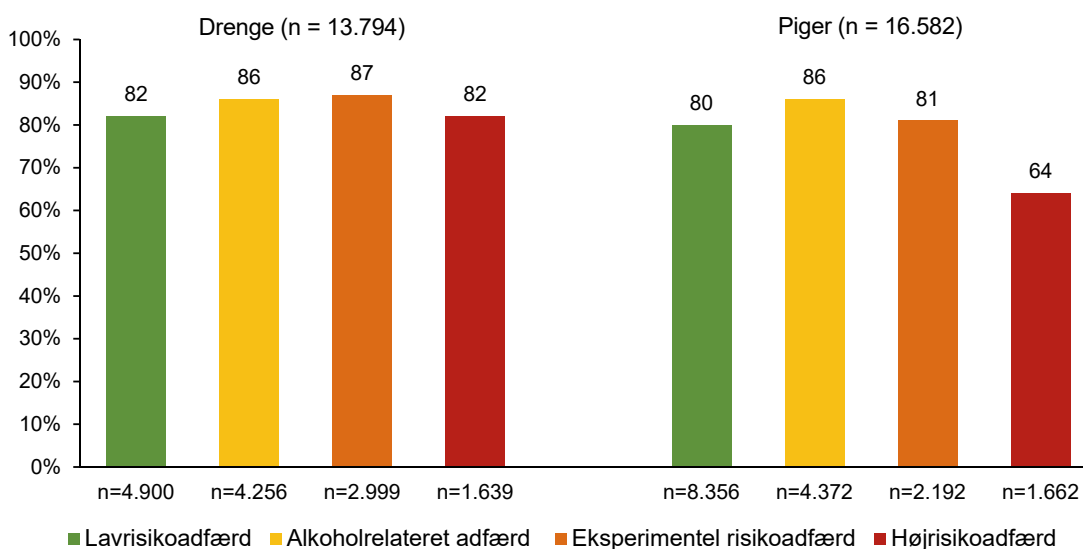
Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

4.1.2. WHO's anbefaling om fysisk aktivitet

WHO anbefaler, at personer i alderen 18-64 år bør være fysisk aktive i 150-300 minutter ved moderat intensitet eller 75-150 min ved høj intensitet – eller en kombination af disse fordelt ud over ugens dage (36). Børn og unge i alderen 5-17 år bør være fysisk aktive gennemsnitligt 60 minutter dagligt ved

moderat til hård intensitet i løbet af ugen¹. I denne rapport er studiepopulationen mellem 15 og 25 år, og der findes derfor forskellige anbefalinger for de yngste (15-17 år) og for resten af studiepopulationen. I dette afsnit har vi valgt at præsentere andelen af elever, der lever op til WHO's anbefalinger for personer i alderen 18-64 år.

Figur 4.1.2 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet (minimum 2,5 time om ugen ved moderat intensitet eller minimum 75 min. om ugen ved høj intensitet – eller en kombination af disse), opdelt på risikoadfærdsmønstre og køn. Procent. n=30.376



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Det fremgår af resultaterne i figur 4.1.2, at størstedelen af eleverne lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet. Blandt drenge ses der ingen tydelig forskel imellem de fire risikoadfærdsgrupper, dog er andelen størst i grupperne med eksperimentel

(87 %) og alkoholrelateret (86 %) risikoadfærd. Blandt piger er der færre i gruppen med højrisikoadfærd, der lever op til anbefalingerne (64 %), sammenlignet med de andre grupper (80-86 %).

¹ Dette er WHO's primære anbefaling, men der gives yderligere anbefalinger om muskelstyrkende aktivitet og stillesiddende adfærd. For mere læsning henvises til: Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020;54(24):1451-62, eller WHO's egen hjemmeside.

4.1.3. Fysisk aktivitet i forening eller klub

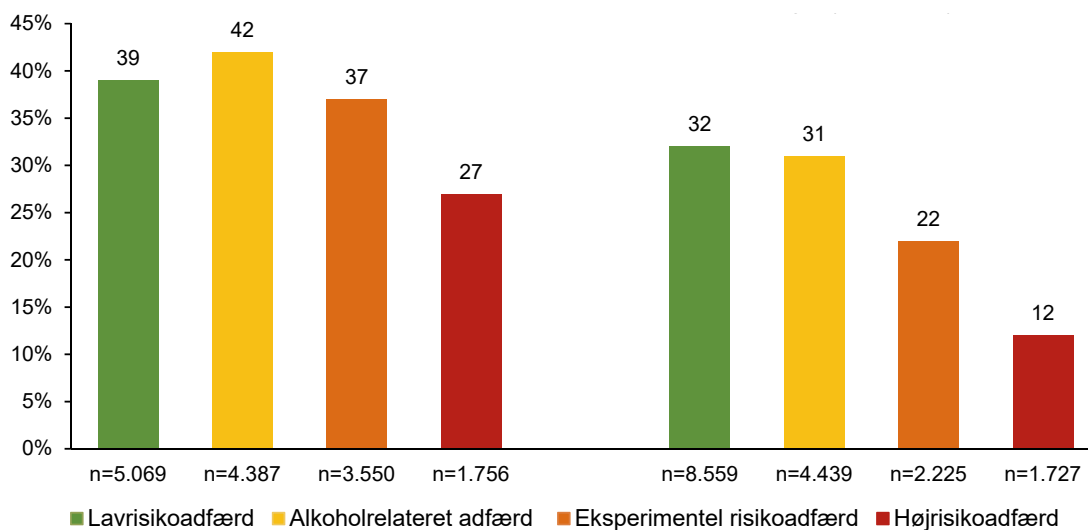
Fysisk aktivitet og motion har en lang række dokumenterede positive sundhedseffekter (35), men derudover giver sport og idræt en oplevelse af fællesskab og samvær, der især opleves i diverse foreninger og klubber rundt om i landet (39). Der er også en generel forestilling om, at sport og idræt er et godt middel til integration på tværs af etnisk baggrund og forskellige kulturer samt til at løse sociale problemer blandt børn og unge i form af styrket selvfølelse og gode oplevelser (39).

I UNG19 GYM og UNG19 EUD er eleverne blevet spurgt om, hvor tit de går til sport i en forening eller

klub (fx fodbold, håndbold, svømning eller ridning). Svarmulighederne var 'Næsten hver dag/hver dag', '2-5 gange om ugen', 'Én gang om ugen', '1-3 gange om måneden' og 'Sjældent eller aldrig'.

Af Figur 4.1.3 fremgår det, at 27 % blandt drenge og 12 % blandt piger med højrisikoadfærd dyrker motion/sport i en forening eller klub mindst én gang om ugen, mens det gælder for 39 % blandt drenge og 32 % blandt piger med lavrisikoadfærd. Den største andel ses blandt drenge med alkoholrelateret risikoadfærd (42 %).

Figur 4.1.3 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der dyrker motion mindst én gang om ugen i forening eller klub, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n=31.739



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

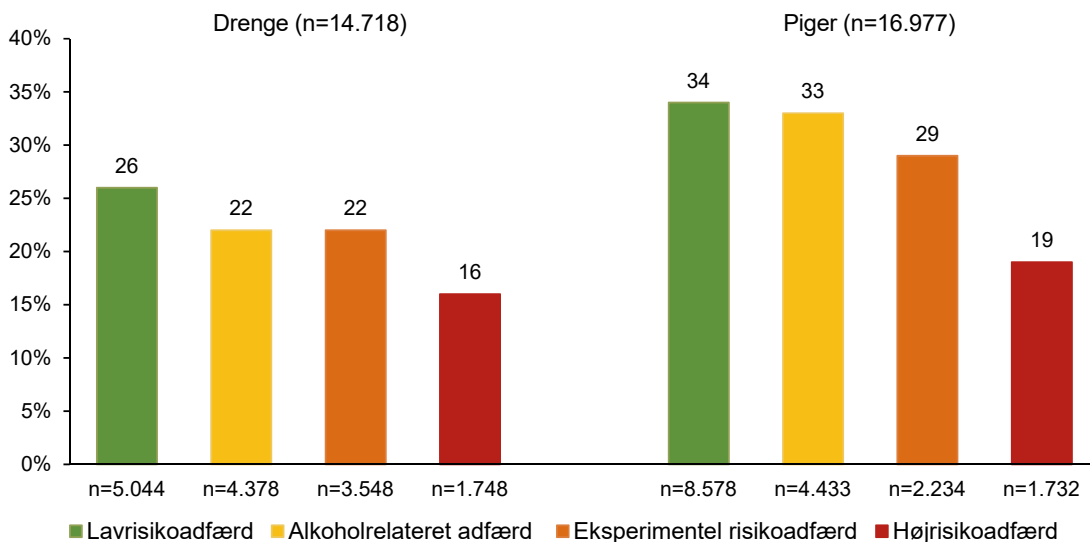
4.2. Kost

Hensigtsmæssige kostvaner kan være med til at forebygge sygdomme og har stor betydning for sundhedstilstanden (40, 41). Som udgangspunkt anbefales unge at følge de officielle kostråd fra Fødevarestyrelsen (42). I kostrådene anbefales det blandt andet, at man dagligt spiser mindst 600 gram frugt og grønt og drikker 1-1½ liter væske. Desuden bør tørsten slukkes i vand. Unge og voksne anbefales at drikke maksimalt ½ liter sukkerholdige drikke om ugen. Indtag af frugt og grønt er associeret med en lavere risiko for visse kræftformer, hjertekarsygdomme og slagtilfælde (40), mens dagligt indtag af sukkerholdige drikke kan føre til overvægt/fedme og tandkaries – og på længere sigt til sukkersyge (41).

Eleverne er spurgt ind til, hvor ofte de indtager frugt, fastfood og energidrikke i løbet af en normal uge.

Figur 4.2.1 viser andelen af elever, der spiser frisk frugt mindst én gang om dagen. Af figuren fremgår det, at andelen, der spiser frisk frugt mindst én gang om dagen, er størst blandt elever med lavrisikoadfærd både blandt drenge (26 %) og piger (34 %). Den mindste andel ses blandt drenge og piger med højriskoadfærd, hvor 16 % blandt drenge og 19 % blandt piger spiser frisk frugt mindst én gang om dagen.

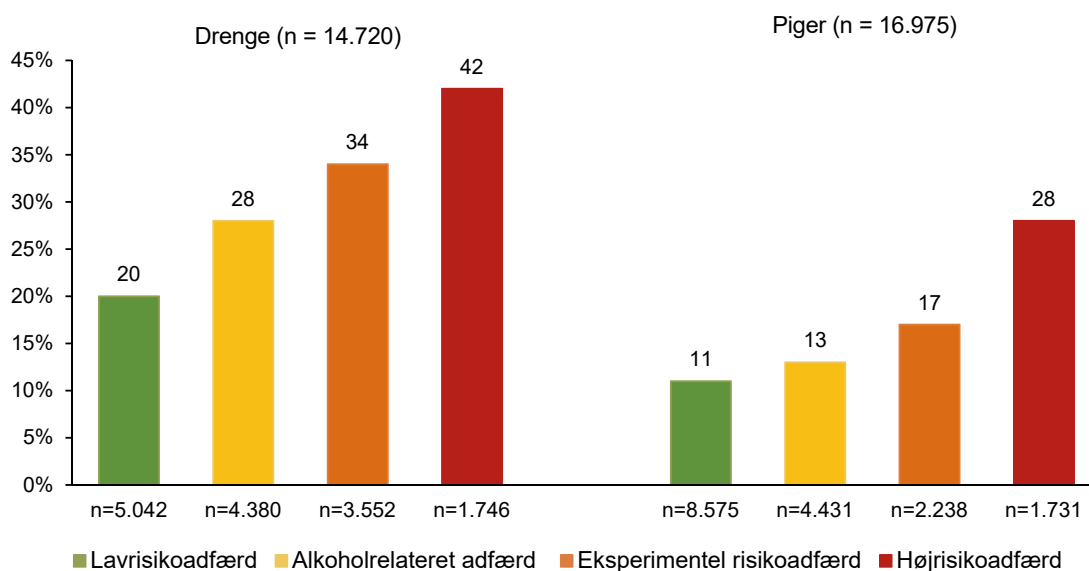
Figur 4.2.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der spiser frisk frugt mindst én gang dagligt, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.695



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Figur 4.2.2 viser andelen af elever, der spiser fastfood minimum 2-4 gange om ugen. Der er en gradient i andelen, der ofte spiser fastfood, hvor den mindste andel ses blandt drenge (20 %) og piger (11 %) med lavrisikoadfærd, mens den største andel ses blandt drenge (42 %) og piger (28 %) med højrisikoadfærd.

