



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2023 30 stp**  
Fakultet for landskap og samfunn

# **Sammenhengen mellom rusmiddelbruk blant ungdom og sosial støtte – tverrsnittstudie, Ungdata 2021**

Association between substance use among  
adolescents and social support – cross-sectional  
study, Ungdata 2021

Linda Nisja  
Master i folkehelsevitenskap

## FORORD

---

To spennende og lærerike år som fulltidsstudent ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) er snart over og det har vært en innholdsrik periode med interessante emner, engasjerte og dyktige forelesere, og gode samtaler med medstudenter. Dette studiet har gitt meg kunnskap og innsikt som vil være svært nyttig i yrkeslivet. Mastergradsprosjektet har vært utfordrende, men mest av alt har det vært lærerikt og bidratt til en personlig utvikling. Mitt engasjement for å skrive om rusmidler, sosial støtte og depressive plager blant ungdom kom etter at jeg jobbet som frivillig i Røde Kors med ungdom som slet med mye av de samme problemene som denne oppgaven har synliggjort.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Marte Kjøllesdal, førsteamanuensis ved institutt for folkehelsevitenskap. Takk for din støtte, ditt engasjement og uvurderlige hjelp gjennom hele prosessen, i tillegg til alle gode og konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg vil videre rette en stor takk til Ungdata for tilgang til datamaterialet fra 2021. Å jobbe med et så stort og innholdsrikt datasett har vært utrolig spennende. Jeg ønsker også å takke alle ungdommene som deltok i Ungdata-undersøkelsen 2021.

En takk rettes også til mine medstudenter for oppmuntrende og motiverende samtaler gjennom disse to årene ved NMBU, og spesielt til min studievenninne Elisabeth for gode samtaler og mye latter, særlig i eksamensperiodene og det siste halve året. Jeg vil også rette en stor takk til min kjæreste Didrik som har vært en utrolig støtte gjennom disse årene. Ønsker til slutt å takke min søster og mor for korrekturlesing og støtte, samt familie og venner som har vært der for meg.

Oslo, mai 2023

Linda Nisja

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

## Sammendrag

---

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom rusmiddelbruk blant ungdom og sosial støtte fra ulike kilder, og om symptomer på depressive plager hadde en betydning for denne sammenhengen.

**Metode:** Datamaterialet i denne studien baserer seg på tverrsnittsdata fra Ungdataundersøkelsen 2021. Informasjon om selvrapportert rusmiddelbruk (alkohol og cannabis), sosial støtte fra foreldre, venner og i skolen, depressive plager og sosiodemografiske faktorer ble innhentet fra ungdommer mellom 13 og 19 år (n = 134 309). Dataene ble presentert deskriptivt og ved bruk av bivariate analyser. Videre gjennomførte jeg logistisk regresjonsanalyse der jeg undersøkte sammenhenger mellom rusmiddelbruk og sosial støtte fra foreldre, venner og i skolen, justert for depressive plager og de sosiodemografiske variablene fylke og sosioøkonomisk status. Interaksjonsanalyse ble benyttet for å se om sammenhengene var de samme på tvers av kjønn og skoletrinn.

**Resultater:** I ungdomsskolen rapporterte 1-2 % at de hadde høyt alkoholforbruk og 2-4 % rapporterte at de hadde brukt cannabis det siste året. I videregående skole rapporterte 16-17 % om høyt alkoholforbruk. Videre hadde 11 % av jentene og 16 % av guttene brukt cannabis det siste året. Nærmere fire av fem ungdommer oppga å ha høy sosial støtte generelt. Skolen var den arenaen færrest ungdommer opplevde sosial støtte fra. Elevene i ungdomsskolen med høy sosial støtte, uavhengig av kilden til sosial støtte, hadde lavere odds for å ha høyt alkoholforbruk og å ha brukt cannabis, sammenlignet med ungdomsskoleelevene med lav sosial støtte. Elevene i videregående skole med høy sosial støtte fra foreldre eller i skolen hadde lavere odds for å ha høyt alkoholforbruk, sammenlignet med videregåendeelevene med lav sosial støtte fra foreldre eller i skolen. Høy sosial støtte generelt eller fra venner ga en høyere odds blant videregåendeelevene for å ha høyt alkoholforbruk, sammenlignet med elevene i videregående med lav sosial støtte generelt eller fra venner. Elevene i videregående skole med høy sosial støtte generelt, fra foreldre eller i skolen, hadde lavere odds for å ha brukt cannabis, sammenlignet med videregåendeelevene med lav sosial støtte fra disse kildene. Hvilken rolle depressive plager spiller for sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte varierte imidlertid mellom de ulike kildene til sosial støtte.

**Konklusjon:** Rusmiddelbruk de siste 12 månedene hadde en sammenheng med sosial støtte, og sammenhengen varierte mellom ulike kilder til sosial støtte og alder. Sosial støtte fra foreldre og i skolen så ut til å være beskyttende, mens sosial støtte fra venner var relatert til høyere alkoholforbruk i den eldste gruppen. Mine funn understreker viktigheten av sosial støtte fra foreldre, venner og i skolen i ungdomsperioden. Hvilken rolle depressive plager spiller for sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte fra ulike kilder bør imidlertid forskes mer på. Denne studien viser at sosial støtte fra foreldre og skolen er viktig også for å forebygge rusmiddelbruk.

## Abstract

---

**Aim:** The aim of this study was to examine the link between substance use among adolescents and social support from different sources, and whether depressive symptoms could affect this association.

**Method:** The data material used in this study is based on cross-sectional data from the Ungdata-Survey 2021. Information on self-reported substance use (alcohol and cannabis), social support from parents, friends and in school, depressive symptoms and sociodemographic factors were obtained from adolescents between the ages 13 and 19 (n = 134 309). The data were presented descriptively and using bivariate analyses. Furthermore, I conducted logistic regression analyses to examine the association between substance use and social support from parents, friends and in school adjusted for depressive symptoms and the sociodemographic variables county and socioeconomic status. Interaction analysis was used to see whether the associations were the same across gender and school level.

**Results:** In lower secondary school, 1-2 % reported high alcohol consumption and 2-4 % reported that they had used cannabis in the last year. In upper secondary school, 16-17 % reported high alcohol consumption. Furthermore, 11 % of the girls and 16 % of the boys reported that they had used cannabis in the last year. Roughly four out of five reported having high social support in general. School was the arena fewest experienced social support. Students in lower secondary school with high social support, regardless of the source to social support, had lower odds for reporting high alcohol consumption and having used cannabis, compared to students in lower secondary with low social support. The students in upper secondary school with high social support from parents or in school had lower odds for reporting high alcohol consumption, compared to students in upper secondary school with low social support from parents or in school. High social support in general or from friends among the students in upper secondary school gave higher odds for reporting high alcohol consumption, compared to students in upper secondary school with low social support in general or from friends. Upper secondary school students with high social support in general, from parents or in school, had lower odds for using cannabis, compared to students in upper secondary school with low social support from these sources. However, the role of depressive

symptoms on the association between substance use and social support varied between the different sources of social support.

**Conclusion:** Substance use the last 12 months was associated with social support, and the association varied between different sources of social support and age. Social support from parents and in school seemed to be protective, while social support from friends was related to higher alcohol consumption in the oldest group. My findings underline the importance of social support from parents, friends and in school during adolescence. However, more research should be done on the role of depressive symptoms on the associations between substance use and social support from different sources. This study shows that both social support from parents and in school also are important for preventing drug use.

# Innhold

---

FORORD.....	I
Sammendrag.....	II
Abstract .....	IV
Oversikt over tabeller og figurer .....	IX
Forkortelser .....	X
Oversikt over vedlegg .....	X
1. Innledning.....	1
2. Forskningsspørsmål.....	3
3. Bakgrunn og teoretisk rammeverk .....	4
3.1 Ungdom og rusmiddelbruk.....	4
3.1.1 Ungdomsperioden .....	4
3.1.2 Alkohol og cannabis.....	4
3.1.3 Politisk forankring.....	5
3.1.4 Konsekvenser av rusmiddelbruk .....	6
3.1.5 Risikofaktorer for rusmiddelbruk.....	7
3.2 Sosial støtte .....	8
3.2.1 Definisjon og begrep .....	8
3.2.2 Kilder til sosial støtte.....	9
3.2.3 Sosial støtte og helse .....	10
3.3 Sammenhengen mellom rusmiddelbruk blant ungdom og sosial støtte.....	11
3.4 Psykisk helse blant ungdom .....	12
3.4.1 Psykiske helseproblemer .....	12
3.4.2 Psykisk helse og hvordan denne henger sammen med assosiasjonen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte.....	13
3.5 Pandemien .....	14