Figur 4.2.2 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der spiser fastfood min. 2-4 gange om ugen, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.695

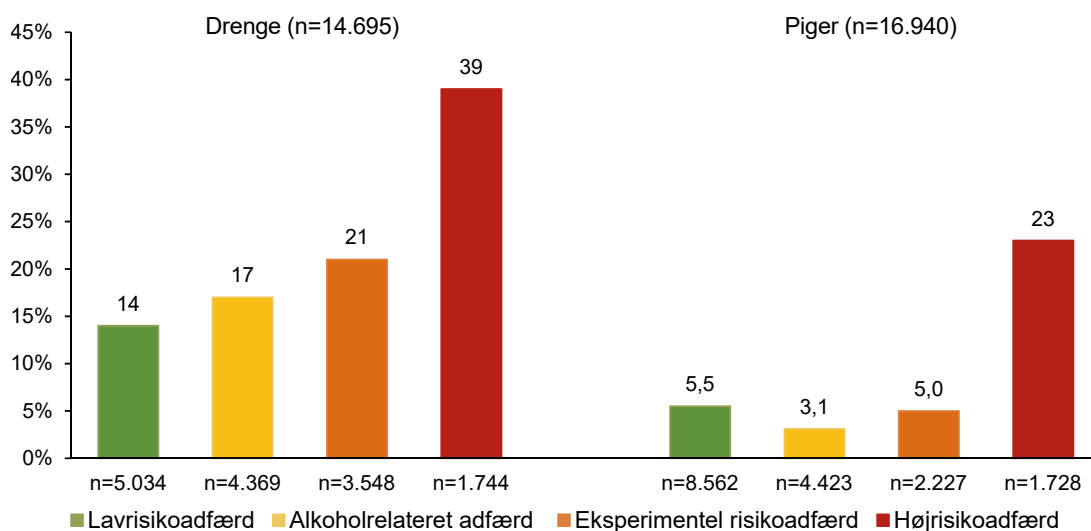


Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Figur 4.2.3 viser andelen af elever, der drikker energidrik minimum 2-4 gange om ugen. Af figuren fremgår det, at andelen, der ofte drikker energidrik, er markant højere for gruppen med højrisikoadfærd sammenlignet med resten af grupperne. Blandt drenge med højrisikoadfærd drikker 39 % ofte energidrik, mens det er gældende for 21 % blandt drenge med eksperimentel risikoadfærd, 17 % blandt

drenge med alkoholrelateret risikoadfærd og 14 % blandt drenge med lavrisikoadfærd. Blandt piger med højrisikoadfærd drikker 23 % ofte energidrik, mens det er gældende for 5,0 % blandt piger med eksperimentel risikoadfærd, for 3,1 % blandt piger med alkoholrelateret risikoadfærd og 5,5 % blandt piger med lavrisikoadfærd.

Figur 4.2.3 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der drikker energidrik min. 2-4 gange om ugen, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.635



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

4.3. Søvn og træthed

Søvn er essentielt for en sund udvikling og vækst, idet kroppen, herunder særligt hjernen, restituerer under søvn (43). Undersøgelser viser, at søvnens længde og kvalitet har betydning for risikoen for koncentrationsbesvær og nedsat læring (44) samt fedme hos børn og unge (45). Hver tredje dreng på gymnasiet har haft søvnproblemer mere end én gang om ugen inden for de seneste seks måneder, hvilket er gældende for 41 % af piger på gymnasier (6). Ligeledes får cirka hver femte 16-24-årige aldrig eller næsten aldrig søvn nok til at føle sig udhvilet (46).

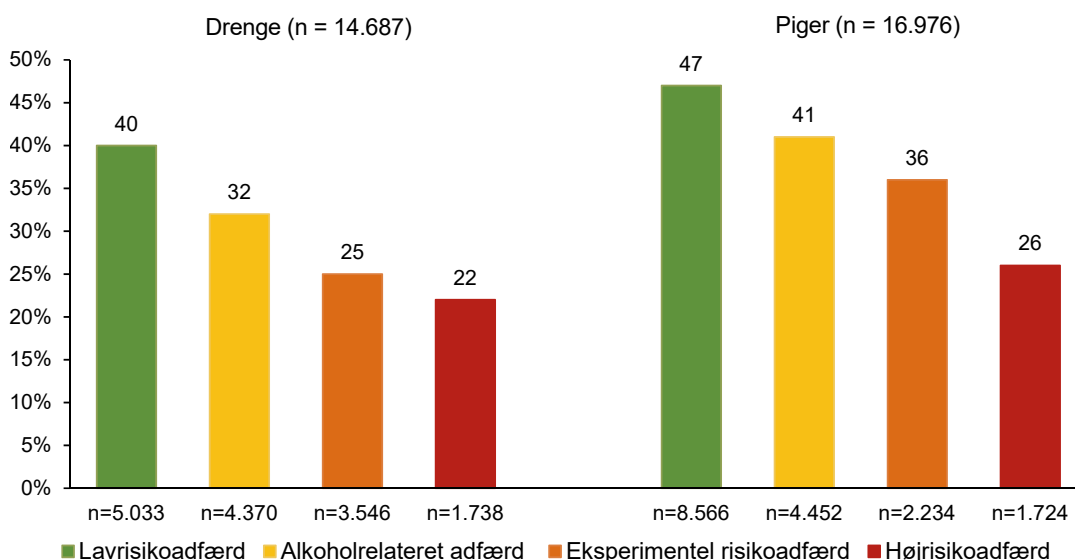
4.3.1. Antal timers nattesøvn

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at unge i alderen 13-18 år sover 8 til 10 timer hver nat (44), imens voksne i alderen 18-60 år anbefales at sove 7 timer eller mere (47). Eleverne er blevet spurgt om, hvornår de

plejer at falde i søvn, når de skal i skole næste dag, og hvornår de plejer at vågne om morgenen, når de skal i skole. På baggrund heraf er antal timers nattesøvn beregnet. Figur 4.3.1 viser andelen af elever, der sover mellem 8 og 10 timer på en typisk nat.

Generelt er der få elever, der sover de anbefalede 8-10 timer hver nat. Flere drenge (40 %) og piger (47 %) med lavrisikoadfærd får den anbefalede mængde søvn sammenlignet med de andre grupper. For gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd gælder det, at 32 % blandt drenge og 41 % blandt piger sover de anbefalede 8 til 10 timer om natten, og for gruppen med eksperimentel risikoadfærd er andelen 25 % blandt drenge og 36 % piger. Den mindste andel ses for gruppen med højriskoadfærd, hvor kun 22 % blandt drenge og 26 % blandt piger sover mellem 8 og 10 timer.

Figur 4.3.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der sover mellem 8 og 10 timer på en typisk nat, opdelt på risikoadfærds mønster og køn. Procent. n = 31.663



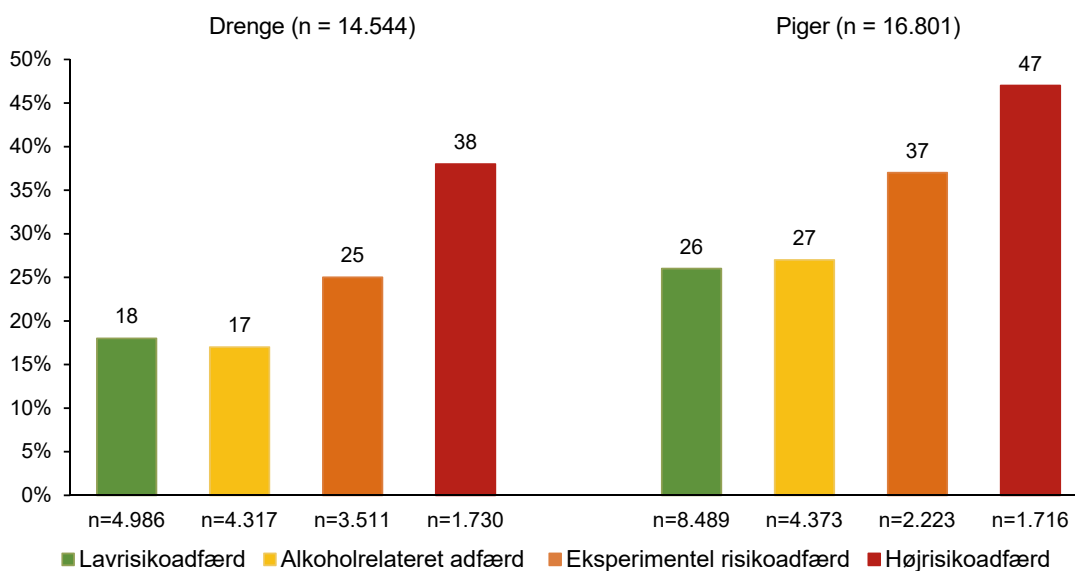
Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

4.3.2. Søvnproblemer

Eleverne er blevet spurgt til, hvor ofte de har haft søvnproblemer inden for de seneste seks måneder. Svarmulighederne var: 'Næsten hver dag', 'Mere end én gang om ugen', 'Næsten hver uge', 'Næsten hver måned' og 'Sjældent eller aldrig'. Figur 4.3.2 viser andelen af elever, der angiver, at de 'Næsten hver dag' eller 'Mere end én gang om ugen' har oplevet søvnproblemer.

Andelen, der oplever søvnproblemer, er den samme for grupperne med lavrisikoadfærd og alkoholrelateret risikoadfærd, hvor 17-18 % blandt drenge og 26-27% oplever søvnproblemer. Til sammenligning er der flere unge med eksperimentel risikoadfærd, der oplever søvnproblemer (25 % blandt drenge og 37 % blandt piger), og flest i gruppen med højriskoadfærd (38 % blandt drenge og 47 % blandt piger).

Figur 4.3.2 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der har søvnproblemer mindst én gang om ugen, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.345



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

4.4. Opsamling

Resultaterne peger på, at der overordnet set er en ophobning af generel uhensigtsmæssig sundhedsadfærd blandt elever med højriskadfærd. De har den mindste andel af unge, der dyrker motion mindst én gang om ugen i forening eller klub, der dyrker motion syv eller flere timer ugentligt, og den mindste andel af piger, som lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet. Elever med alkoholrelateret og eksperimentel risikoadfærd lever i højere grad op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet. Resultaterne for kostvaner viser, at andelen, som spiser frisk frugt mindst én gang dagligt, er mindst

blandt elever med højriskadfærd. I tråd hermed står piger og drenge med højriskadfærd for den største andel af unge, der indtager fastfood og energidrik mindst 2-4 gange ugentligt.

Færrest drenge og piger med højriskadfærd sover de anbefalede 8-10 timer pr. nat, imens flest drenge og piger med lavrisikoadfærd lever op til anbefalingerne for søvn. Ligeledes er der flere elever i gruppen med højriskadfærd, der oplever søvnproblemer, sammenlignet med de andre grupper



5. Risikoadfærd og fysisk helbred

Dette kapitel har til formål at belyse sammenhængen mellem risikoadfærd og fysisk helbred. Fysisk helbred kan beskrives ud fra mange perspektiver, og i dette kapitel belyses fysisk helbred ud fra selvvurderet helbred og elevernes egne oplevelser med fysiske symptomer såsom hovedpine, mavepine og andre smerter i for eksempel ryg og nakke. Derudover afdækker kapitlet også de unges vægt (BMI) og en subjektiv opfattelse af deres krop i form af kropsofattelse og kropstilfredshed.

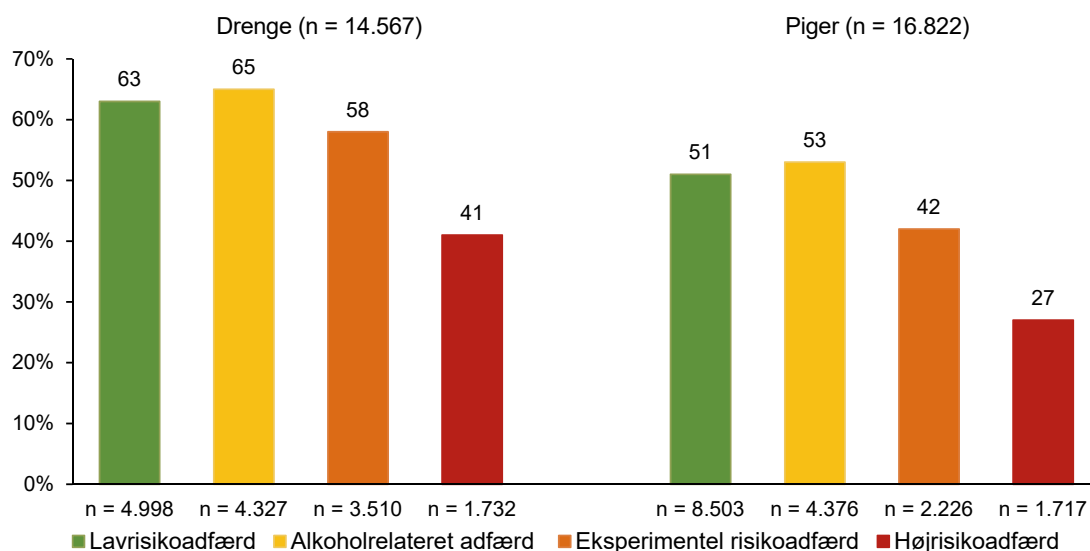
5.1. Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er en simpel metode til at vurdere folks helbred, da man får personens subjektive vurdering frem for udelukkende at liste sygdomme og symptomer (48). Der ses en sammenhæng mellem sundhedsadfærd og selvvurderet helbred. Således har personer, der vurderer deres helbred til at være dårligt, ofte en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i form af for eksempel rygning og inaktivitet (49, 50). Herudover har selvvurderet helbred vist sig at være en god prædiktør for sygelighed og døde-

lighed (51, 52). Elevernes vurdering af deres fysiske helbred er undersøgt ved spørgsmålet: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?' og besvaret ud fra svarmulighederne 'Fremragende', 'Vældig godt', 'Godt', 'Mindre godt' eller 'Dårligt'.

Figur 5.1.1 viser andelen af elever, der har svaret, at de har et fremragende eller vældig godt helbred. Blandt både drenge og piger ses den største andel af personer med fremragende eller vældig godt selvvurderet helbred blandt unge med alkoholrelateret risikoadfærd og lavrisikoadfærd. Samtidig ses den mindste andel, der vurderer eget helbred til at være fremragende eller vældig godt, blandt drenge og piger med højrisikoadfærd. Således er andelen 63 % blandt drenge med lavrisikoadfærd og 65 % blandt drenge med alkoholrelateret risikoadfærd sammenlignet med 41 % blandt drenge med højrisikoadfærd. For piger er andelen henholdsvis 51 % og 53 % blandt piger med lavrisikoadfærd og alkoholrelateret risikoadfærd sammenlignet med 27 % blandt piger med højrisikoadfærd.