3.6 Folkehelseperspektivet .....	14
4. Metode.....	16
4.1 Ungdata .....	16
4.2 Studiedesign .....	17
4.3 Studiepopulasjon .....	17
4.4 Variabler.....	17
4.4.1 Avhengig variabel .....	18
4.4.2 Uavhengig variabel .....	18
4.4.3 Psykisk helse .....	19
4.4.4 Konfunderende variabler.....	21
4.5 Statistiske analyser .....	22
4.6 Etske overveielser .....	22
5. Resultater.....	23
5.1 Deskriptive data.....	23
5.2 Bivariate sammenhenger .....	25
5.3 Multivariate sammenhenger .....	28
6. Diskusjon.....	34
6.1 Sammenhenger mellom rusmiddelbruk og kjønn, alder og SØS.....	34
6.1.1 Kjønn og alder .....	34
6.1.2 Sosioøkonomisk status .....	35
6.2 Sammenhengen mellom rusmiddelbruk blant ungdom og sosial støtte.....	35
6.2.1 Sosial støtte .....	35
6.2.2 Sammenhengen mellom rusmiddelbruk og ulike kilder til sosial støtte .....	36
6.2.3 Depressive plager og hvordan disse henger sammen med assosiasjonen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte.....	39
6.3 Pandemien .....	41
6.4 Folkehelseperspektivet .....	42
6.5 Metodiske betraktninger.....	43



6.5.1 Studiedesign .....	43
6.5.2 Seleksjon og seleksjonsskjevhet.....	43
6.5.3 Informasjon og informasjonsskjevhet .....	45
6.5.4 Målemetoder og kategorisering.....	46
6.5.5 Konfunderende variabler.....	46
6.5.6 Statistiske metoder .....	47
7. Konklusjon .....	48
7.1 Implikasjoner for videre forskning.....	48
7.2 Implikasjoner for folkehelse.....	49
Referanser.....	50
Vedlegg 1: Utvalgte spørsmål fra Ungdata-undersøkelsen 2021.....	63

## Oversikt over tabeller og figurer

---

<b>Tabell 1</b>	Deskriptiv oversikt over utvalget, basert på Ungdata 2021.	s. 24
<b>Tabell 2</b>	Alkoholforbruk N (%) de siste 12 månedene etter type sosial støtte, depressive plager og SØS fordelt på kjønn og skoletrinn, basert på Ungdata 2021.	s. 26
<b>Tabell 3</b>	Cannabisbruk N (%) de siste 12 månedene etter type sosial støtte, depressive plager og SØS fordelt på kjønn og skoletrinn, basert på Ungdata 2021.	s. 27
<b>Tabell 4</b>	Odds Ratio (95 % konfidensintervall) for høyt alkoholforbruk de siste 12 månedene etter sosial støtte, basert på Ungdata 2021. Fra logistiske regresjonsanalyser.	s. 29
<b>Tabell 5</b>	Odds Ratio (95 % konfidensintervall) for cannabisbruk de siste 12 månedene etter sosial støtte, basert på Ungdata 2021. Fra logistiske regresjonsanalyser.	s. 30
<b>Tabell 6</b>	Odds Ratio (95 % konfidensintervall) for høyt alkoholforbruk de siste 12 månedene etter sosial støtte justert for depressive plager, basert på Ungdata 2021. Fra logistiske regresjonsanalyser.	s. 32
<b>Tabell 7</b>	Odds Ratio (95 % konfidensintervall) for cannabisbruk de siste 12 månedene etter sosial støtte justert for depressive plager, basert på Ungdata 2021. Fra logistiske regresjonsanalyser.	s. 33
<b>Figur 1</b>	Depressive plager som en mediator.	s. 20
<b>Figur 2</b>	Depressive plager som en konfunder.	s. 20
<b>Figur 3</b>	Depressive plager som en collider.	s. 20

## Forkortelser

---

<b>FAS II</b>	The Family Affluence Scale II
<b>HSCL</b>	Hopkins Symptom Checklist
<b>KI</b>	Konfidensintervall
<b>KoRus</b>	Kompetansesentre innen rusfeltet
<b>NOVA</b>	Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>SØS</b>	Sosioøkonomisk status
<b>VG1</b>	Videregående trinn 1
<b>VG2</b>	Videregående trinn 2
<b>VG3</b>	Videregående trinn 3

## Oversikt over vedlegg

---

**Vedlegg 1:** Utvalgte spørsmål fra Ungdata-undersøkelsen 2021

# 1. Innledning

---

Ungdomsperioden handler om å være nysgjerrig, utvikle sin identitet, finne sin plass og skape en balanse mellom å skille seg ut og å blende inn (Bauer et al., 2017). Denne perioden innebærer frihet, håp og drømmer, men det kan også være en fase der en som ung står ovenfor vanskelige valg og usikkerhet i møte med ny erfaring og relasjoner (Illeris et al., 2009). Å teste ulike typer rusmidler i ungdomstiden er et utbredt fenomen (Bilgrei et al., 2021). Undersøkelser fra 2022 viser at én av fire ungdommer i 10. klasse har vært beruset, og blant ungdom i videregående trinn 1 (VG1) var andelen dobbelt så høy. I 2022 rapportert 9 % av norske tenåringer at de hadde brukt cannabis i løpet av det siste året, og det var vanligere blant gutter enn blant jenter (Bakken, 2022). Sykdomsbyrden knyttet til bruk av rusmidler og psykiske helseproblemer blant unge er en av våre store folkehelseutfordringer (Bramness, 2022; Meld. St. 19 (2018-2019)).

Forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot ungdom er en viktig del av regjeringens rusforebyggende folkehelsearbeid (Prop. 121 S (2018-2019)). Studier viser at ungdommer som bruker rusmidler har økt risiko for negative konsekvenser som lavere fungering i skolen og psykiske helseproblemer (Branstetter et al., 2011). Lav sosioøkonomisk status (SØS) har vist seg å korrelere med hyppigere bruk av rusmidler blant unge, og da særlig rusmidler som fremmer psykiske helseproblemer som depresjon og angst (Ezell et al., 2021). Sosial støtte har i flere studier blitt beskrevet som en beskyttende faktor i ungdommers møte med rusmidler (Layman et al., 2022). Dette kan forklares ved at sosial støtte kan være til hjelp i valg som handler om helse, livsstil og verdispørsmål, i tillegg til å bidra til å skape en selvaksept som er viktig for unges følelses- og psykososiale utvikling (Barrera et al., 1993). Videre har psykiske helseproblemer blitt beskrevet som en mulig mediator i sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte (Barrera et al., 1993).

Gitt den rollen sosial støtte kan ha i det rusforebyggende arbeidet blant ungdom, er det behov for mer og bedre kunnskap om sammenhengen mellom sosial støtte og rusmiddelbruk blant unge. Flere av de eksisterende studiene er gamle, få av de er gjennomført blant norsk ungdom og mange skiller ikke godt nok på kilde til sosial støtte. I tillegg har få studier sett på andre kilder til sosial støtte enn fra foreldre, og den forskningen som eksisterer er blitt beskrevet

som noe sprikende. I denne studien ønsket jeg å se på sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte blant ungdom, og differensiere mellom betydningen av sosial støtte fra foreldre, venner og i skolen. I tillegg ville jeg undersøke om høyt nivå av selvrapporterte depressive symptomer kan forklare noe av sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte. Økt kunnskap om disse mekanismene vil kunne brukes i det forebyggende folkehelsearbeidet.

## 2. Forskningsspørsmål

---

Hovedproblemstillingen som vil bli undersøkt i denne masteroppgaven er:

*Er det en sammenheng mellom rusmiddelbruk blant ungdom og sosial støtte?*

Med følgende underproblemstillinger:

- 1) *Varies sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte med ulike kilder til sosial støtte (foreldre, venner og i skolen)?*
- 2) *Dersom det er en sammenheng mellom rusmiddelbruk blant ungdom og sosial støtte, kan noe av denne sammenhengen forklares av depressive plager?*

## 3. Bakgrunn og teoretisk rammeverk

---

I dette kapittelet vil jeg oppsummere det empiriske og teoretiske grunnlaget for studien. En redegjørelse av hvilke teorier og modeller som tydeliggjør sammenhengene mellom rusmiddelbruk, sosial støtte og psykisk helse vil bli fremlagt. Til slutt vil studiens folkehelserelevans fremstilles.

### 3.1 Ungdom og rusmiddelbruk

#### *3.1.1 Ungdomsperioden*

Ungdomsperioden er en unik tid i livet som preges av selvstendighet og en form for løsrivelse fra barndommen (Adams et al., 2009). Perioden forstås allment som en tid som begynner i puberteten og avsluttes i voksentilværelsen der individet selv styrer egen økonomi og arbeid (Illeris et al., 2009). Mange og relativt raske endringer kan føre til at dette er en spesielt sårbar periode for økt rusmiddelbruk og utviklingen av psykiske helseproblemer (Coleman & Hagell, 2007). I grensen mellom barndom og det voksne liv kan eksperimentering med ulike typer rusmidler være en måte å utforske samfunnets normer og regler på (Bilgrei et al., 2021). Rusmidler i ungdomstiden har tradisjonelt blitt ansett som en identitetsskapende faktor i lokalsamfunn (Helsedirektoratet, 2018). Det er noe de fleste unge prøver i løpet av ungdomstiden, og rusmidler kan ofte fungere som et «sosialt lim» (Bilgrei et al., 2021; White, 2020).

#### *3.1.2 Alkohol og cannabis*

Blant norske ungdommer er alkohol det mest brukte legale rusmiddelet, mens cannabis, som er en felles betegnelse på hasj og marihuana, er det mest brukte illegale rusmiddelet (Bakken, 2022; Bye et al., 2022). Data fra National Survey on Drug Use and Health viste i 2018 at det var en liten kjønnsforskjell i alkoholforbruket blant ungdommer i USA, der gutter generelt drikker mer alkohol enn jenter (White, 2020). Norske studier viser samme funn (Blå Kors, 2022; Bye & Moan, 2020). Bruken av alkohol blant unge har falt markant de siste 20 årene og forskning har vist at bruken av alkohol blant elever mellom 15 og 16 år falt i 24 av 35 europeiske land i perioden 2003 til 2015 (Bilgrei et al., 2021). Bruken av Cannabis gikk kraftig opp blant ungdom etter 2000-årsskiftet, etterfulgt av en nedgang påfølgende tiår, selv om dette rusmiddelet har opprettholdt en sterk posisjon i ytterkanten av samfunnet (Bilgrei et

al., 2021; Sandøy, 2018). Flere norske og europeiske studier har i tillegg funnet en kjønnsforskjell i bruken av cannabis, der rusmiddelet brukes mer av gutter enn jenter (Sandøy, 2018).

I studien til Sandberg & Skjælaaen (2018) beskrev norske ungdommer mellom 12 og 13 år alkohol som noe negativt og at det å ruse seg ble sett i sammenheng med risikoen for å bli avhengig. Mange forklarte at det var grunnen til at de ikke ønsket å drikke alkohol. En annen norsk studie som inkluderte ungdommer mellom 15 og 16 år fant at majoriteten hadde alkoholskeptiske normer og derfor ikke drakk, i tillegg til at de ikke ønsket å drikke på grunn av redsel for negativ eksponering på internett (Bilgrei et al., 2021; Sandberg & Skjælaaen, 2018). Forebyggende tiltak lokalt, større grad av innvandring eller annen type samhandling med jevnaldrende kan også forklare nedgangen i alkohol blant ungdom (Bilgrei et al., 2021). Forskning har også vist at alkoholforbruket blant unge på landet er høyere enn i byene (Ezell et al., 2021; Helsedirektoratet, 2018).

Cannabis har siden 1990-tallet blitt stadig mer normalisert blant ungdom. Økt tilgjengelighet og bruk, samt en større sosiokulturell aksept har bidratt til flere positive holdninger nå enn tidligere (Bilgrei et al., 2021; Pedersen, 2022). Deler av normaliseringen kan også komme av legaliseringen av cannabis i flere delstater i USA, i tillegg til Canada de siste årene (Shildrick, 2002). Flere har på en annen side stilt spørsmål ved om bruken av cannabis er normalisert eller ikke (Bilgrei et al., 2021). En studie gjennomført blant ungdom i Oslo ønsket å undersøke kjennetegn ved ungdom som bruker cannabis for å se om bruken har beveget seg fra subkulturelle grupper i ytterkanten av samfunnet til alle typer ungdommer. De fant at ungdom som brukte cannabis fremdeles kjennetegnes ved flere psykososiale problemer enn de som ikke bruker cannabis, og de konkluderte derfor med at bruken ikke var normalisert blant ungdom (Pedersen, 2022). Andre har omtalt bruken som en «differensiert normalisering», altså at enkelte ungdomsgrupper har normalisert bruken av cannabis, men at bruken ikke er normalisert blant ungdom flest (Bilgrei et al., 2021).

### *3.1.3 Politisk forankring*

Det narkotikapolitiske landskapet har endret seg (Nutt et al., 2010). I Norge har vi en restriktiv narkotikapolitikk der høye strafferammer inngår som del av denne politikken (NOU 2019: 26). Cannabis, som i Norge ble introdusert på slutten av 1960-tallet, er fremdeles



ulovlig og kriminalisert her i landet. Flere land, også i Europa, har i dag en regulert og lovlig omsetning av cannabis (Bilgrei et al., 2021). I 2019 foreslo rusreformutvalget, et utvalg som skal forbedre gjennomføringen av regjeringens rusreform, en avkriminaliserende bruk av samtlige illegale rusmidler. Dette er en reform som ville gitt Norge en plass blant de mest radikale landene i Europa innen narkotikapolitikken (NOU 2019: 26). En avkriminalisering vil si at bruk og besittelse av mindre mengder narkotika ikke straffes, selv om narkotika fremdeles vil være ulovlig å selge og produsere. Reformen ønsker at reaksjonen på mindre mengder av narkotika skal bestå av et tilbud om helsehjelp og ikke straff (Rusinfo, u.å). Debatten om avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika har skapt stor oppmerksomhet blant mange unge og stadig flere engasjerer seg i rusmiddelpolitikken, og da særlig siden cannabis har en annen politisk og kulturell posisjon i samfunnet nå enn tidligere (Pedersen, 2022).

### *3.1.4 Konsekvenser av rusmiddelbruk*

Bruk av rusmidler i ungdomsårene er relatert til risiko for misbruk i voksen alder. Grad av risiko henger sammen med alder for debut og hvordan og hvor ofte rusmiddelet benyttes (Layman et al., 2022). En tidlig debut av rusmidler i ungdomsårene kan derfor være problematisk (Bilgrei et al., 2021; Strandheim et al., 2009). Mye tyder i tillegg på at bruken kan ha negative konsekvenser videre i livet, inkludert lavere utdanning og inntekt, arbeidsledighet og færre sosiale relasjoner (Bilgrei et al., 2021).

Unge som begynner å drikke alkohol tidlig har vist seg å ha mer psykiske helseproblemer og et vanskelig forhold til foreldre, venner og i skolen enn ungdom ellers (Bilgrei et al., 2021). Siden 1960-tallet har cannabis blitt assosiert med ungdom med psykososiale problemer (Pedersen, 2022; Fergusson & Boden, 2008). En teori i sammenhengen mellom rusmiddelbruk og psykisk helse er selvmedisineringshypotesen. Denne teorien vektlegger bruk av rusmidler for å lindre plagene de psykiske helseproblemene resulterer i. Rusmidler brukes ofte for å redusere fysisk og psykisk smerte, i tillegg til å påvirke negative følelser (Khantzian, 1985). Denne teorien har mottatt støtte i andre studier (Deykin et al., 1987; Larimer et al., 2005; Sandy et al., 1999).

En norsk studie undersøkte utviklingen i bruk av alkohol og cannabis blant ungdom i alderen 16-17 år over tid (1992-2002-2010) og sammenhengen med endring i omfanget av psykiske

helseproblemer. Resultatene fra studien viste en økning i bruk av cannabis mellom 1992 og 2002 og en økning i depressive symptomer hos ungdom for samme tidsperiode. Forskerne kunne ikke med sikkerhet si at denne sammenhengen var kausal, altså at rusmiddelbruk førte til depressive symptomer hos ungdommene (Soest & Wichstrøm, 2014). Hos disse ungdommene ser en også tendenser til problemer senere i livet (Helsedirektoratet, 2018). Forebygging av ungdommens rusmiddelbruk er derfor fremdeles en svært viktig prioritet i folkehelsearbeidet (Layman et al., 2022).

I senere tid har flere studier stilt spørsmål ved om cannabis faktisk har så store skadevirkninger som forskning tidligere har antatt (Bilgrei et al., 2021). I en studie publisert av det britiske tidsskriftet *The Lancet* ble alkohol rangert som et farligere stoff enn cannabis når en inkluderte psykiske, psykologiske og sosiale faktorer (Nutt et al., 2010). Mange mener at bruk av cannabis er mindre risikofylt enn bruken av alkohol, noe som også kommer frem i studier gjennomført blant norske studenter (Bilgrei et al., 2021). Flere epidemiologiske studier har imidlertid funnet økende bevis på at høyt cannabisbruk i ungdomsårene kan være mer skadelig enn antatt, og da særlig konsekvensene det kan ha senere i livet (Fergusson & Boden, 2008).

### *3.1.5 Risikofaktorer for rusmiddelbruk*

Foreldrenes SØS er i flere studier påpekt som en risikofaktor i unges rusmiddelbruk (Bucksch et al., 2017; Fergusson & Boden, 2008). Dette vises blant annet ved at ungdom som kommer fra familier med foreldre uten utdanning, og står utenfor arbeidslivet, oftere utøver risikofylt rusmiddelbruk i tidlig alder enn annen ungdom (Helsedirektoratet, 2018). Studier har i tillegg vist at ungdom som har foreldre med lav inntekt bruker rusmiddelbruk som en mestringsmekanisme grunnet økt stress eller fordi de har færre muligheter for å delta på aktiviteter utenfor skolen grunnet foreldrenes økonomi (Patrick et al., 2012). Risikofaktorene ved tidlig rusmiddelbruk har i studier blitt poengtert som noe en bør forske på i større grad som et forebyggende tiltak i rusmiddelbruken blant ungdom (Alterman et al., 1997).

I ungdomsårene opplever man en kognitiv, psykisk, fysisk og emosjonell utvikling. Denne utviklingen påvirker unges atferd (Bauer et al., 2017). En studie gjennomført i Bergen over en 10 års periode fant en sammenheng mellom unge med atferdsproblemer, som uro, risikofylt atferd, voldelig oppførsel og et problematisk forhold til familie og venner, og økt risiko for å

teste rusmidler (Stranden, 2019). Studier viser i tillegg at psykiske helseproblemer som depresjon, angst og selvmordstanker samt atferdsproblemer kan være risikofaktorer for problematisk rusmiddelbruk i ungdomsårene (Jason & Rhodes, 1990; Strandheim et al., 2009). Både mangel på sosial støtte og atferdsproblemer kan føre til risikofylt rusmiddelbruk, og risikoen er spesielt stor om en ungdom opplever begge deler samtidig (Andersen & Dæhlen, 2017; Coleman & Hagell, 2007; Forebygging.no, 2010). Mangel på sosial støtte er en potensielt viktig risikofaktor som er beskrevet i mer detalj i neste avsnitt.