Figur 5.1.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der har et 'fremragende' eller 'vældig godt' helbred, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.389



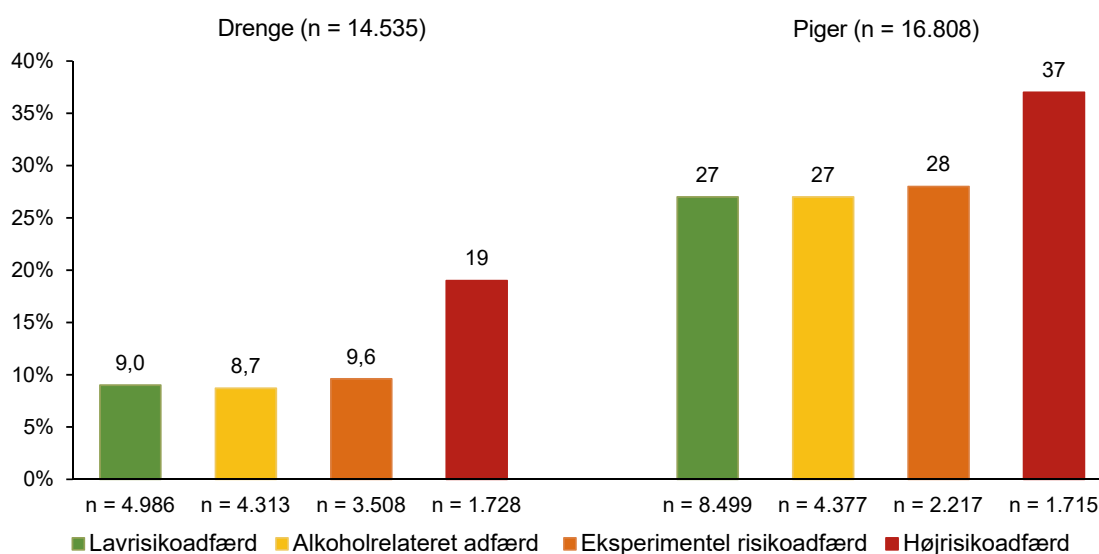
Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

5.2. Fysiske symptomer

Hoved-, nakke- og mavesmerter er de mest almindelige fysiske symptomer blandt unge (53, 54). Selvom generne er almindelige, kan hyppig forekomst af disse dog være tegn på sygdom eller mistrivsel, hvilket i sidste ende kan påvirke de unges skolegang, fritid og sociale relationer (55-57). Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte de inden for de seneste 6 måneder har oplevet henholdsvis

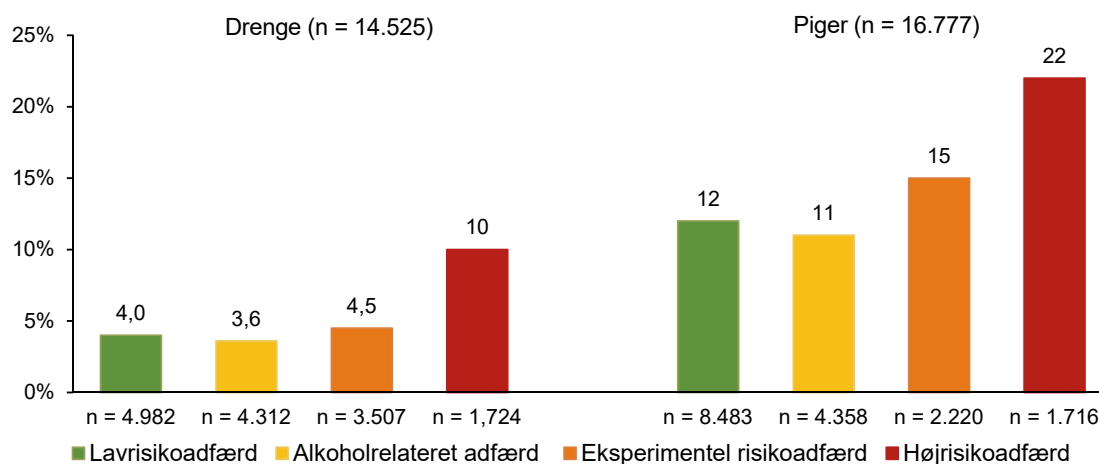
hovedpine, mavepine og andre smerter for eksempel ondt i nakken eller ryggen. Svarmulighederne var 'Næsten hver dag', 'Mere end én gang om ugen', 'Næsten hver uge', 'Næsten hver måned' og 'Sjældent eller aldrig'. Figur 5.2.1 til 5.2.3 viser andelen af unge, der mere end én gang om ugen har været generet af henholdsvis hovedpine (figur 5.2.1), mavepine (figur 5.2.2) og andre smerter (figur 5.2.3).

Figur 5.2.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der har hovedpine mere end én gang om ugen, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.343



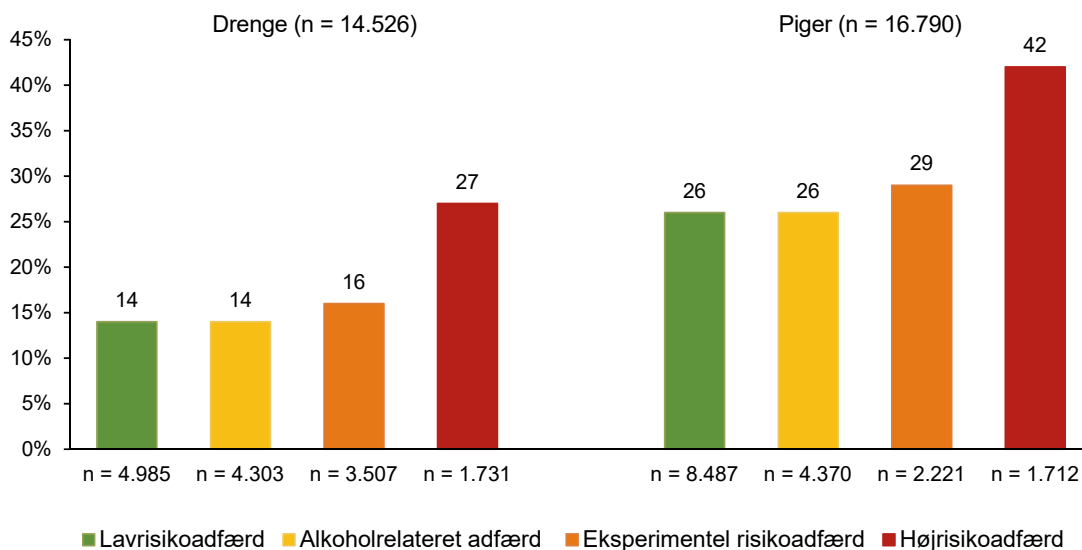
Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Figur 5.2.2 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der har mavepine mere end én gang om ugen, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.302



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Figur 5.2.3 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der har andre smerter som ondt i ryggen eller nakken mere end én gang om ugen, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.316



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Generelt ses det, at unge med højrisikoadfærd adskiller sig fra de andre grupper ved at have en noget højere andel af unge, som dør med fysiske symptomer mere end én gang om ugen. For eksempel lider 42 % af piger med højrisikoadfærd af smerter som ondt i ryggen eller nakken sammenlignet med piger med henholdsvis eksperimentel

risikoadfærd (29%), alkoholrelateret risikoadfærd (26%) og lavrisikoadfærd (26%). Der ses ingen nævneværdige forskelle i andelen med fysiske symptomer blandt grupperne med eksperimentel risikoadfærd, alkoholrelateret risikoadfærd og lavrisikoadfærd, hverken blandt drenge eller piger.

5.3. Vægt og krop

5.3.1. Overvægt

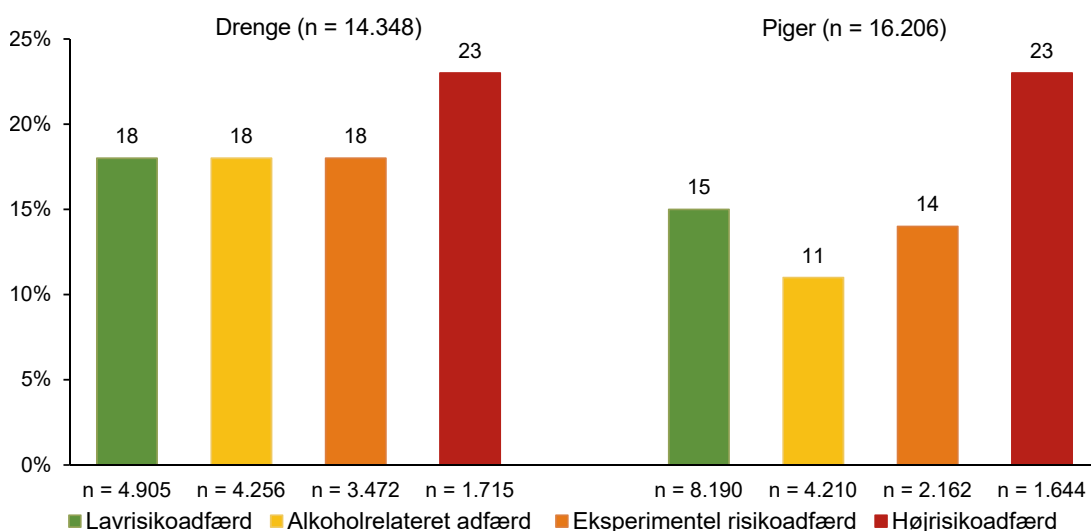
Overvægt i ungdomsårene kan have både kort- og langsigtede fysiske og psykiske konsekvenser. På kort sigt oplever unge med overvægt i højere grad psykosociale udfordringer som stigmatisering og mobning samt lavt selvværd og nedsat livskvalitet (58, 59). På længere sigt kan overvægt øge risikoen for blandt andet type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, hjertestop, forhøjet blodtryk og kræft (58, 59). Herudover har man fundet, at unge med overvægt i barndom og ungdom har en øget risiko for overvægt i voksenlivet (60).

Body mass index (BMI) er et mål, som ofte bruges til at vurdere graden af over- og undervægt (60) og beregnes som vægt i kilo divideret med kvadratet på højden i meter (kg/m²). Eleverne har alle angivet

deres højde (meter) uden sko og deres vægt (kg) uden tøj, hvorudfra deres BMI efterfølgende er beregnet og kategoriseret i forhold til WHO's definition af undervægt, normalvægt og overvægt (60, 61). Overvægt er defineret som et BMI \geq 25 kg/m².

Af figur 5.3.1 fremgår det, at andelen af unge med overvægt er størst blandt drenge og piger med højrisikoadfærd. Blandt både drenge og piger med højrisikoadfærd er andelen med overvægt 23 %, imens andelen med overvægt er 18 % for de tre andre grupper blandt drenge, og 14 %, 11 % og 15 % blandt piger med henholdsvis eksperimentel risikoadfærd, alkoholrelateret risikoadfærd og lavrisikoadfærd.

Figur 5.3.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever med et BMI \geq 25 kg/m², opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 30.554



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

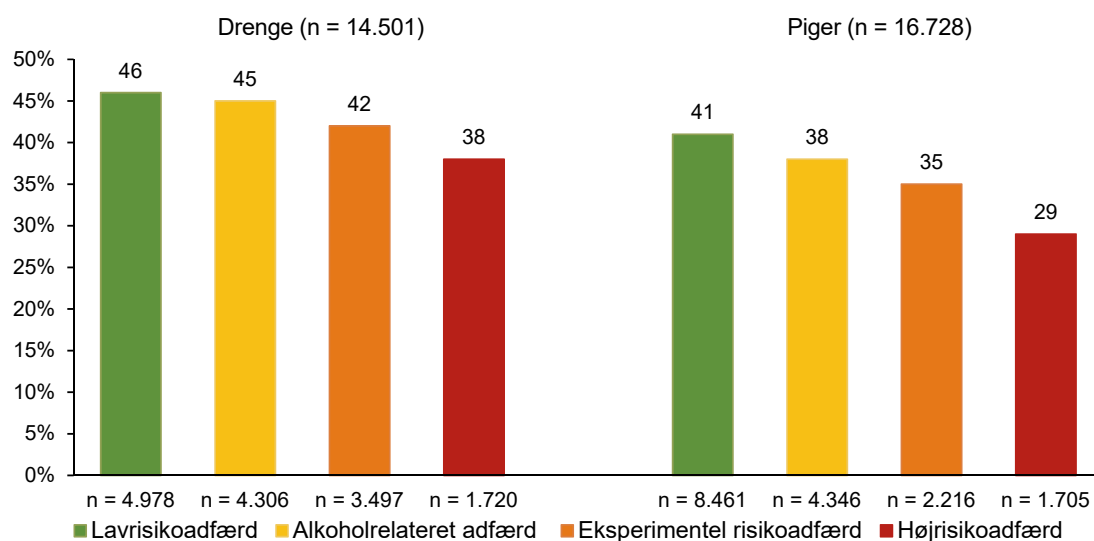
5.3.2. Kropsopfattelse

Mange unge er utilfredse med egen krop og vægt, og kropsopfattelse kan have en stor indflydelse på unges sundhedsadfærd, især hvad angår vægtkontrol. Flere studier har fundet, at det at føle sig enten under- eller overvægtig er associeret med en øget risiko for at engagere sig i uhensigtsmæssig vægtkontrollerende adfærd som unødvendige slankekure, slankepiller, overdreven fysisk aktivitet, og i nogle tilfælde kan det føre til spiseforstyrrelse (62, 63).

Eleverne er blevet bedt om at afslutte sætningen, 'Synes du, at du er...?' med svarmulighederne 'For tynd', 'Passende' eller 'For tyk'.

Figur 5.3.2 viser andelen af unge, der synes, deres krop er passende. Blandt piger med lavrisikoadfærd mener 41 %, at deres krop er passende, sammenlignet med kun 29 % blandt piger med højrisikoadfærd. Det samme mønster er gældende for drenge, hvor andelen er 46 % blandt drenge med lavrisikoadfærd sammenlignet med 38 % blandt drenge med højrisikoadfærd. Der er ikke stor forskel mellem grupperne i andelen, der mener, de er for tynde (resultater ikke vist). Det betyder, at en større andel blandt unge med højrisikoadfærd selv synes, de er for tykke. For eksempel mener 63 % blandt piger med højrisikoadfærd, at de er for tykke (resultater ikke vist).