## 3.2 Sosial støtte

### 3.2.1 Definisjon og begrep

Sosiale relasjoner påvirkes av strukturen på det sosiale nettverket, kvaliteten og kvantiteten på den sosiale interaksjonen, følelsen av isolasjon og ensomhet og hvor tilgjengelig den sosiale støtten er (Cohen, 2004). Sosial støtte kan forklares ved opplevelsen av å ha nære relasjoner (Helsedirektoratet, 2021). Sosial støtte blir av Sarason og kollegaer (1987) definert som en tilgjengelighet av personer en kan stole på, som viser at de bryr seg og som er glad i deg. Sosial støtte kan bidra til å skape sosialt velvære og er en viktig indikator på god helse (Cohen, 2004; Deci & Ryan, 2001). Følelsen av tilhørighet vil også bli styrket dersom relasjonen er langvarig, positiv, stabil og oppleves omsorgsfull (Antonsich, 2010).

En kan motta sosial støtte gjennom fire former; instrumentell, informerende, bekreftende og emosjonell/følelsesmessig (Cohen, 2004). Instrumentell støtte tilsvarer den praktiske og materielle støtten som det å tilby finansiell eller praktisk hjelp. Sosial støtte gjennom informasjon handler om å gi råd og veiledning tilpasset situasjonen individet befinner seg i som kan bidra til å løse problemer. Tilbakemeldinger og bekreftelse kan være en form for bekreftende støtte som også omtales som vennskapsstøtte som kan gi en følelse av tilhørighet. Den emosjonelle eller følelsesmessige støtten kan være omsorg, empati, tillit og trøst (Cohen, 2004; Helsedirektoratet, 2021). Disse typene av sosial støtte kan bidra til å redusere stress ved vanskelige og utfordrende situasjoner. Forskning har vist at bare det å vite at den sosiale støtten er tilgjengelig kan fungere som en emosjonell og fysiologisk demper, eller en beskyttende faktor, i møte med et problem (Coleman & Hagell, 2007).

Gode sosiale relasjoner har i forskning vist seg å være avgjørende for ungdoms utvikling av kognitive, emosjonelle og sosiale ferdigheter, og særlig som en støttende faktor i normative

utviklingsoverganger (Li et al., 2020). Sosial støtte og følelse av tilhørighet ansees som et sterkt og fundamentalt behov evolusjonært sett hos oss mennesker (Burrell et al., 2017). Å føle på en tilknytning og oppleve sosial støtte fra mennesker er et essensielt iboende behov (Prilleltensky, 2020). Sosial støtte har vist seg å ha en positiv effekt blant unge ved at det kan gi en opplevelse av økt forståelse og mening som er avgjørende for å mestre eget liv og oppleve sammenheng (Braun-Lewensohn et al., 2022; Malterud & Walseth, 2004). Opplevelsen av sammenheng kan også ha en beskyttende effekt i møte med psykiske helseplager som depresjon og angst ved at sosial støtte reduserer stress (Braun-Lewensohn et al., 2022). De fleste ungdommer trenger bekreftelse og påvirkes av relasjonene de har rundt seg og deres meninger. Å ha stabile og tydelige relasjoner hos foreldre og andre voksne mennesker, og være en del av et godt miljø med jevnaldrende er derfor helt avgjørende for de fleste i denne perioden (Helsedirektoratet, 2018).

### *3.2.2 Kilder til sosial støtte*

Relasjoner som oppleves som støttende fra familie og venner kan ansees å være avgjørende i sårbare situasjoner. Sosial støtte er derfor en viktig faktor når en opplever store endringer i livet, slik som overgangen fra å være ungdom til voksen (Brevik et al., 1995). Foreldre, venner og de relasjonene en har i skolen har i studier kommet frem som de viktigste nære relasjonene for ungdom (Andersen & Dæhlen, 2017). Flere undersøkelser viser at flertallet av ungdom i Norge opplever å ha nære relasjoner. Det er imidlertid to av ti ungdommer som rapporterer at de mangler en eller flere nære relasjoner (Andersen & Dæhlen, 2017).

Flere undersøkelser tyder i tillegg på at ensomheten blant ungdom i Norge har økt de siste årene, også før pandemien (Barstad, 2021). Foreldre er for de aller fleste barn og unge de viktigste personene i livet. Foreldre er på mange måter grunnlaget for barnas mulighet til etablering av gode relasjoner til andre. Forskning har også vist at dersom barn får dekket behovene sine og opplever trygghet hos foreldre vil de ofte oppnå positive sosiale relasjoner til andre jevnaldrende og voksne (Bufdir, 2015). Li med kollegaer (2020) fant i deres studie at foreldrenes yrke og inntekt påvirket barnas sosiale relasjon til foreldrene, venner og i skolen.

Ungdomsperioden innebærer mange krav i overgangen fra barndom til voksenlivet, i tillegg til at en i denne fasen skal bli mindre avhengig av egne foreldre. Venner blir derfor en avgjørende sosialiseringssirkel for de fleste (Braun-Lewensohn et al., 2022), og har stor

betydning i ungdomsperioden. Venner kan oppleves som støttende og være behjelpelige med råd. Venner og andre relasjoner i skolen står derfor sentralt i ungdomstiden blant de fleste ungdommer og er derfor viktige arenaer for å oppnå sosial støtte (Andersen & Dæhlen, 2017). Forskning har også vist at sosiale relasjoner mellom ungdommer og lærere kan bidra til utviklingen av psykologiske faktorer som emosjonell, kognitiv og atferdsmessig kommunikasjon. Dette er igjen avgjørende for en positiv utvikling for ungdom som kan øke trygghet ved deltakelse i sosiale aktiviteter (Li et al., 2020). I en norsk studie ble den sosiale støtten fra lærere og klassekamerater påpekt å være like viktig for en positiv utvikling som den sosiale støtten fra foreldre (Bi et al., 2021).

### *3.2.3 Sosial støtte og helse*

Flere studier har sett en direkte sammenheng mellom sosial støtte og helse (Helsedirektoratet, 2021). Det finnes to hovedmodeller som beskriver denne sammenhengen; direkteeffekthypotesen og bufferhypotesen. Det foreligger evidens for begge hypotesene. Direkteeffekthypotesen sier at sosial støtte har en direkte helseeffekt og er gunstig til enhver tid ved at sosial støtte virker helsefremmende i alle situasjoner uavhengig av omstendighetene (Helsedirektoratet, 2021). Bufferhypotesen sier på en annen side at den sosiale støtten er mest gunstig ved omstendigheter som innebærer stress slik som vanskelige familieforhold eller forventningspress i skolen (Li et al., 2020). Sosial støtte spiller en stor rolle dersom en opplever belastende livshendelser og det kan dermed fungere som en beskyttende faktor i møte med de negative effektene belastningen kan ha.

Den direkte effekten av sosial støtte kan forebygge psykiske stressreaksjoner og psykiske helseproblemer, særlig blant unge (Cohen & Wills, 1985). I en studie som undersøkte sosial støtte fant de at unge som rapporterte om lav sosial støtte også rapporterte om flere symptomer på depresjon og angst (Dumont & Provost, 1999). En norsk studie fant også en sammenheng mellom elever i videregående skole som rapporterte om mindre sosial støtte fra foreldre, venner og i skolen, og mer psykisk stress. Denne sammenhengen ble imidlertid ikke funnet hos de som opplevde å ha gode sosiale relasjoner og sosial støtte. Sosial støtte ble i studien påvist som en medierende faktor i assosiasjonen mellom psykisk stress og utviklingen av depresjonssymptomer og selvmordstanker (Burrell et al., 2017).

### 3.3 Sammenhengen mellom rusmiddelbruk blant ungdom og sosial støtte

Barrera (1993) med kollegaer fant i sin longitudinelle studie at opplevelsen av sosial støtte og nærhet fra foreldre påvirket ungdoms egne holdninger til rusmiddelbruk. Flere andre studier har vist at det å være i konflikt med sin mor (Farrell & White, 1998) og lite opplevd støtte fra foreldre (Barrera et al., 1993) henger sammen med økt bruk av rusmidler blant ungdom. Betydningen av sosial støtte fra venner, samt deres forhold til rusmidler, er også viktig for rusmiddelbruk i ungdomstiden. En studie blant ungdom mellom 14 og 16 år fant en sterk positiv sammenheng mellom venners bruk av rusmidler og ungdommens egen bruk av rusmidler (Branstetter et al., 2011). Høy sosial støtte fra venner i ungdomstiden har i flere studier også blitt påpekt å ha en sammenheng med lavere bruk av rusmidler. Dette går imidlertid ikke igjen i alle studier. Høy grad av konflikt med venner relaterer også til høyere bruk av rusmidler blant unge (Branstetter et al., 2011). Forskning på sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte fra andre kilder enn foreldre ble i studien til Branstetter med kollegaer (2011) beskrevet som sprikende og ikke kjent, som kan indikere et kunnskapshull og noe det bør forskes mer på.

Teorien om den direkte effekten sosial støtte kan ha, i tillegg til buffereffekten, har mottatt støtte i flere empiriske studier (Burrell et al., 2017). Dette gjenspeiler viktigheten av sosial støtte som en direkte og indirekte effekt ved belastninger og stresstilstander (Brevik et al., 1995; Cohen & Wills, 1985). Sosial støtte kan ha en beskyttende effekt som begrenser risikofylt rusmiddelbruk gjennom gode sosiale relasjoner, opplevd omsorg, god fungering i skolen og emosjonell tilknytning (Forebygging.no, 2010; Layman et al., 2022). Studier viser at unges bruk av alkohol og andre rusmidler kan ses i sammenheng med foreldres grensesetting, sosiale relasjoner med venner og ugunstige familieforhold (Stranden, 2019). Tilgangen på omsorg og sosial støtte fra familie og venner, samt det sosiale som foregår i skolen og deltakelse i fritidsaktiviteter kan gi en økt følelse av sosial støtte (Bauer et al., 2017).

Jason og Rhodes (1990) utviklet en modell som beskriver sosiale relasjoner som en buffer i møte med stress. Modellen bygger på inngående kunnskap fra flere psykologiske teorier og modeller, og trekker særlig frem negative sosiale relasjoner slik som dårlige familierelasjoner eller negativ påvirkning fra venner eller i skolen, og hvordan det påvirker helsen negativt. Modellen vektlegger relasjoner til familie samt det sosiale nettverket og den sosiale

innflytelsen fra familie og venner som de viktigste faktorene som påvirker ungdommers rusmiddelbruk. Den bygger videre på teorien om at et individ enklere kan takle stress dersom en opplever å ha positive sosiale relasjoner slik at de utvikler en motstandskraft i møte med stress eller sosialt press (Gendrop et al., 1993). Stress har i flere studier blitt funnet å ha en signifikant assosiasjon til rusmiddelbruk blant ungdommer (Amaro et al., 1989; Brown et al., 1988). Modellen er brukt i flere studier og indikerer et rammeverk av beskyttende faktorer som kan bidra til å utvikle en motstandskraft hos ungdom i møte med påvirkning fra sosiale relasjoner til å utøve risikofyllt rusmiddelbruk (Jason & Rhodes, 1990).

### 3.4 Psykisk helse blant ungdom

Over en 20 års periode har en sett en økning i psykiske helseproblemer blant unge i den vestlige delen av verden, ikke minst i Europa. Denne økningen gjelder spesielt unge kvinner. Unge i Norden skiller seg særskilt negativt ut når det gjelder psykosomatiske helseproblemer (Bang et al., 2022; Haugstvedt et al., 2021). Forverringen av den psykiske helsen til unge i Norge er et folkehelseproblem. Regjeringen ønsker å innlemme psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet for å oppnå en bedre forståelse av hvorfor de psykiske helseproblemene fortsetter å øke blant ungdom (Helsedirektoratet, 2018).

Det er stor variasjon i psykisk helse mellom kjønn og mellom ulike aldersgrupper i ungdomstiden (Bang et al., 2022). Korte eller lengre perioder med psykiske helseproblemer er normalt å oppleve i ungdomsperioden, selv om disse ikke krever oppfølging av helsetjenesten. Forskning har likevel vist at vedvarende problemer i ungdomsårene øker risikoen for et kronisk forløp (Bakken & Sletten, 2016). Undersøkelser på psykisk helse blant ungdom i Norge gjennomført mellom 2010 og 2021 har vist en økning i psykiske helseproblemer fra 16 til 25 % for ungdomsskoleelever og 26 til 29 % for videregåendelever uavhengig av kjønn (Bang et al., 2022). Årsaken til økningen av selvrapporterte psykiske helseproblemer blant ungdom er imidlertid ikke kjent. Noe av årsaken kan være større åpenhet rundt psykisk helse som igjen kan bidra til en lavere terskel for å rapportere i undersøkelser (Bakken & Sletten, 2016).

#### 3.4.1 Psykiske helseproblemer

Det er stor enighet i forskningen om at psykiske helseproblemer utvikles gjennom det komplekse samspillet som baseres på genetiske, biologiske og miljømessige faktorer hos hver

enkelt person (Bakken & Sletten, 2016). Psykiske helseproblemer eller psykisk uhelse skiller mellom psykiske helseplager og psykiske lidelser (Bang et al., 2022). Det å ha psykiske helseplager vil ikke nødvendigvis si at en har en psykisk lidelse. Psykiske helseplager kan være engstelse eller nedstemthet og det kan oppleves som mer eller mindre belastende. En psykisk lidelse er en tilstand eller diagnose og kan føre til tap av funksjon og begrense muligheten til normal utfoldelse. To av de mest vanlige psykiske lidelsene i Norge blant unge er depresjon og angst (Bang et al., 2022). Norge ble i en komparativ studie fremhevet som det landet med størst økning i to eller flere psykosomatiske plager, altså psykiske og kroppslige funksjoner, basert på flere ungdomsrapporter. Økningen var på nærmere 11 % i undersøkelser gjennomført mellom 1994 og 2010 (Haugstvedt et al., 2021).

### *3.4.2 Psykisk helse og hvordan denne henger sammen med assosiasjonen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte*

Sammenhengen mellom rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer kan gå begge veier. Longitudinelle studier har vist at risikofylt rusmiddelbruk og bruken av rusmidler som en mestringsmekanisme blant unge kan svekke den psykologiske og nevrologiske utviklingen som øker sannsynligheten for utvikling av depressive symptomer (Layman et al., 2022; Stranden, 2019; Soest & Wichstrøm, 2014). Depresjon har også vist seg å øke sannsynligheten for økt rusmiddelbruk blant ungdom (Osbourne, 2022).

Sammenhengen mellom sosial støtte og psykiske helseproblemer er en robust sammenheng som kan gå begge veier. Forskning har vist at lite sosial støtte kan være en risikofaktor for psykiske helseproblemer ved at dårlige sosiale relasjoner kan være en årsak til at en utvikler psykiske helseproblemer (Burrell et al., 2017). Å motta sosial støtte har i studier vist seg å ha en direkte effekt ved at det forebygger for depressive symptomer (Cohen & Wills, 1985). Ungdom med dårlig psykisk helse har i tillegg vist seg å være mindre kapable til å danne seg gode sosiale forhold (Burrell et al., 2017). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) fant i en studie fra 2017 en sammenheng mellom ungdommer med dårlige sosiale relasjoner og de som rapporterte om depressive plager. Sammenhengen var sterkest blant ungdommer med dårlige sosiale relasjoner til foreldre og i skolen. Forfatterne kunne imidlertid ikke bekrefte i hvilken retning sammenhengen mellom sosiale relasjoner og psykiske helseproblemer gikk (Andersen & Dæhlen, 2017).



Sammenhengene mellom rusmiddelbruk, sosial støtte og psykisk helse kan altså gå i alle retninger, og det er derfor vanskelig å avgjøre hvilken rolle psykisk helse spiller i sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte. Hvilken vei man velger å se på sammenhengene vil avgjøre om depressive plager ansees som en mediator, konfunder eller collider i sammenhengen mellom sosial støtte og rusmiddelbruk. Dette vil bli beskrevet og presentert i metodekapittelet og synliggjort i analysen.

### 3.5 Pandemien

Ungdata-undersøkelsen, som er grunnlaget for denne oppgaven, er data fra 2021. Det kan derfor tenkes at pandemien har påvirket de variablene som undersøkes. Pandemien gjorde det vanskelig for unge å sosialisere seg med jevnaldrende. Flere studier så under pandemien en reduksjon i rusmiddelbruken blant unge, til tross for en generell forverring av den psykiske helsen (Layman et al., 2022). Et av hovedfunnene fra rapporten til Ungdata 2021 var at bruken av rusmidler blant ungdommer i Norge sank, sammenlignet med foregående år (Bakken, 2021). Forskning på verdensbasis har imidlertid vist at de sosiale restriksjonene under pandemien, særlig med jevnaldrende, resulterte i en signifikant økning i forekomsten av rusmiddelbruk og psykiske lidelser som depresjon og angst (Bakken, 2021; Layman et al., 2022). På en annen side viser tallene fra rapporten til Ungdata at de fleste ungdommene i Norge har hatt venner å være sammen med under pandemien og at livskvaliteten til de fleste har vært høy sammenlignet med tidligere år, til tross for de sosiale restriksjonene (Bakken, 2021).

### 3.6 Folkehelseperspektivet

Folkehelselovens ambisjon er at forebygging av alkohol og andre rusmidler skal integreres i det lokale folkehelsearbeidet. Loven vektlegger videre at kommunen skal arbeide med å begrense bruken av alkohol og rusmidler i sin kommune, særlig blant unge (Folkehelseloven, 2012, §1). Et av regjeringens satsingsområder i kommunalt folkehelsearbeid er å fremme det rusforebyggende arbeidet. Barn og unge skal være en målgruppe som prioriteres i dette arbeidet (Helsedirektoratet, 2018). Folkehelsearbeidet kommunen gjør for ungdom skal handle om å skape gode oppvekstvilkår, fremme fellesskap og muligheten for å delta i samfunnet. Dette kan i tillegg skape et fotfeste for de som trenger det (Helsedirektoratet, 2018).