Figur 5.3.2 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der synes, deres krop er passende, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.229



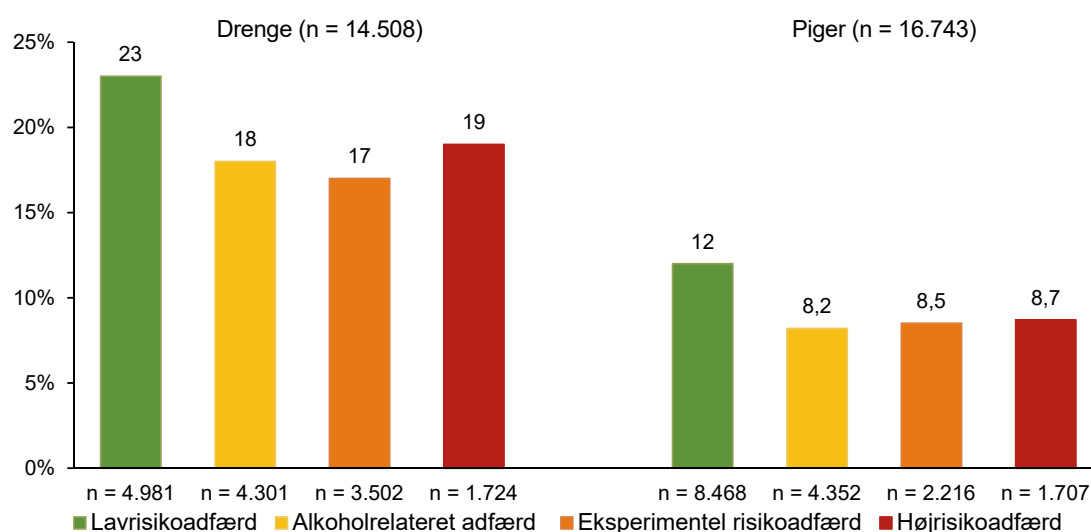
Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

5.3.3. Kropstilfredshed

Ligesom med kropsofattelse ses der en sammenhæng mellem kropstilfredshed og forekomsten af uhensigtsmæssig vægtkontrollerende adfærd (62). Eleverne er blevet bedt om at svare på, hvor tilfred-

se, de er, med deres egen krop på en skala fra 1 til 10, hvor 1 er 'Meget utilfreds', og 10 er 'Meget tilfreds'. Figur 5.3.3 viser andelen af elever med meget høj kropstilfredshed (9 og 10 på skalaen fra 1-10).

Figur 5.3.3 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever med meget høj kropstilfredshed (9 og 10 på en skala fra 1-10), opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.251



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Generelt er der få elever, der angiver at have en meget høj kropstilfredshed, og det er især piger, der ikke er tilfredse med deres egen krop, sammenlignet med drenge. Det fremgår dog, at der blandt drenge og piger med lavrisikoadfærd er den største andel med meget høj kropstilfredshed (23 % blandt drenge og 12 % blandt piger). Der ses ingen nævneværdig forskel i andelen af unge med meget høj kropstilfredshed blandt de resterende grupper. Når vi kigger på elever med meget lav kropstilfredshed (1-2 på skalaen fra 1-10), angiver over dobbelt så mange piger med højrisikoadfærd at have meget

lav kropstilfredshed (11 %) sammenlignet med de andre grupper (5,5 % blandt piger med lavrisikoadfærd, 4,4 % blandt piger med alkoholrelateret risikoadfærd og 6,1 % blandt piger med eksperimentel risikoadfærd) (resultater ikke vist). Det samme gør sig gældende blandt drenge, hvor andelen dog er noget lavere (2,0 % blandt drenge med lavrisikoadfærd, 1,5 % blandt drenge med alkoholrelateret risikoadfærd, 1,4 % blandt drenge med eksperimentel risikoadfærd og 3,3 % blandt drenge med højrisikoadfærd) (resultater ikke vist).

5.4. Opsamling

Generelt ses det, at drenge og piger med højrisikoadfærd har et dårligere helbred, oplever flere fysiske symptomer som hovedpine, mavepine og smerter i nakke eller ryg, har en større andel af unge med overvægt og opfatter deres egen krop mindre positivt sammenlignet med drenge og piger med eksperimentel risikoadfærd, alkoholrelateret risikoadfærd og lavrisikoadfærd. Dog har de ikke en ringere kropstilfredshed sammenlignet med grupperne med eksperimentel risikoadfærd og alkoholrelateret risikoadfærd.

Generelt ses der ingen nævneværdig forskel i selv-vurderet helbred, fysiske symptomer og overvægt blandt grupperne med lavrisikoadfærd, alkoholrelateret risikoadfærd og eksperimentel risikoadfærd. Dog ses der en tendens til, at unge med eksperimentel risikoadfærd har det en anelse dårligere, når det gælder fysisk helbred, end de to andre grupper. I forhold til kropstilfredshed er der en højere andel blandt drenge og piger med lavrisikoadfærd, der angiver at have meget høj kropstilfredshed, sammenlignet med de resterende grupper.



6. Risikoadfærd og mental sundhed

I dette kapitel belyses sammenhængen mellem risikoadfærd og mental sundhed. Unges mentale sundhed har stor betydning for overgangen fra ungdoms- til voksenliv, herunder uddannelsesgenemførelse og tilknytning til arbejdsmarkedet (64, 65). Samtidig er god mental sundhed afgørende for den enkeltes evne til at opretholde gode sociale relationer med familie og venner. WHO og Sundhedsstyrelsen definerer mental sundhed som "en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker" (66, 67). Med denne definition forstås mental sundhed som et positivt begreb, der er mere og andet end fravær af psykiske lidelser og symptomer. Ofte taler man om, at mental sundhed rummer to dimensioner, henholdsvis en oplevelsesdimension og en funktionsdimension (68). Oplevelsesdimensionen handler om oplevelsen af at have det godt med sig selv og sit liv. Her er livstilfredshed og selvværd vigtige elementer. Funktionsdimensionen handler om, hvordan man fungerer i hverdagen. Mental sundhed kan måles på mange måder, og for at få et detaljeret billede af de forskellige risikogrupperes mentale sundhed afdækker dette kapitel både positive aspekter af mental sundhed som trivsel (herunder livstilfredshed, mental velvære, troen på egne evner (self-efficacy) og selvværd), og negative aspekter som stress, psykiske symptomer og ensomhed.

6.1. Trivsel

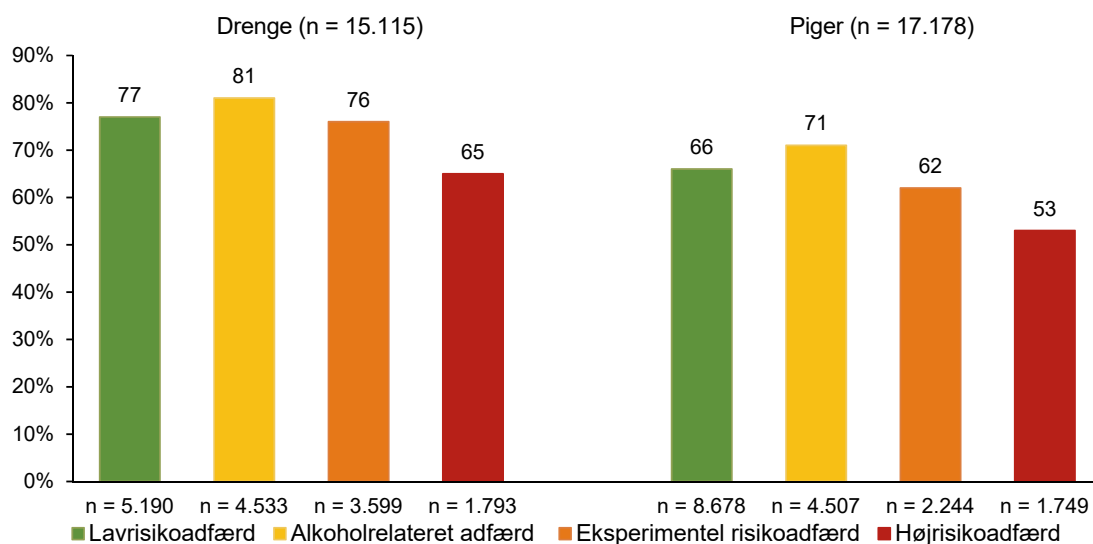
6.1.1. Livstilfredshed

I de to undersøgelser, der ligger til grund for denne rapport anvendes en dansk version af spørgeskemaet 'Cantril's ladder' til at måle livstilfredshed (69). Eleverne er blevet bedt om at angive deres livstilfredshed på en skala fra 0 til 10, hvor 0 indikerer '*Det værste mulige liv*', og 10 indikerer '*Det bedst mulige liv*'. Skalaen er efterfølgende inddelt i tre kategorier, hvor 0 til 4 er '*Lav/meget lav*', 5 til 6 er '*Middel*' og 7 til 10 er '*Høj/meget høj*' grad af livstilfredshed.

Figur 6.1.1 viser andelen af elever med høj eller meget høj livstilfredshed (7-10 på skalaen). Gennemsnitligt ligger drenge og piger med højrisikoadfærd under de resterende grupper med en score på 6.1. Den gennemsnitlige score for grupperne med lavrisikoadfærd, alkoholrelateret risikoadfærd og eksperimentel risikoadfærd er henholdsvis 7,0, 7,1 og 7,1 for drenge og 6,8, 7,0 og 6,7 for piger.

Gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd har den største andel af elever med høj eller meget høj livstilfredshed. Her angiver 81 % blandt drenge og 71 % blandt piger at være meget tilfredse med deres eget liv. Gruppen med lavrisikoadfærd følger tæt efter med en andel på 77 % blandt drenge og 66 % blandt piger. De mindste andele af elever med høj eller meget høj livstilfredshed ses blandt drenge (65%) og piger (53%) med højrisikoadfærd.

Figur 6.1.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever med høj eller meget høj livstilfredshed (7-10 på en skala fra 1-10), opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 32.293



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

I overensstemmelse med ovenstående angiver en større andel af elever med højrisikoadfærd at have lav eller meget lav livstilfredshed (0-4 på skalaen) sammenlignet med de andre grupper. Det er gældende for 12 % blandt drenge og 16 % blandt

piger. Andelen med lav eller meget lav livstilfredshed for unge med lavrisikoadfærd, alkoholrelateret risikoadfærd og eksperimentel risikoadfærd er henholdsvis 6,5 %, 4,9 %, og 7,0 % blandt drenge og 8,9 %, 6,8 % og 11 % blandt piger (resultater ikke vist).

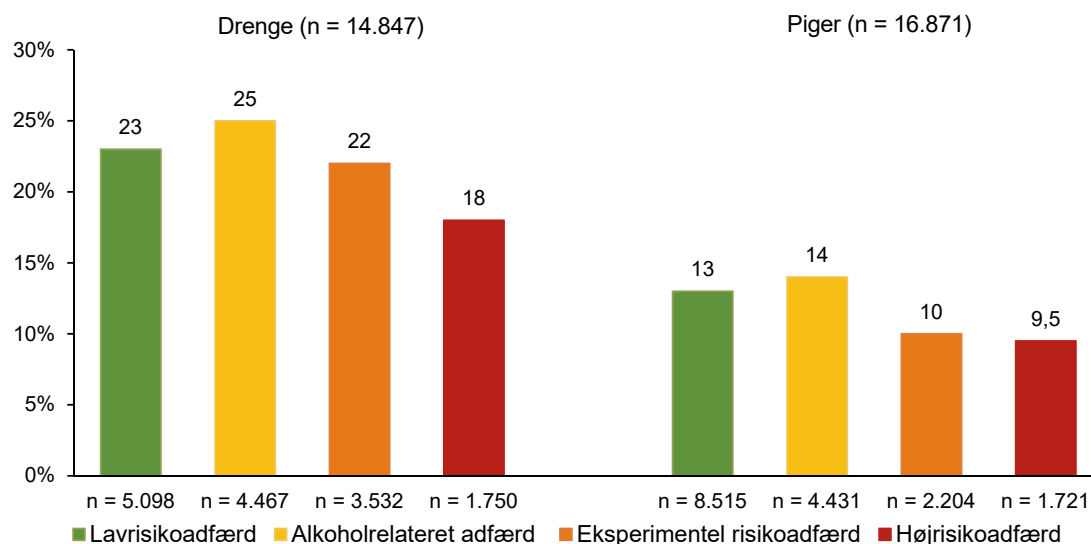
6.1.2. Mental velvære

Til at belyse elevernes mentale velvære er den korte version af Warwick-Edinburg Mental Well-being Scale (SWEMWBS) anvendt (70), som er en skala udviklet til at monitorere positive aspekter af mental sundhed. SWEMWBS består af syv positivt formulerede spørgsmål vedrørende en persons tanker og følelser: 1) Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden, 2) Jeg har følt mig nyttig, 3) Jeg har følt mig afslappet, 4) Jeg har klaret problemer godt, 5) Jeg har tænkt klart, 6) Jeg har følt mig tæt på andre mennesker, og 7) Jeg har været i stand til at danne min egen mening om ting. Svarene scores fra 1-5 efter, hvor ofte de pågældende tanker og følelser opstår ('Aldrig', 'Næsten aldrig', 'En gang imellem', 'Ofte', og 'Meget ofte'), hvorefter scoren fra hvert spørgsmål summeres til én score.

Der findes flere måder, hvormed deltagerne kan inddeles på baggrund af deres SWEMWBS-score (71). I denne rapport inddeles deltagerne kategorisk efter, om de har en score svarende til lav, moderat eller høj velvære. Kategorierne dækker de 15 %, der scorer højest (høj grad af mental velvære), de 70 %, der ligger i midten (moderat), og de 15 %, der scorer lavest på skalaen (lav) (72).