Det er kommunen som best kjenner til de lokale utfordringene og dermed også er mest rustet til å sette i verk nødvendige tiltak i det rusforebyggende arbeidet. Dette kan innebære å bidra med veiledning, kunnskap og støtte til foreldre og lærere i hvordan en kan forebygge for rusmiddelbruk blant ungdom eller styrke familier og foreldres evne til å gi sosial støtte. Det kan også handle om å skape en kultur for ungdom der det å være sosial ikke handler om å ruse seg. I tillegg kan det å bygge sosiale rusfrie møteplasser for ungdom, slik at de kan omgås jevnaldrende i trygge omgivelser, bidra i dette arbeidet. I rusmiddelforebyggende arbeid bør en også legge til rette for å motvirke sosioøkonomiske forskjeller i samfunnet (Helsedirektoratet, 2018).

En viktig prioritet i regjeringens systematiske og langsiktige folkehelsearbeid er tidlig innsats for barn og unge for å bidra til en god og trygg oppvekst (Meld. St. 19 (2018-2019)). Sosiale relasjoner i ungdomstiden som bidrar til å fremme mening, mestring og tilhørighet ble i folkehelsemeldingen fra 2014 presisert som en viktig del av folkehelsearbeidet (Meld. St. 19 (2014-2015)). Folkehelsemelding fra 2018 vektla i tillegg viktigheten av ungdommens sosiale støtte fra venner og familie, og spesielt foreldre (Meld. St. 19 (2018-2019)). Sosiale relasjoner er en sentral helsedeterminant for livskvalitet. Meningsfulle og støttende relasjoner kan bidra til å styrke følelsen av tilhørighet (Cohen, 2004; Deci & Ryan, 2001). Folkehelsearbeidet handler i stor grad om å skape god livskvalitet gjennom muligheten for å delta i samfunnet og skape relasjoner. Et helsefremmende samfunn kjennetegnes ved tilgangen på sosial støtte gjennom et nettverk (Meld. St. 19 (2018-2019); Prop. 121 S (2018-2019)).

## 4. Metode

---

I dette kapittelet vil datamaterialet, forskningsdesignet og variablene bli beskrevet i detalj. I tillegg vil de statistiske analysene og det etiske aspektet bli fremlagt.

### 4.1 Ungdata

På bakgrunn av problemstillingens formål var det ønskelig å benytte et datamateriale bestående av et stort utvalg ungdommer. Utvalget i denne undersøkelsen ble av den grunn basert på data fra tverrsnittstudien Ungdata-undersøkelsen 2021. Dette er lokale spørreundersøkelser som besvares av ungdom mellom 13 og 19 år (Bakken, 2021). Ungdata-undersøkelsen ble i 2021 gjennomført i 209 kommuner i tillegg til Svalbard. Undersøkelsen inkluderer ungdommer fra 8. trinn til videregående trinn 3 (VG3). Svarprosenten var 83 % for elevene på ungdomstrinnet og 67 % for videregåendelevne. Dette tilsvarte en samlet svarprosent på 75 %. Det ble benyttet et elektronisk spørreskjema i gjennomføringen av spørreundersøkelsen (Bakken, 2021).

Ungdata-undersøkelsen er et gratistilbud til alle kommuner og fylkeskommuner og de velger selv om de ønsker å delta eller ikke, i tillegg til hvor hyppig de ønsker å delta. Det anbefales imidlertid at de deltar hvert tredje år (Andersen & Dæhlen, 2017; Haugstvedt et al., 2021). Ungdata har siden 2010 gjennomført ungdomsundersøkelser hvert år og regnes derfor som Norges mest omfattende og største datainnsamling vedrørende ungdoms helse og trivsel (Haugstvedt et al., 2021). Undersøkelsen skal dekke helheten av hverdagslivet til ungdommene gjennom et bredt spekter av ulike temaområder, deriblant spørsmål knyttet til rusmiddelbruk, forhold til foreldre, venner og i skolen, psykisk helse og andre sosiodemografiske forhold (Bakken, 2021).

Undersøkelsen skal gi de som beslutter tiltak lokalt et kunnskapsgrunnlag og kartleggingsverktøy knyttet til folkehelse og forebyggende tiltak. Dette som et ledd i den nasjonale innsatsen og politikktutforming som angår unges helse og oppvekst (Haugstvedt et al., 2021). Ungdata består av et samarbeid mellom Kompetansesentre innen rusfeltet (KoRus) og Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet – Storbyuniversitet. KoRus planlegger og utformer spørreundersøkelsen, samt formidler og drøfter lokale resultater. NOVA

koordinerer og administrerer alle undersøkelsene, og har det overordnede faglige og tekniske ansvaret for undersøkelsene (Bakken, 2021). Den økonomiske støtten til Ungdata-undersøkelsen kommer fra staten og undersøkelsen utgjør en del av statsbudsjettet (Haugstvedt et al., 2021).

## 4.2 Studiedesign

Ungdata-undersøkelsen er en tverrsnittstudie. En tverrsnittstudie vil ikke kunne si noe om årsaksforholdet mellom variablene, men studiedesignet benyttes for å se på forekomst av et fenomen, eller sammenhenger mellom ulike variabler, noe som i denne oppgaven egnet seg godt (Kunnskapsbasert praksis, 2016). Jeg kan dermed ikke si noe om det er sosial støtte som er av betydning for rusmiddelbruk eller omvendt, eller om depressive plager påvirker eller blir påvirket av andre variabler.

## 4.3 Studiepopulasjon

Det totale utvalget besto av 139 841 ungdommer. Kriteriene for inkludering i det analytiske utvalget i min studie var at ungdommene måtte ha besvart spørsmål knyttet til kjønn, skoletrinn, fylke og SØS. Elevene som ikke hadde svart på spørsmål om kjønn (N = 3187 (2,3 %)) og SØS (N = 2345 (1,7 %)) ble ekskludert. Spørsmål om skoletrinn og fylke ble automatisk besvart, og var ikke noe ungdommene besvarte selv. Det gjenværende analytiske utvalget utgjorde da 134 309 ungdommer. Antallet som ikke hadde svart på spørsmål om rusmidler, sosial støtte og depressive plager varierte mellom de ulike variablene. Antallet som ble inkludert i de deskriptive analysene og de logistiske regresjonsanalysene varierer dermed med avhengig og uavhengig variabel, men vil bli oppgitt for hver analyse.

Interaksjonsanalysene viste at det var en signifikant forskjell mellom kjønn og skoletrinn i sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte slik at analysene ble fordelt på kjønn og skoletrinn.

## 4.4 Variabler

Ungdata-undersøkelsen inneholder en rekke spørsmål, inkludert spørsmål som omhandler rusmidler, sosial støtte, psykiske helse og sosiodemografiske faktorer. Disse variablene er benyttet i analysen og er beskrevet i detalj under.

#### 4.4.1 Avhengig variabel

I denne studien er *rusmiddelbruk* den avhengige variabelen. Det blir inkludert en avhengig variabel for alkoholforbruk, og en for bruk av cannabis (hasj og marihuana). Ungdommene ble spurt om rusmiddelbruk de siste 12 månedene. Variabelen for alkoholforbruk ble målt ved spørsmålet: «*hvor mange ganger har du drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset de siste 12 månedene?*». Variabelen hasj eller marihuana ble målt ved spørsmålet: «*hvor mange ganger har du brukt hasj eller marihuana de siste 12 månedene?*». Svaralternativene på begge disse spørsmålene var «*ingen ganger*», «*1 gang*», «*2-5 ganger*», «*6-10 ganger*» og «*11 ganger eller mer*». For alkoholforbruk ble ungdommene som «*hadde følt seg tydelig beruset 11 ganger eller mer de siste 12 månedene*» kodet til 1 (høyt alkoholforbruk). De som «*hadde følt seg tydelig beruset 10 ganger eller mindre de siste 12 månedene*» fikk verdien 0 (lavt alkoholforbruk). Grenseverdien på 11 ganger eller mer er brukt i tidligere studier for å beskrive høyt alkoholforbruk blant ungdom (Barrera et al., 1993; Strandheim et al., 2009). For variabelen hasj eller marihuana fikk alle som svarte at de «*hadde brukt hasj eller marihuana en gang eller mer de siste 12 månedene*» en grenseverdi lik 1 (ja) og de som «*ikke hadde brukt hasj eller marihuana de siste 12 månedene*» fikk verdien 0 (nei). En slik cut-off har også blitt brukt i tidligere studier (Barrera et al., 1993; Fergusson & Boden, 2008).

#### 4.4.2 Uavhengig variabel

*Sosial støtte* er i denne studien den uavhengige variabelen. Det var ønskelig å se på sosial støtte generelt og sosial støtte fra foreldre, venner og i skolen. I Ungdata-undersøkelsen er spørsmålene som omhandler hvordan ungdommene opplever å ha sosial støtte inspirert av måleskjemaet Sarason's social support measure (Sarason et al., 1987). Andre spørreundersøkelser har også brukt samme mål på sosial støtte fra nære relasjoner (Barrera et al., 1993). Den generelle sosiale støtten ble målt ved følgende spørsmål: «*dersom du føler deg utafør eller trist og trenger en å snakke med, har du noen du kan prate med?*». Svaralternativene «*ja*» ble kodet til verdien 1 (høy) og «*nei*» eller «*vet ikke*» ble kodet til verdien 0 (lav).