Figur 6.1.2 viser andelen af elever med høj grad af mental velvære. Gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd har den største andel af elever med høj grad af mental velvære. Her ses det, at 25 % blandt drenge og 14 % blandt piger har en høj grad af mental velvære. Gruppen med lavrisikoadfærd følger tæt efter med en andel på 23 % blandt drenge og 13 % blandt piger. De mindste andele af elever med høj eller meget høj livstilfredshed ses blandt drenge (18%) og piger (9,5 %) med højriskoadfærd.

Figur 6.1.2 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever med høj grad af mental velvære, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.718



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

En større andel af elever med højriskoadfærd har en lav grad af mental velvære sammenlignet med de andre grupper. Det er gældende for 16 % blandt drenge og 26 % blandt piger. Andelen med lav grad af mental velvære for unge med lavrisikoadfærd, alkoholrelateret risikoadfærd og eksperimen-

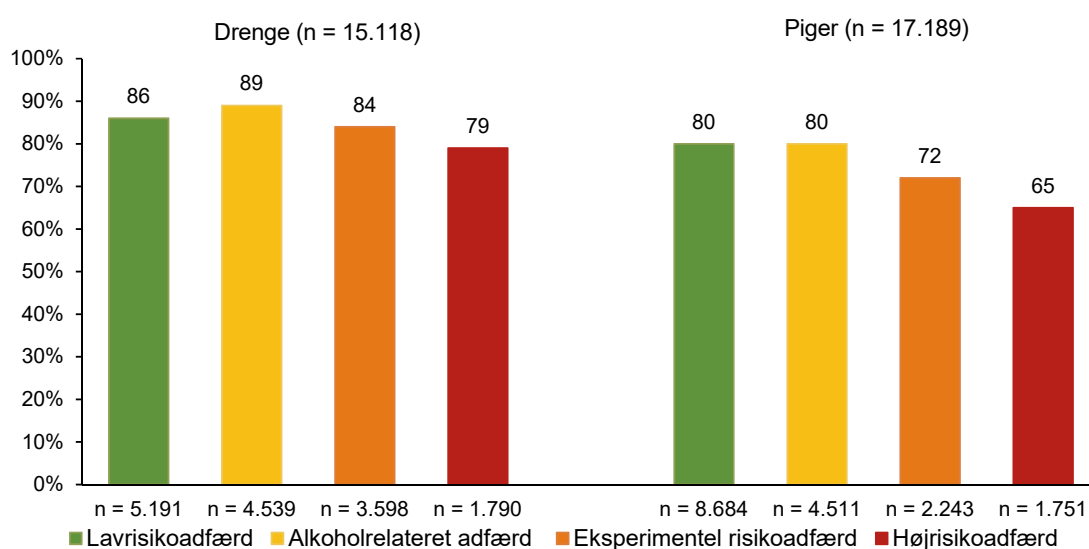
tel risikoadfærd er henholdsvis 12 %, 8,1 %, og 9,9 % blandt drenge og 18 %, 13 % og 19 % blandt piger (resultater ikke vist).

6.1.3. Self-efficacy

Self-efficacy er en persons opfattelse af, hvorvidt de er i stand til at sætte sig specifikke mål og opnå disse mål (73). Self-efficacy er relevant for den mentale sundhed, da det handler om følelsen af at kunne håndtere udfordringer i hverdagen (74). I UNG19 GYM og UNG19 EUD er self-efficacy målt ved

spørgsmålet 'Hvor ofte kan du klare det, du sætter dig for', med fem svarmuligheder: 'Meget ofte', 'Ofte', 'En gang imellem', 'Næsten aldrig' og 'Aldrig'. Figur 6.1.3 viser andelen af elever, der har angivet, at de ofte eller meget ofte kan klare det, de sætter sig for (høj grad af self-efficacy).

Figur 6.1.3 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever med en høj grad af self-efficacy, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 32.307



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

Generelt ses det, at størstedelen af de unge har en høj grad af self-efficacy. Den største andel ses blandt drenge (89 %) med alkoholrelateret risikoadfærd og piger med både alkoholrelateret (80 %) og lavrisikoadfærd (80 %). Den mindste andel af unge

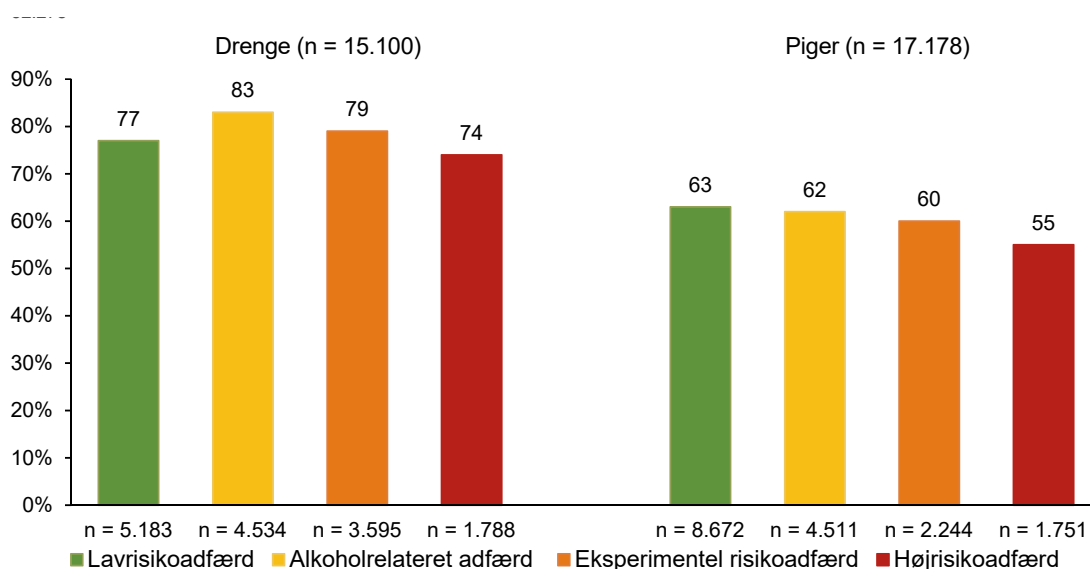
med høj grad af self-efficacy findes blandt drenge og piger med højrisikoadfærd. Her angiver 79 % blandt drenge og 65 % blandt piger, at de kan klare de ting, de sætter sig for.

6.1.4. Selvværd

For at vurdere elevernes selvværd er de blevet bedt om at angive, hvor enige eller uenige de er i udsagnet: 'Jeg er god nok, som jeg er' ud fra fem svarmuligheder; 'Helt enig', 'Enig', 'Hverken enig eller uenig', 'Uenig' og 'Helt uenig'. Figur 6.1.4 viser andelen af elever med høj grad af selvværd, det vil sige elever, der angiver, at de er helt enig eller enig.

Generelt har størstedelen af eleverne et godt selvværd. Den gruppe af unge, som har den største andel med godt selvværd, er gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd blandt drenge (83 %) og gruppen med lavrisikoadfærd blandt piger (63 %). Dog ses den mindste andel med høj grad af selvværd blandt drenge og piger med højrisikoadfærd.

Figur 6.1.4 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever med en høj grad af selvværd, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 32.278



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

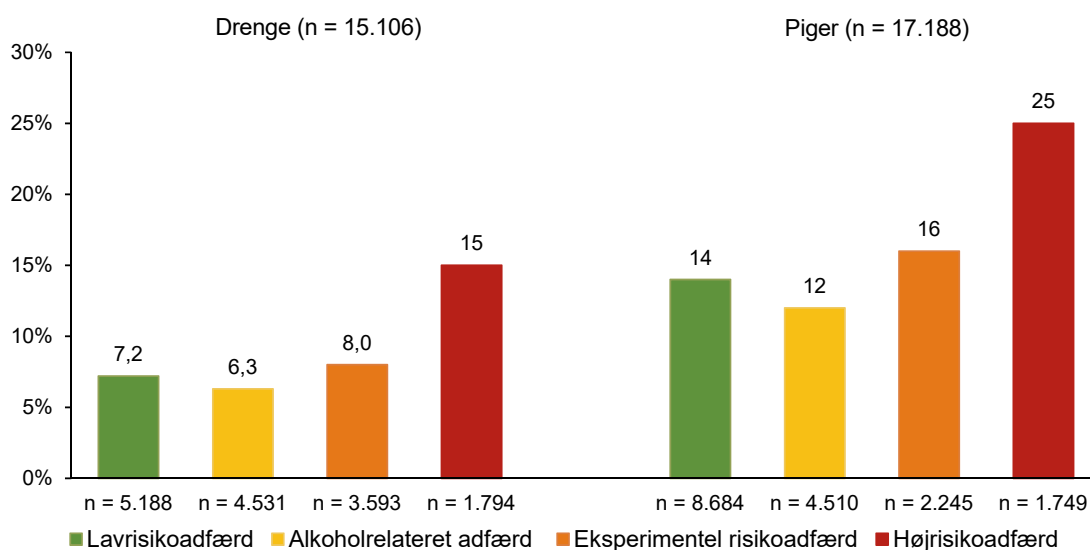
6.2. Stress

Stress er et stigende problem blandt unge i Danmark (75), og følelsen af stress kan opstå, når de krav, der stilles til et individ, overskrider dets ressourcer (76, 77). Stress er ikke en sygdom i sig selv, men kan føre til sygdom. Der skelnes mellem kortvarig stress, som er en naturlig reaktion og et livsvilkår, og langvarig stress, som kan påvirke livskvalitet og helbred negativt (78-80). Langvarig stress er ligeledes forbundet med en øget forekomst af usunde adfærdsmønstre (6, 77, 81). Til at belyse elevernes egne oplevelser af stress er de i

UNG19 GYM og UNG19 EUD blevet spurgt ind til, hvor ofte de føler sig stressede.

Figur 6.2.1 viser andelen af elever, der dagligt føler sig stressede. Her adskiller elever med højrisikoadfærd sig fra de andre grupper ved at have en noget højere andel af drenge (15 %) og piger (25%), der føler sig stressede hver dag. De andre grupper adskiller sig ikke nævneværdigt fra hinanden. Den mindste andel ses blandt gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd, både blandt drenge (6,3 %) og piger (12 %).

Figur 6.2.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der dagligt føler sig stressede, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 32.294



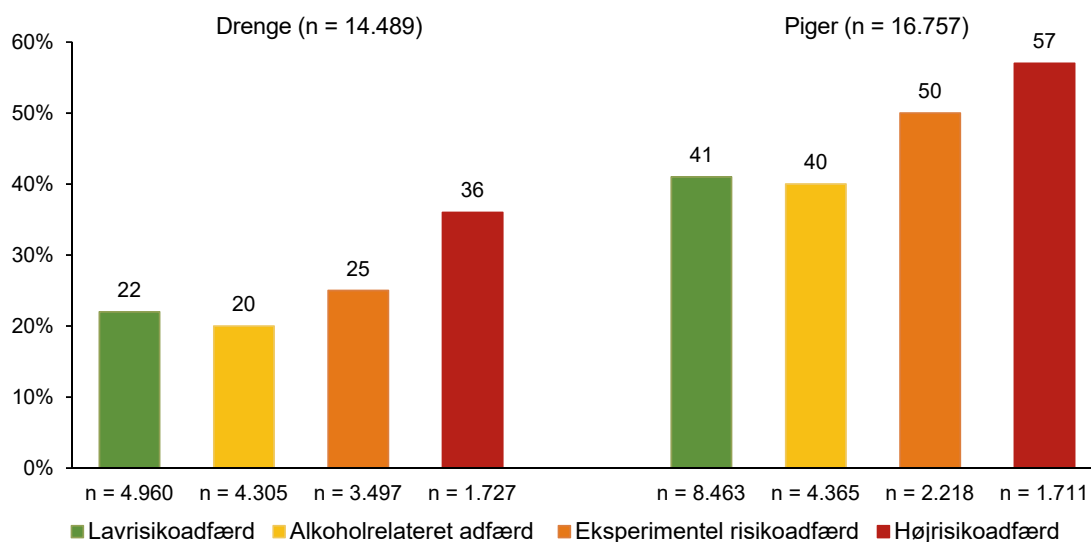
Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

6.3. Psykiske symptomer

Psykiske symptomer, som at være ked af det, irriteret eller nervøs, er hyppigt forekommende blandt unge og en naturlig del af ungdomslivet. Ved hyppige og længerevarende symptomer er det en betydelig belastning, der kan påvirke den unges skolegang, sociale relationer og sundhedsadfærd og have konsekvenser ind i voksenlivet (77, 82). I undersøgelsen er eleverne blevet spurgt, hvor ofte de har oplevet en række psykiske symptomer (ked af det, irriteret/dårligt humør og nervøs) inden for de seneste seks måneder.

Figur 6.3.1 viser andelen af elever, der har oplevet mindst ét af de pågældende symptomer mere end én gang om ugen. Det fremgår, at 36 % blandt drenge og 57 % blandt piger med højrisikoadfærd har oplevet psykiske symptomer mere end én gang ugentligt inden for de seneste seks måneder. Her er andelen højere sammenlignet med de andre grupper. Grupperne med lavrisikoadfærd og alkoholrelateret risikoadfærd har de mindste andele af elever med psykiske symptomer.

Figur 6.3.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der oplever psykiske symptomer (ked af det, irriteret/dårligt humør, nervøs) mere end én gang om ugen, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.246



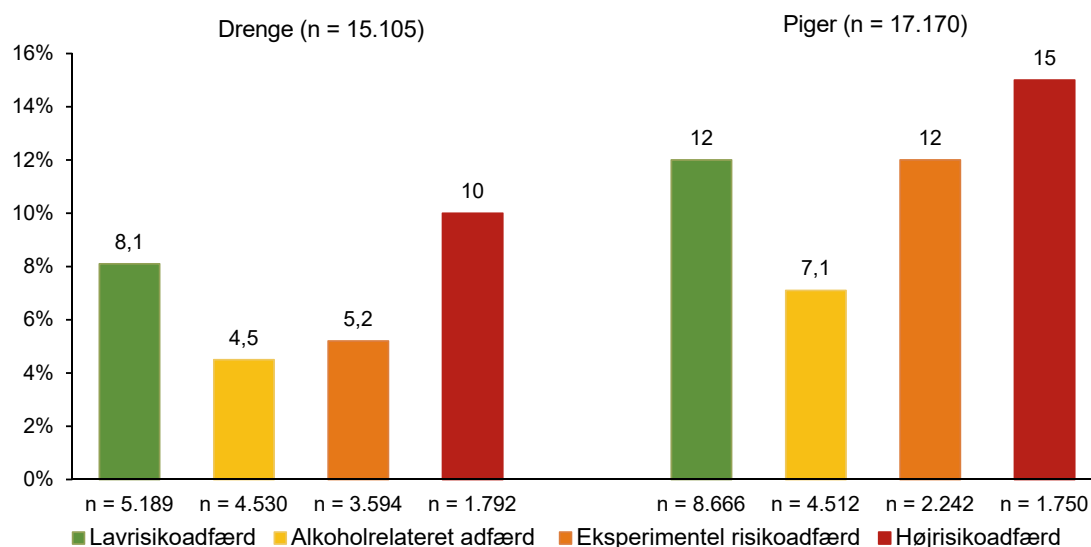
Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

6.4. Ensomhed

Begrebet ensomhed dækker både over at føle sig isoleret fra andre, men også at føle sig ensom i de sociale relationer, som man allerede indgår i. Man kan således godt have et stort socialt netværk, men stadig føle sig ensom (83). De fleste unge vil på et eller andet tidspunkt igennem ungdomslivet opleve at føle sig ensomme, men vedvarende ensomhed er problematisk, og der ses en overdødelighed blandt personer med ensomhed samt en øget risiko for udviklingen af sygdom, såsom psykiske lidelser og hjertekarsygdom (37, 84-86).

Eleverne er i undersøgelserne blevet stillet spørgsmålet: 'Føler du dig ensom?' med følgende svarmuligheder: 'Nej', 'Ja, af og til', 'Ja, ofte' og 'Ja, meget ofte'. Figur 6.4.1 viser andelen af elever, der har svaret, at de ofte eller meget ofte føler sig ensomme. Den største andel af elever, som ofte eller meget ofte føler sig ensomme, findes i gruppen med højrisikoadfærd, både hvad angår drenge (10 %) og piger (15 %). Samtidig ses en forholdsvis stor andel af elever med lavrisikoadfærd, der føler sig ensomme. Dette er gældende for 8,1 % blandt drenge og 12 % blandt piger. Elever med alkoholrelateret risikoadfærd udgør den mindste andel af drenge og piger, der føler ofte eller meget ofte føler sig ensomme.

Figur 6.4.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 32.275



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

6.5. Opsamling

Generelt adskiller gruppen med højriskoadfærd sig ved at have en lavere grad af mental sundhed sammenlignet med de andre risikoadfærdsgrupper. I denne gruppe ses en lavere andel med høj livstilfredshed, høj mental velvære, god self-efficacy og godt selvværd. Dette er gældende for både drenge og piger. Derudover viser resultaterne, at gruppen med højriskoadfærd i højere grad har daglig stress, psykiske symptomer og hyppig ensomhed, når man sammenligner med de andre risikoadfærdsmønstre.

Generelt ser det ud til, at gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd har det bedst i forhold til mental sundhed. Der er dog ikke stor forskel i de forskellige indikatorer for mental sundhed mellem denne gruppe og gruppen med lavrisikoadfærd. Gruppen med eksperimentel risikoadfærd har det generelt en anelse dårligere end de to grupper med lavrisikoadfærd og alkoholrelateret risikoadfærd, men forskellene er små.



7. Risikoadfærd og sociale relationer

Formålet med dette kapitel er at belyse sammenhængen mellem risikoadfærd og sociale relationer. Sociale relationer er et centralt aspekt af individets psykiske og fysiske sundhed (87). I ungdommen er det essentielt at have gode og tilfredsstillende relationer samt et godt socialt netværk (88). Det er efterhånden velkendt at gode relationer til forældre og venner har stor betydning for modstandsdygtighed, livskvalitet og evnen til at overvinde sygdom (88-91). Sociale relationer betegnes ofte som værende strukturelle eller funktionelle (92-94). Strukturelle relationer handler om kvantiteten af de sociale relationer og måles ofte på, hvor mange relationer man har, hvor ofte man ser sine venner og familie samt varigheden af relationerne. De funktionelle aspekter handler om kvaliteten af de sociale relationer og omfatter blandt anden graden af støtte, empati, omsorg og fortrolighed (92, 93). I dette kapitel ser vi nærmere på de funktionelle aspekter af sociale relationer igennem emnerne: fortrolighed med forældre og fortrolighed med venner samt skoletrivsel, herunder skoletilfredshed og hjælp og støtte fra lærere.

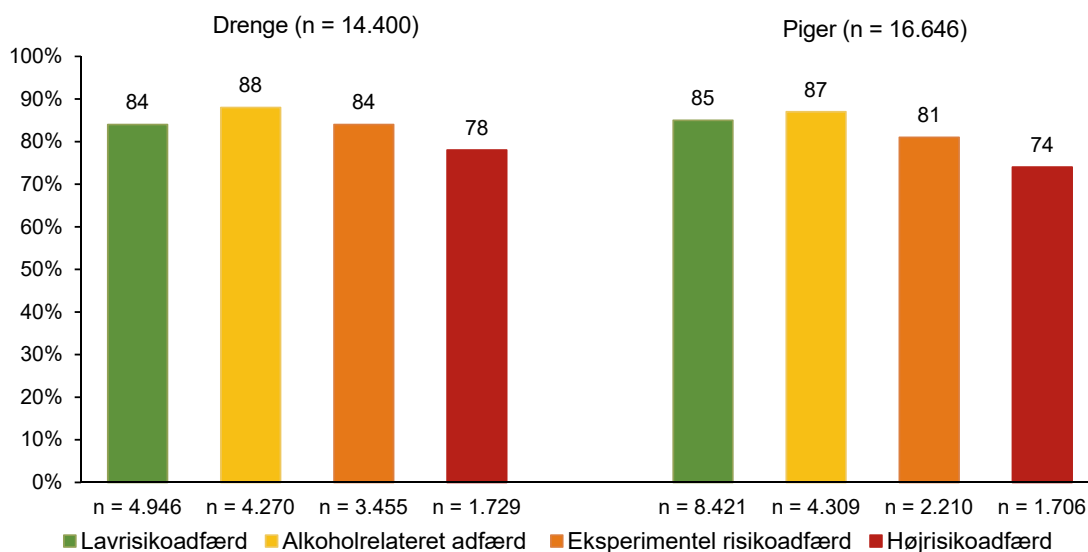
7.1. Fortrolighed

I dette afsnit undersøges sammenhængen mellem risikoadfærd og fortrolighed med forældre og venner. Fortrolighed er undersøgt ved spørgsmålet, 'Hvor nemt er det at tale med følgende personer om noget, der virkelig plager dig?' ud fra svarmulighederne 'Meget nemt', 'Nemt', 'Svært', 'Meget svært' eller 'Har ikke/Ser ikke'. Spørgsmålet dækker over følgende aktører: 'Far', 'Mor', 'Papfar (Stedfar/Mors kæreste)', 'Papmor (Stedmor/Fars kæreste)' og 'Venner'.

7.1.1. Fortrolighed med forældre

I figur 7.1.1 ses andelen af elever, som har svaret, at de har nemt eller meget nemt ved at snakke med mindst én af deres forældre om ting, der plager dem. Der er mindst fortrolighed med forældre i gruppen med højrisikoadfærd, hvor henholdsvis 78 % blandt drenge og 74 % blandt piger har svaret, at de har nemt eller meget nemt ved at snakke med mindst én forældre om ting, der plager dem. Gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd har den største andel af elever med god fortrolighed med deres forældre. Dette er gældende for 88 % blandt drenge og 87 % blandt piger.

Figur 7.1.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der er fortrolige med mindst én af deres forældre (mor, far, papmor, papfar), opdelt på risikoadfærdsmønster og køn, Procent. n = 31.046



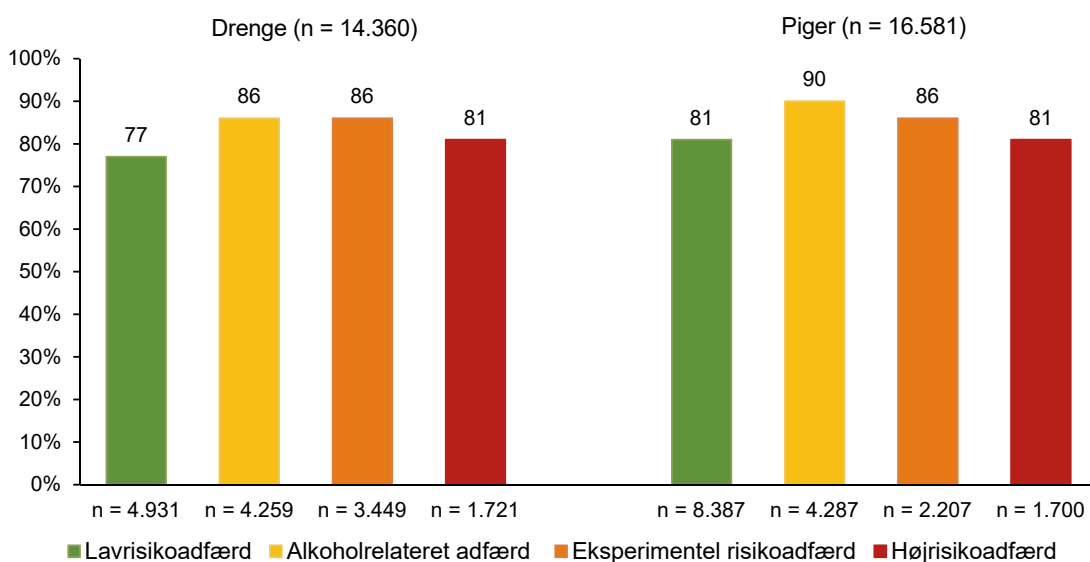
Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

7.1.2. Fortrolighed med venner

I figur 7.1.2 ses andelen af elever, som har svaret, at de har nemt eller meget nemt ved at snakke med deres venner om ting, der plager dem. Af figuren fremgår det, at elever med alkoholrelateret og eksperimentel risikoadfærd i højere grad er fortrolige med deres venner sammenlignet med elever med henholdsvis lav- og højrisikoadfærd. Blandt drenge i gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd og gruppen med eksperimentel risikoadfærd angiver

86 %, at de har høj grad af fortrolighed med deres venner, sammenlignet med 81 % i gruppen med højrisikoadfærd og 77 % i gruppen med lavrisikoadfærd. Blandt piger angiver 90 % i gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd og 86 % i gruppen med eksperimentel risikoadfærd at have høj grad af fortrolighed med deres venner. Andelen i grupperne med henholdsvis lavrisikoadfærd og højrisikoadfærd er den samme (81 %).

Figur 7.1.2 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der er fortrolige med deres venner, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent, n = 30.941



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

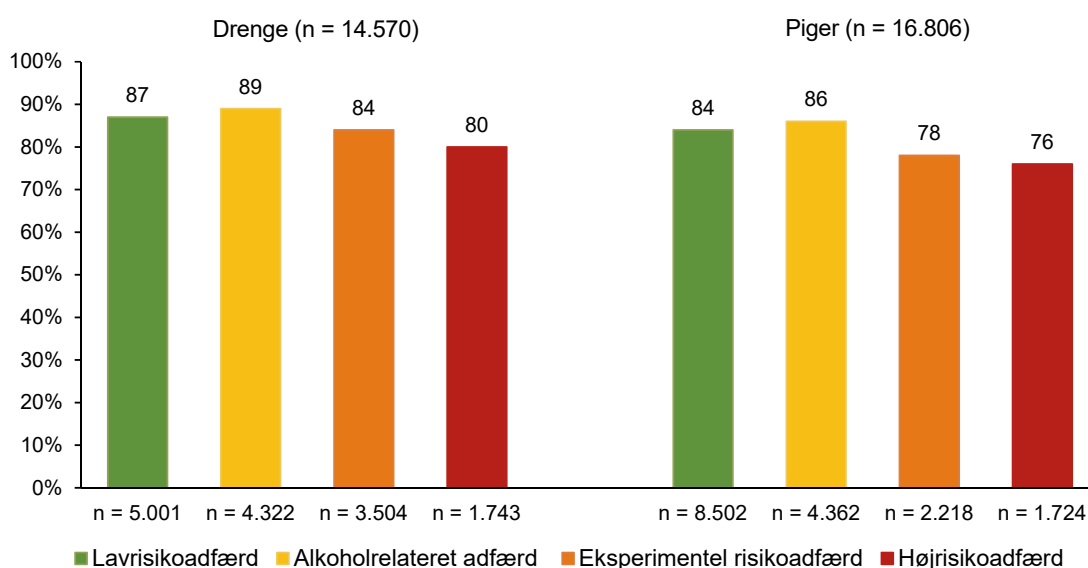
7.2. Skole

I ungdommen danner skolen rammerne for en stor del af de unge og er derfor et centralt element i de unges dagligdag. Skolen er ikke bare et læringsmiljø, men også et sted, hvor de unge udvikler deres sociale, mentale og sundhedsrelaterede færdigheder (95). Høj skoletilfredshed er associeret med bedre akademiske færdigheder (96), og der ses en sammenhæng mellem sunde og gode relationer med skolekammerater og lærere og den unges mentale sundhed (97, 98).