Sosial støtte fra foreldre ble målt ved følgende spørsmål: «*foreldrene mine er svært interessert i livet mitt*» med svaralternativene «*passer ganske godt*» og «*passer svært godt*» kodet til verdien 1 (høy) og «*passer ganske dårlig*» og «*passer svært dårlig*» kodet til verdien 0 (lav). Når det gjelder sosial støtte fra venner ble spørsmålet «*har du minst én venn som du kan stole*

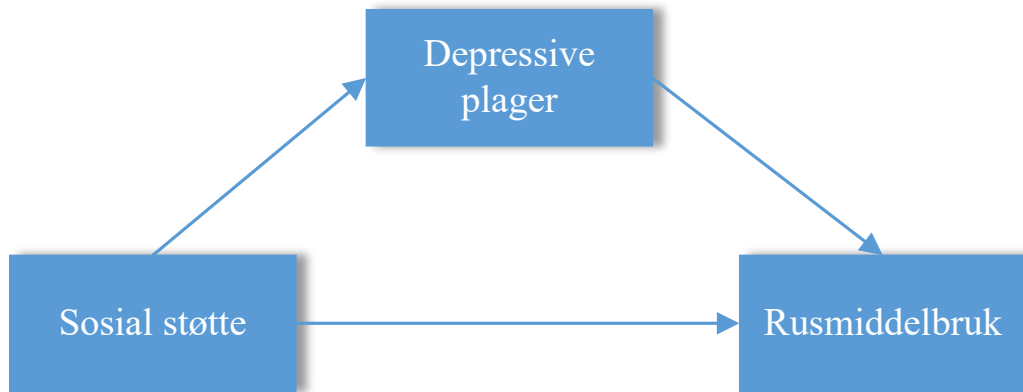
fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?» benyttet. Her ble svaralternativene «ja, det tror jeg» og «ja, helt sikkert» kodet til verdien 1 (høy), mens «det tror jeg ikke» og «har ingen jeg vil kalle venner, nå for tida» kodet til verdien 0 (lav). Sosial støtte i skolen ble målt ved spørsmålet «lærerne mine bryr seg om meg» med svaralternativene «litt enig» og «helt enig» kodet til verdien 1 (høy) og «litt uenig» og «helt uenig» kodet til verdien 0 (lav).

#### *4.4.3 Psykisk helse*

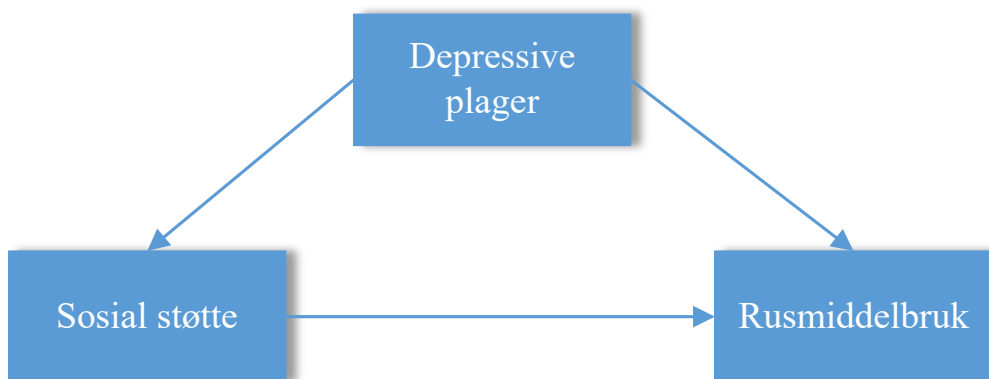
Symptomer på depressive plager ble målt ut fra selvrapporterte subjektive helseplager knyttet til depresjon og angst (Bakken, 2021). I Ungdata-undersøkelsen måles depressive symptomer ved en sekspunkts skala utviklet fra Hopkins Symptom Checklist (HSCL). Denne skalaen er anbefalt og mye brukt både ved kliniske studier, men også i epidemiologiske studier der en ønsker å måle psykiske helseplager blant unge mennesker (Haugstvedt et al., 2021; Strandheim et al., 2009). I spørreskjemaet fikk ungdommene spørsmål om i hvilken grad de den siste uken hadde vært plaget av følgende påstander: «følt at alt er et slit», «følt deg ulykkelig, trist eller deprimert», «følt håpløshet med tanke på framtida», «følt deg stiv eller anspent», «bekymret deg for mye om ting» og «følt deg ensom». Svaralternativene til disse spørsmålene var rangert slik: «ikke plaget i det hele tatt» (verdi 1), «lite plaget» (verdi 2), «ganske mye plaget» (verdi 3) og «veldig mye plaget» (verdi 4). Disse seks spørsmålene ble slått sammen til et gjennomsnittsmål i analysen. For å danne et skille mellom lavt nivå og høyt nivå av depressive plager ble gjennomsnittsmålet omkodet til en dikotom variabel. Dette gjennomsnittsmålet ble satt til et grensepunkt lik 3,0. Tidligere studier har vist at dersom unge skårer høyere enn dette grensepunktet kan de antas å ligge innenfor rekkevidden av depressive plager (Haugstvedt et al., 2021).

Symptomer på depressive plager ble inkludert i tilleggsanalyser for å undersøke om de kunne forklare sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte. Som nevnt i bakgrunnskapittelet, kan psykiske helseplager både påvirke og påvirkes av både rusmiddelbruk og sosial støtte. Hvilken vei man velger å se på sammenhengene vil avgjøre om depressive plager kan ansees som en mediator, konfunder eller collider i sammenhengen mellom sosial støtte og rusmiddelbruk. Figur 1 viser depressive plager som en mulig mediator der sosial støtte påvirker grad av depressive plager som igjen påvirker rusmiddelbruken. Ved å justere for depressive plager i denne modellen kan man få den direkte effekten av sosial støtte på rusmiddelbruk. I figur 2 vises depressive plager som en mulig konfunder som

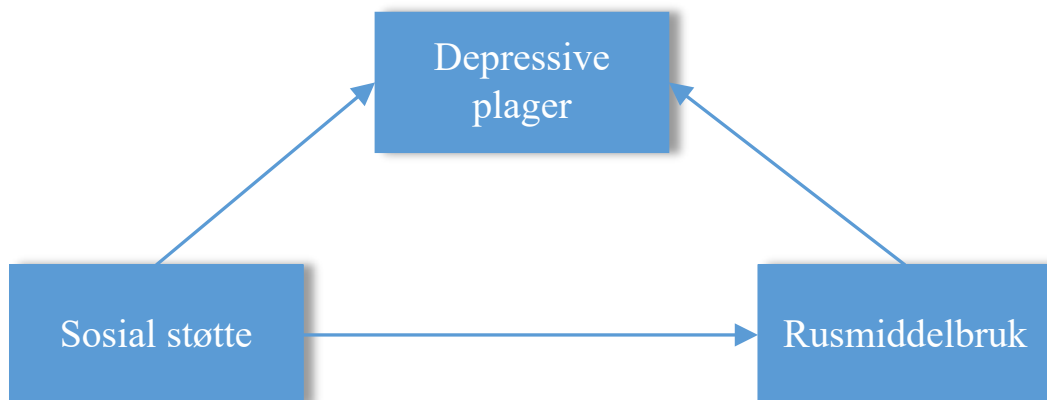
påvirker både sosial støtte og rusmiddelbruk, og derfor må justeres for, slik at en kan se på den totale effekten sosial støtte har på rusmiddelbruk. Figur 3 viser depressive plager som en mulig collider der både sosial støtte og rusmiddelbruk påvirker grad av depressive plager og derfor kan gi en paradoksal sammenheng mellom rusmiddelbruk og sosial støtte.



Figur 1. Depressive plager som en mediator



Figur 2. Depressive plager som en konfunder



Figur 3. Depressive plager som en collider

#### 4.4.4 Konfunderende variabler

En konfunderende variabel er en variabel som kan tenkes å påvirke både avhengig og uavhengig variabel (Aamodt, 2005) og disse må det derfor justeres for i analysen. Jeg antok at kjønn, skoletrinn, hvor i landet ungdommene bor og SØS ville påvirke rusmiddelbruk og sosial støtte. Disse variablene ble derfor tatt med i analysene som konfunderende variabler. Spørsmålet om skoletrinn utgjør en indikator på alder og blir i undersøkelsen til Ungdata rangert etter følgende svaralternativ: «8. trinn», «9. trinn», «10. trinn», VG1, videregående trinn 2 (VG2) og VG3. Skoletrinn ble i analysen delt inn i ungdomsskole (8. – 10. trinn) og videregående skole (VG1 – VG3).