7.2.1. Skoletilfredshed

I undersøgelsen er eleverne blevet spurgt, hvad de synes om at gå i skole for øjeblikket, med svarmulighederne 'Meget godt', 'Godt', 'Mindre godt' og 'Dårligt'. Figur 7.2.1 viser andelen af elever med høj skoletilfredshed (elever, der har svaret, at de synes godt eller meget godt om at gå i skole).

Figur 7.2.1 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der har en høj skoletilfredshed (synes godt eller meget godt om at gå i skole), opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.376



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

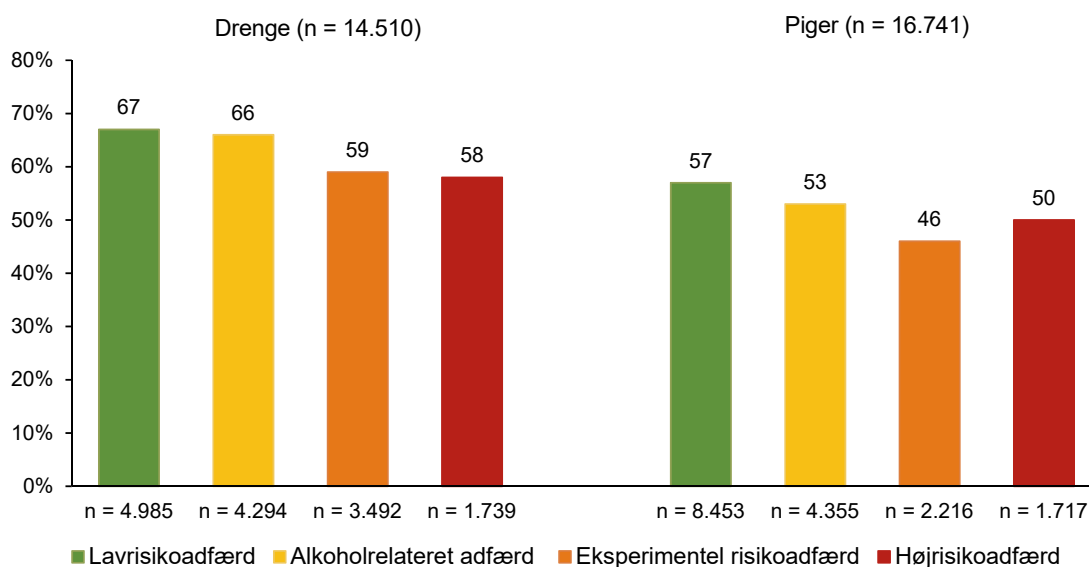
Generelt er elever på tværs af grupperne meget tilfredse med at gå i skole. Blandt både drenge og piger er andelen af elever med høj skoletilfredshed størst i gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd og mindst i gruppen med højrisikoadfærd.

7.2.2. Hjælp og støtte fra lærer

Eleverne er blevet spurgt, om de føler, at de kan få hjælp og støtte fra deres lærere, når de har brug for det med følgende svarmuligheder: 'Meget ofte', 'Ofte', 'En gang imellem', 'Næsten aldrig' og 'Aldrig'. Figur 7.2.2 viser andelen af elever, der angiver, at de ofte eller meget ofte føler, at de kan få støtte fra deres lærere.

En større andel af drenge angiver, at de ofte eller meget ofte føler, at de får den nødvendige hjælp og støtte af deres lærere sammenlignet med piger. Blandt drenge ses det, at andelen er størst blandt grupperne med lavrisikoadfærd (67%) og alkoholrelateret risikoadfærd (66%), imens andelen blandt piger er størst i gruppen med lavrisikoadfærd (57%). Den mindste andel findes i grupperne med eksperimentel risikoadfærd og højrisikoadfærd.

Figur 7.2.2 Andelen af gymnasie- og erhvervsskoleelever, der ofte eller meget ofte føler, at de kan få hjælp og støtte fra deres lærere, opdelt på risikoadfærdsmønster og køn. Procent. n = 31.251



Kilde: UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (UNG19 GYM) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019 (UNG19 EUD)

7.3. Opsamling

Generelt ser det ud til, at en stor andel af elever har gode relationer med deres forældre og venner samt en høj grad af skoletilfredshed. Sammenligner man grupperne med forskellige risikoadfærdsmønstre, giver flere drenge og piger med alkoholrelateret risikoadfærd udtryk for at have et godt forhold til deres forældre og venner. Det er især blandt gruppen med højrisikoadfærd, at en lavere andel har god fortrolighed med deres forældre, mens det

både er gruppen med højrisikoadfærd og gruppen med lavrisikoadfærd, der i lavere grad er fortrolige med deres venner. Kigger man på skoletilfredshed, er det også her gruppen med alkoholrelateret risikoadfærd, der har den største skoletilfredshed sammenlignet med især gruppen med højrisikoadfærd. Der er ikke markante forskelle i andelen, der føler, de kan få hjælp og støtte af deres lærere, mellem de forskellige risikoadfærdsgrupper.



8. Diskussion

Denne rapport har først og fremmest haft til formål at identificere grupper af unge (15-25-årige) med forskellige risikoadfærdsmønstre forbundet med brug af rusmidler. Herudover har det været formålet at karakterisere risikoadfærdsgrudderne i forhold til sundhedsadfærd, fysisk helbred, mentalt helbred og sociale relationer.

8.1. Identificering af risikoadfærdsgrudder

Den første del af analysen (*kapitel 3*) viser resultatet af den latente klasseanalyse. I analysen indgik 15 rusmiddelrelaterede indikatorer for risikoadfærd, og der blev identificeret fire grupper af unge med forskellige karakteristiske risikoadfærdsmønstre. De fire grupper blev navngivet efter ophobningen af rusmiddelforbrug; *lavrisikoadfærd*, *alkoholrelateret risikoadfærd*, *eksperimentel risikoadfærd* og *højrisikoadfærd*.

Et systematisk review fra 2020 har samlet 70 videnskabelige artikler omhandlende mønstre inden for rusmiddelforbrug blandt unge (99). Undersøgelsen viser, at den typiske inddeling af risikoadfærd relateret til rusmidler er fire grupper karakteriseret ved et lavt forbrug, enkelt- eller dobbeltforbrug, moderat multiforbrug og højt multiforbrug. Blandt de to klasser med det laveste rusmiddelforbrug bar mønstret typisk præg af brug af enten alkohol alene eller i kombination med tobak og/eller cannabis, mens de to grupper med højrisikoadfærd ofte benytter alkohol, tobak og/eller cannabis med eller uden andre stoffer (99). Det er i god overensstemmelse med fundene fra denne rapport. Derudover finder undersøgelsen, at en større andel af piger typisk befinder sig i gruppen med lavt rusmiddelforbrug, og at en større andel af drenge typisk befinder sig i grupperne med multiforbrug (99). Dette er også fint i overensstemmelse med fundene i denne rapport.

Fordelingen af risikoadfærdsgrudderne i nærværende rapport viser, at langt de fleste unge på ungdomsuddannelser befinder sig i de to laveste risikogrupper, grupperne med lavrisikoadfærd og alkoholrelateret adfærd (64 % blandt drenge og 77 % blandt piger), og kun 12 % blandt drenge og 10 % blandt piger befinder sig i gruppen med højrisikoadfærd. Det skal dog nævnes, at gruppen med højrisikoadfærd generelt er lidt ældre end de resterende grupper. Rusmiddelforbrug blandt unge starter typisk med alkohol og cigaretter omkring

15-årsalderen, hvorimod andre rusmidler som for eksempel hash typisk prøves lidt senere (6). Unges rusmiddelforbrug topper typisk i 18-19-årsalderen (27). Det er derfor muligt, at en andel af de yngste respondenter i undersøgelsen vil bevæge sig hen imod et mere risikofyldt adfærdsmønster i takt med, at de bliver ældre.

I denne rapport ser vi, at en særlig karakteristisk ved gruppen med højrisikoadfærd er den relativt høje andel af unge med en lav debutalder, både når det gælder fuldskab, første cigaret og hash. Dette kan tyde på, at unge med en tidlig rusmiddeldebut i højere grad oplever ophobning af risikoadfærd op gennem deres ungdomsliv. Videnskabelige studier viser, at tidlig brug af alkohol, cigaretter og cannabis er knyttet til en markant øget risiko for problematisk brug af alkohol og cannabis senere i livet (27, 100). Det er derfor værd at bemærke, at højrisikoadfærdsgruppen identificeret i denne rapport viser tegn på, at deres rusmiddelforbrug ikke "bare" er eksperimenterende adfærd som en del af deres sociale ungdomsliv, der "går over", når de bliver ældre, men at netop denne gruppe er mere udsat i forhold til at udvikle et problematisk forbrug og eventuelt afhængighed senere i livet.

8.2. Sammenhæng mellem risikoadfærd og andre faktorer

Overordnet set viser rapporten, at unge med et højt rusmiddelrelateret risikoadfærdsmønster klarer sig dårligere på en lang række parametre sammenlignet med andre unge med lavere risikoadfærd. Der ses især en ophobning af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd som for eksempel manglende fysisk aktivitet, dårlige kostvaner og dårlig søvn blandt piger og drenge. Dette er i overensstemmelse med andre studier, der viser, at risikovillig adfærd og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd ofte samler sig hos de samme unge (101, 102). Ligeledes finder rapporten, at unge med højrisikoadfærd generelt har et dårligere fysisk helbred, et dårligere mentalt helbred og dårligere sociale relationer sammenlignet med unge med et mindre risikofyldt adfærdsmønster.

Tallene i rapporten bygger på data fra to tværsnitsundersøgelser. Det betyder, at alle målinger er foretaget på samme tidspunkt, og vi kan derfor ikke sige noget om, hvorvidt et højt risikoadfærdsmønster fører til dårlig fysisk og mentalt helbred

samt ringere sociale relationer eller omvendt. Det kan derfor være hensigtsmæssigt, at man i dialogen med unge, der udviser højrisikoadfærd, både er opmærksom på rusmidler som en reaktion på et liv i ikke fuld trivsel, såvel som et liv med udfordringer, der kan gøre det vanskeligt at have mod og overskud til at "passe" på sig selv og sit helbred. Det bør fremhæves, at det ikke er alle unge med et højt risikoadfærdsmønster i denne undersøgelse, der oplever at være mere stressede, oplever flere symptomer på psykiske helbredsproblemer, oplever større ensomhed, generelt spiser mere usundt, sover dårligt eller oplever manglende fortrolighed med deres forældre. Der er stadig en stor andel af unge i denne gruppe, der generelt har et godt fysisk og mentalt helbred, hensigtsmæssig sundhedsadfærd samt gode sociale relationer.

8.3. Unge uden for ungdomsuddannelserne

Gruppen med højrisikoadfærd udgør 12 % blandt drenge og 10 % blandt piger på ungdomsuddannelser. Denne rapport bygger på data indhentet fra elever på gymnasier og erhvervsskoler og er derfor ikke repræsentativ for alle unge i Danmark mellem 15 og 25 år. Der findes en relativt stor gruppe af unge (ca. 20 %), der ikke påbegynder en ungdomsuddannelse efter folkeskolen (29), og disse unge, deres adfærd, og hvordan de har det, kan denne undersøgelse ikke fortælle noget om. En undersøgelse udarbejdet af Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd viser, at unge, der ikke får en uddannelse, ofte har flere udfordringer med sig i bagagen, såsom psykiske, sociale og sundhedsmæssige belastninger (103). Ligeledes ses der en sammenhæng mellem helbreds- og psykosociale belastninger og ophobning af risikoadfærd (23). Det er derfor muligt, at gruppen af unge uden for uddannelsessystemet vil have et risikoadfærdsmønster lignende, eller endda mere risikobetonet, end gruppen med højrisikoadfærd identificeret i denne rapport – altså et multiforbrug af diverse rusmidler og tilsvarende sammenhænge til fysiske såvel som mentale helbredsindikatorer.

8.4. Perspektivering

Risikofyldt adfærd er en stor del af ungdomslivet og er især præget af det miljø, de unge indgår i (2). Tiden som elev på en ungdomsuddannelse er præget af identitetssøgning og stor social aktivitet. Nogle unges rusmiddelbrug kan derfor forklares ved den sociale kontekst, de indgår i, og mange vil

derfor ændre adfærdsmønster og typisk nedsætte deres forbrug, når de skifter miljø, mens andre unge vil opretholde et højt forbrugsmønster (27). Inden for dette perspektiv er det vigtigt at tilrettelægge forebyggelsesindsatser, der kan forhindre en videreudvikling af et problematisk risikoadfærdsmønster, der kan have alvorlige konsekvenser for den unge. Det kan også være hensigtsmæssigt at tilrettelægge indsatser, når unge skifter fra et miljø til et andet, for eksempel fra folkeskole til ungdomsuddannelse. Her er der en overgang, hvor det er muligt at ændre på adfærd og skabe en ny god kultur, så de unge måske aldrig udvikler et problematisk risikoadfærdsmønster. Resultaterne i denne rapport viser ligeledes, at det i høj grad er de samme unge, der benytter flere forskellige former for rusmidler. Det understreger vigtigheden af, at forebyggelsesindsatser og opsporing målrettet unge skal tænke risikoadfærdsmønster som en samlet pakke frem for tilrettelæggelse af indsatser med fokus på enkelte risikofaktorer, såsom rygning eller hashforbrug, da det i høj grad er de samme unge, som disse indsatser prøver at nå.

9. Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Begrebsdatabasen 2020, oktober 30 [Available from: <https://sundhedsdata.item.dk/#results>].
2. Bengtsson TT, Ravn S. Youth, risk, routine: A new perspective on risk-taking in young lives: Routledge; 2018.
3. Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Caroline Holt Udesen, Ekholm O. Den Europæiske Rusmiddelundersøgelse (ESPAD) 2019 - Rusmiddeladfærd blandt skoleelever i 9. klasse i Danmark og udviklingen siden 1995. Sundhedsstyrelsen: Statens Institut for Folkesundhed; 2019
4. Tryg Fonden. Fremtidens alkoholpolitik - ifølge danskerne. København; 2009.
5. Danielsson AK, Wennberg P, Hibell B, Romelsjö AJA. Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply? 2012;107(1):71-80.
6. Pisinger VSC, Thorsted A, Jezek AH, Jørgensen A, Christensen AI, Thygesen LC. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
7. Ringgaard L, Heinze C, Andersen N, Hansen G, Hjort A, Klinker C. UNG19-Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019. Steno Diabetes Center Copenhagen, Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse. 2020.
8. Sundhedsstyrelsen. Udbredelse af illegale stoffer i befolkningen og blandt de unge. Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 1. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
9. Møller SP, Pisinger VSC, Christensen AI, Tolstrup JS. Socioeconomic position and alcohol-related harm in Danish adolescents. J Epidemiol Community Health. 2019;73(9):839-45.
10. Hjarnaa H, Hviid SS, Becker U, Laursen B, Tolstrup JS. Alkoholforbrug og forekomsten af ulykker og vold blandt unge. Data fra Ungdomsprofilen 2014 og Landspatientregistret. 2020.
11. Hviid SS, Holst CA, Becker U, Tolstrup JS. Alkoholrelaterede dødsfald blandt 15-25-årige, 2010-2019. 2021.
12. Vestbo J, Pisinger C, Bast LS, Gyrd-Hansen D. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker? : Vidensråd for forebyggelse Copenhagen, Demark; 2018.
13. General USPHSOotS, Prevention NCFCD, Smoking HPOo. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the surgeon general: US Government Printing Office; 2012.
14. Sundhedsstyrelsen. Fakta om stoffer. Sundhedsstyrelsen; 2015.
15. Siqueira LM, Comm Subst Use P, Committee On Substance USE, Prevention. Nicotine and tobacco as substances of abuse in children and adolescents. Pediatrics (Evanston). 2017;139(1):e20163436.
16. Møller SP, Jespersgaard N, Hjarnaa L, Tolstrup JS. Unges brug af cannabis og andre euforiserende stoffer - Relaterede faktorer og konsekvenser for gennemførelse af ungdomsuddannelse. Statens Institut for Folkesundhed; 2020.
17. Brink A, Stage M. Røgfri Fremtids Ungeundersøgelse 2017-2020 [The youth study of Smoke-free Future 2017-2020]. Danish Cancer Society and the TrygFoundation. 2021.
18. Sundhedsstyrelsen. Unges brug af røgfri tobak. Nøgletal fra en spørgeskemaundersøgelse blandt unge 15-24-årige. København; 2020.
19. Araghi M, Galanti MR, Lundberg M, Liu Z, Ye W, Lager A, et al. Smokeless tobacco (snus) use and colorectal cancer incidence and survival: Results from nine pooled cohorts. 2017;45(8):741-8.
20. Tandlægeforeningen. Unges snusforbrug skader tænder og mund 2021 [Available from: <https://www.tandlaegeforeningen.dk/til-presen/nyheder-og-pressemeddelelser/pressemeddelelser/2021/unges-snusforbrug-ska-der-taender-og-mund/>].
21. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. European journal of public health. 2014;24(suppl_2).
22. Münzel T, Hahad O, Kuntic M, Keaney JF, Deanfield JE, Daiber A. Effects of tobacco cigarettes, e-cigarettes, and waterpipe smoking on endothelial function and clinical outcomes. European heart journal. 2020;41(41):4057-70.
23. Pedersen MU, Frederiksen K. Unge der misbruger rusmidler-hvor mange, behov, behandling, stofforbrug efter behandling. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, ; 2012.
24. Jackson C, Sweeting H, Haw SJBo. Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. 2012;2(1):e000661.
25. Chiolerio A, Wietlisbach V, Ruffieux C, Paccaud F, Cornuz JJPm. Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: a population-based survey. 2006;42(5):348-53.
26. Nielsen JC, Sørensen NU, Osmec MN. Når det er svært at være ung i DK - unges trivsel og mistrivsel i tal. 2011.

27. Järvinen M, Bastholm Andrade S, Østergaard J, Demant J, Ravn S, Høyer Bom L, et al. Unge, alkohol og stoffer. Et 10-årigt forløbsstudie. 2018.
28. Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup JS. Ungdomsprofilen 2014: sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
29. Børne- og undervisningsministeriet. Uddannelsesstatistik - Uddannelsesstatus 9 mdr. 2021 [Available from: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Reports/1588.aspx>].
30. Børne- og undervisningsministeriet. Uddannelsesguiden 2021 [Available from: <https://www.ug.dk/6til10klasse>].
31. Braveman P, Egerter S, Williams DRJAroph. The social determinants of health: coming of age. 2011;32:381-98.
32. Short SE, Mollborn S. Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. 2015;5:78-84.
33. Grønbæk M, Bruun Jensen B, Reventlow S. Forebyggende sundhedsarbejde. 7. udgave ed. Kbh: Munksgaard; 2021.
34. Tønnesen H, Søndergaard L, Jørgensen T, Overgaard D, Kristensen I, Barfod S, et al. Terminologi: forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005.
35. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet: håndbog om forebyggelse og behandling. Kbh: Sundhedsstyrelsen; 2018.
36. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020;54(24):1451-62.
37. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark: risikofaktorer: Sundhedsstyrelsen; 2016.
38. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva; 2020.
39. Idrættens Analyseinstitut. Idræt for alle. Breddeidrætsudvalgets rapport - baggrund og analyse København; 2009.
40. Van Duyn MA, Pivonka E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. J Am Diet Assoc. 2000;100(12):1511-21.
41. Bleich SN, Vercammen KA. The negative impact of sugar-sweetened beverages on children's health: an update of the literature. BMC Obes. 2018;5:6.
42. Fødevarestyrelsen. De officielle Kostråd - godt for sundhed og klima 2021 [Available from: <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad-godt-for-sundhed-og-klima/>].
43. Bruce ES, Lunt L, McDonagh JE. Sleep in adolescents and young adults. Clinical medicine (London, England). 2017;17(5):424-4228.
44. Sundhedsstyrelsen. VEJLEDNING om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Sundhedsstyrelsen; 2019.
45. Nielsen LS, Danielsen KV, Sørensen TI. Short sleep duration as a possible cause of obesity: critical analysis of the epidemiological evidence. Obes Rev. 2011;12(2):78-92.
46. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Søvn:Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed; 2018.
47. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. Sleep (New York, NY). 2015;38(6):843.
48. Fayers P, Hays R. Assessing quality of life in clinical trials: methods and practice. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
49. Oftedal S, Kolt GS, Holliday EG, Stamatakis E, Vandelanotte C, Brown WJ, et al. Associations of health-behavior patterns, mental health and self-rated health. Preventive Medicine. 2019;118:295-303.
50. Burdette AM, Needham BL, Taylor MG, Hill TD. Health Lifestyles in Adolescence and Self-rated Health into Adulthood. Journal of Health and Social Behavior. 2017;58(4):520-36.
51. Vie TL, Hufthammer KO, Meland E, Breidablik HJ. Self-rated health (SRH) in young people and causes of death and mortality in young adulthood. A prospective registry-based Norwegian HUNT-study. SSM Popul Health. 2019;7:100364-.
52. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences. 2013;68(1):107-16.
53. Dunn KM, Jordan KP, Mancl L, Drangsholt MT, Le Resche L. Trajectories of pain in adolescents: A prospective cohort study. Pain (Amsterdam). 2011;152(1):66-73.
54. Myrtveit Sæther SM, Sivertsen B, Haugland S, Bøe T, Hysing M. Health complaints in late adolescence: Frequency, factor structure and the association with socio-economic status. Scandinavian journal of public health. 2018;46(1):141-9.

55. Fearon P, Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ*. 2001;322(7295):1145-8.
56. Haraldstad K, Sørsum R, Eide H, Natvig GK, Helseth S. Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2011;25(1):27-36.
57. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stoven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain Among Children and Adolescents: Restrictions in Daily Living and Triggering Factors. *Pediatrics (Evanston)*. 2005;115(2):e152-e62.
58. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2003;289(14):1813-9.
59. Organization WH. Report of the commission on ending childhood obesity: World Health Organization; 2016.
60. Sundhedsstyrelsen. Opsporing af overvægt og tidlig indsats - for børn og unge i skolealderen. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
61. Müller P, Sundhedsstyrelsen D. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2009.
62. Sonnevile KR, Calzo JP, Horton NJ, Haines J, Austin SB, Field AE. Body satisfaction, weight gain and binge eating among overweight adolescent girls. *International Journal of Obesity*. 2012;36(7):944-9.
63. Yang K, Turk MT, Allison VL, James KA, Chasens E. Body mass index self-perception and weight management behaviors during late adolescence. *Journal of School Health*. 2014;84(10):654-60.
64. Veldman K, Reijneveld SA, Verhulst FC, Ortiz JA, Bültmann U. A life course perspective on mental health problems, employment, and work outcomes. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(4):316-25.
65. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehner T, Graas M, et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC psychiatry*. 2014;14:237.
66. Eplov L, Lauridsen SMR. Fremme af Metal Sundhed-baggrund, begreb og determinanter. 2008.
67. World Health O. The World health report : 2001: Mental health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
68. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Mental Sundhed. København; 2018.
69. Cantril H. The pattern of human concerns. Universitäts- u. Stadtbibliothek Köln; 1965.
70. Koushede V, Lasgaard M, Hinrichsen C, Meilstrup C, Nielsen L, Rayce SB, et al. Measuring mental well-being in Denmark: validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings. 2019;271:502-9.
71. Warwick Medical School. Collect, score, analyse and interpret WEMWBS [Available from: <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/using/howto/>].
72. Nielsen L, Hinrichsen C, Santini ZI, Koushede V. Måling af mental sundhed. En baggrundsrapport for spørgeskemaundersøgelsen Danskeres Trivsel 2016. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2017.
73. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
74. Zulkosky K. Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 2009;44(2):93-102.
75. Jensen HAR, Davidsen M, Ola E, Christensen AL. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
76. Friedman ES, Clark DB, Gershon S. Stress, anxiety, and depression: Review of biological, diagnostic, and nosologic issues. *Journal of Anxiety Disorders*. 1992;6(4):337-63.
77. Due P. Børn og unges mentale helbred: forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser: Vidensråd for Forebyggelse; 2014.
78. Nielsen AM, Lagermann L. Stress i gymnasiet. Hvad der stresser gymnasielever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'Åben og rolig for unge'. DPU, Aarhus Universitet. 2017.
79. Sheth C, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Chronic stress in adolescents and its neurobiological and psychopathological consequences: an RDoC perspective. *Chronic Stress*. 2017;1:2470547017715645.
80. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *bmj*. 2017;357.
81. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mannix-McNamara P. Psychological distress and coping amongst higher education students: A mixed method enquiry. *Plos one*. 2014;9(12):e115193.

82. 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.
83. Madsen KR, Holstein BE, Damsgaard MT, Rayce SB, Jespersen LN, Due P. Trends in social inequality in loneliness among adolescents 1991-2014. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2019;41(2):e133-e40.
84. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart (British Cardiac Society)*. 2016;102(13):1009-16.
85. Lund R, Christensen U, Iversen L. Medicinsk sociologi: sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. 2. udgave ed. Kbh: Munksgaard Danmark; 2012.
86. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq SJJoc, JCDR dr. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. 2014;8(9):WE01.
87. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37.
88. Lund R. Medicinsk sociologi: sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. 3. udgave ed. Kbh: Munksgaard; 2020.
89. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*. 2015;10(2):227-37.
90. Stephensen IK, Jensen BF, Zøllner L, Ejdesgaard BA. Unge og selvskadende adfærd. Center for Selvmordsforskning 2010.
91. Bi S, Stevens GWJM, Maes M, Boer M, Delaruelle K, Eriksson C, et al. Perceived Social Support from Different Sources and Adolescent Life Satisfaction Across 42 Countries/Regions: The Moderating Role of National-Level Generalized Trust. *Journal of Youth and Adolescence*. 2021;50(7):1384-409.
92. Berkman LF, Glass TJSe. Social integration, social networks, social support, and health. 2000;1(6):137-73.
93. Cohen SJAp. Social relationships and health. 2004;59(8):676.
94. Klein J, Vonneilich N, Baumeister SE, Kohlmann T, von dem Knesebeck OJlJoph. Do social relations explain health inequalities? Evidence from a longitudinal survey in a changing eastern German region. 2012;57(3):619-27.
95. Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Huang IC, Novak M. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics (Evanston)*. 2007;119(2):S47.
96. Konishi C, Hymel S, Zumbo BD, Li Z. Do School Bullying and Student—Teacher Relationships Matter for Academic Achievement? A Multilevel Analysis. *Canadian journal of school psychology*. 2010;25(1):19-39.
97. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, et al. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of adolescent health*. 2007;40(4):357. e9-. e18.
98. Aldridge JM, Fraser BJ, Fozdar F, Ala'i K, Earnest J, Afari E. Students' perceptions of school climate as determinants of wellbeing, resilience and identity. *Improving Schools*. 2016;19(1):5-26.
99. Halladay J, Woock R, El-Khechen H, Munn C, MacKillop J, Amlung M, et al. Patterns of substance use among adolescents: a systematic review. 2020:108222.
100. McCambridge J, McAlaney J, Rowe RJPm. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. 2011;8(2):e1000413.
101. Chiolero A, Wietlisbach V, Ruffieux C, Paccaud F, Cornuz J. Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: A population-based survey. *Preventive Medicine*. 2006;42(5):348-53.
102. Jackson C, Sweeting H, Haw S. Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. *BMJ Open*. 2012;2(1):e000661.
103. Dalskov Pihl M. Psykisk sygdom og dårlige karakterer spænder ben for unges uddannelse. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2021.

Sundhed for alle ♥ + ●