#### Sosioøkonomisk status

I Ungdata bruker de et samlemål på foreldrenes SØS (Frøyland, 2017). Dette målet skal fange opp de samlede ressursene i familien basert på seks enkeltspørsmål fordelt på tre dimensjoner: utdanningsnivået til foreldrene, antall bøker hjemme og tilgangen til ulike materielle ressurser i hjemmet (Bakken et al., 2016). Foreldrenes utdanningsnivå måles basert på spørsmålet: «har dine foreldre utdanning fra universitet eller høyskole?» (0 = nei, ingen av dem, 1,5 = ja, den ene, 3 = ja, begge). Antall bøker i hjemmet måles basert på: «hvor mange bøker tror du det er hjemme hos dere?» (0 = ingen bøker, 1,5 = 100-500 bøker, 3 = mer enn 1000 bøker). De fire siste spørsmålene om materielle ressurser er basert på skalaen «The Family Affluence Scale II» (FAS II) (Frøyland, 2017). Denne blir ofte benyttet for å måle unge menneskers SØS. FAS II er et validert ressursbasert mål på familieformue som ofte brukes i diverse ungdomsundersøkelser (Haugstvedt et al., 2021). FAS II tilsvarer følgende spørsmål: «har familien din bil?» (0 = nei, 2 = ja, én, 3 = ja, to eller flere), «har du eget soverom?» (0 = nei, 3 = ja), «hvor mange ganger har du reist et sted på ferie med familien din i løpet av det siste året?» (0 = ingen ganger, 1 = én gang, 2 = to ganger, 3 = mer enn to ganger) og «hvor mange datamaskiner eller nettbrett har familien din?» (0 = ingen, 1 = en, 2 = to, 3 = mer enn to) (Frøyland, 2017). For å gi en indikasjon på familiens SØS ble det konstruert et gjennomsnittsmål av de tre dimensjonene, hvor 0 er lavest og 3 er høyest. Ungdata har satt et kriterium om at ungdommene må ha gyldige verdier på minst to av tre dimensjoner for at de skal få en gyldig verdi på SØS-skalaen (Bakken et al., 2016). Ungdatarapporten konkluderer med at dette er et tilfredsstillende mål på SØS (Frøyland, 2017).



## 4.5 Statistiske analyser

Statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 29 ble benyttet for å utføre de statistiske analysene. Fordelingen av rusmiddelbruk og sosial støtte blant ungdommene ble først presentert deskriptivt og med bivariate krysstabellanalyser, fordelt på kjønn og skoletrinn. En Pearsons khikvadrattest ble benyttet for å undersøke om rad og søylevariablene i krysstabellen var uavhengige (Ringdal, 2013). Deretter ble logistisk regresjonsanalyse benyttet for å se på sammenhengen mellom de dikotome variablene rusmiddelbruk (alkohol og cannabis) og sosial støtte (generelt, foreldre, venner og skolen), både ujustert (modell 1) og justert for mulig konfunderende variabler (modell 2). I en tredje modell ble i tillegg symptomer på depressive plager inkludert. Logistisk regresjon egnet seg i denne studien som analysemetode fordi utfallsvariabelen, rusmiddelbruk, var dikotom (Field, 2017).

Det ble gjennomført interaksjonsanalyser for å se om sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte var den samme for gutter og jenter og for de to ulike skoletrinnene. Etersom det var en interaksjon for både kjønn og skoletrinn, ble de logistiske regresjonene presentert stratifisert på kjønn og skoletrinn. Sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte ble rapportert som odds ratio (OR). Det ble benyttet et signifikansnivå på fem prosent.

Signifikansnivået sier noe om hvilken grense en setter for at resultatet av en test skal anees å være statistisk signifikant, altså hvorvidt utfallet gitt nullhypotesen kan antas å være en tilfeldighet (Aamodt, 2005). Ved et signifikansnivå lavere enn 0,05 anees resultatet som statistisk signifikant.

## 4.6 Etiske overveielser

Å delta i spørreundersøkelsen til Ungdata var frivillig. Innledningsvis i spørreundersøkelsen ble det spesifisert at ungdommene kan hoppe over spørsmål dersom de ønsket det. Det ble også gitt beskjed om at de kunne avslutte undersøkelsen når de ønsket. Anonymitet i spørreundersøkelsen ble også spesifisert innledningsvis, slik at ingen enkeltpersoner skal være gjenkjennbare. I undersøkelsene kommer det ikke frem helsedata som kan spores til personene det gjelder. Siden datamaterialet er anonymt, var det ikke behov for å melde inn dataene til behandling av personopplysninger. Ved bestilling av datamaterialet ble det undertegnet en avtale om tilgang til data med forpliktelse om å ikke dele dataene eller forsøke å identifisere individer i datasettet. Ungdata-undersøkelsen er gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen.

## 5. Resultater

---

I dette kapittelet vil deskriptive data i tillegg til bivariante og multivariate sammenhenger presenteres ved bruk av tabeller.

### 5.1 Deskriptive data

Det endelige utvalget besto av 134 309 ungdommer. Det var lik prosentvis fordeling av jenter og gutter. Det var 60 % av ungdommene som gikk i ungdomsskolen og 40 % som gikk i videregående skole. Vestland, Vestfold og Telemark og Innlandet var de fylkene med flest besvarelser i 2021. Rogaland fylke hadde færrest besvarelser i 2021. Det var en relativt jevn fordeling mellom elever med høy, middels og lav SØS, men en noe lavere andel med høy SØS bortsett fra blant jentene i ungdomsskolen (tabell 1).

Tabell 1 viser en deskriptiv oversikt over utvalget fordelt på kjønn og skoletrinn. Bruken av rusmidler økte betraktelig fra ungdomsskolen til videregående skole for begge kjønn. I ungdomsskolen var det en lav andel som hadde høyt alkoholforbruk (1-2 %) eller som hadde brukt cannabis det siste året (2-4 %). I videregående skole rapporterte 16-17 % av ungdommene om høyt alkoholforbruk. Det var 11 % av jentene og 16 % av guttene i videregående skole som rapporterte om cannabisbruk de siste 12 månedene. Drøyt fire av fem ungdommer oppga å ha høy sosial støtte generelt. Antallet jenter med høy sosial støtte generelt økte med ca. 10 % fra ungdomsskolen til videregående skole. Drøyt en av fire elever i ungdomsskolen rapporterte om lav grad av sosial støtte generelt. Blant elevene i videregående skole rapporterte en av fem det samme. Omtrent 90 % av elevene rapporterte om høy sosial støtte fra foreldre og venner. Skolen var den arenaen færrest ungdommer opplevde sosial støtte fra, hvor om lag 15 % rapporterte om lav grad av sosial støtte. Det var totalt en av fire jenter og en av ti gutter som rapporterte om høyt nivå av depressive plager. Andelen med depressive plager var noe høyere blant elevene i videregående enn blant elevene i ungdomsskolen.

Tabell 1. Deskriptiv oversikt over utvalget, basert på Ungdata 2021 (n = 134 309)

Variabler	Kjønn og skoletrinn				Kjønn og skoletrinn			
	Jente 8.-10.trinn	%	Jente VG1-VG3	%	Gutt 8.-10.trinn	%	Gutt VG1-VG3	%
<b>Avhengig variabel</b>								
<i>Alkoholforbruk de siste 12 månedene</i>								
Lavt	38 199	(99)	22 835	(84)	38 020	(98)	20 319	(83)
Høyt	520	(1)	4 194	(16)	684	(2)	4 052	(17)
Total (n)	38 719		27 029		38 704		24 371	
<i>Cannabisbruk de siste 12 månedene</i>								
Nei	37 696	(98)	24 002	(89)	37 208	(96)	20 390	(84)
Ja	945	(2)	2 978	(11)	1 434	(4)	3 881	(16)
Total (n)	38 641		26 980		38 642		24 271	
<b>Uavhengig variabel</b>								
<i>Sosial støtte generelt</i>								
Lav	10 473	(27)	5 002	(19)	8 694	(23)	5 238	(22)
Høy	28 215	(73)	22 020	(81)	29 838	(77)	19 001	(78)
Total (n)	38 688		27 022		38 532		24 239	
<i>Sosial støtte foreldre</i>								
Lav	3 730	(10)	2 494	(9)	3 192	(8)	2 143	(9)
Høy	35 004	(90)	24 746	(91)	36 098	(92)	22 917	(91)
Total (n)	38 734		27 240		39 290		25 060	
<i>Sosial støtte venner</i>								
Lav	4 670	(12)	2 558	(9)	4 750	(12)	2 828	(11)
Høy	34 565	(88)	24 958	(91)	35 019	(88)	22 318	(89)
Total (n)	39 235		27 516		39 769		25 146	
<i>Sosial støtte skolen</i>								
Lav	6 326	(16)	4 997	(18)	5 722	(14)	3 554	(14)
Høy	32 676	(84)	22 371	(82)	33 776	(86)	21 481	(86)
Total (n)	39 002		27 368		39 498		25 035	
<b>Depressive plager</b>								
Lavt nivå	28 322	(76)	19 501	(74)	33 889	(92)	20 742	(89)
Høyt nivå	8 804	(24)	6 759	(26)	2 844	(8)	2 501	(11)
Total (n)	37 126		26 260		36 733		23 243	
<b>Sosiodemografiske variabler</b>								
<i>Fylke</i>								
Oslo	5 541	(14)	3 905	(14)	5 428	(13)	3 393	(13)
Rogaland	560	(1)			607	(2)		
Møre og Romsdal	1 709	(4)	973	(3)	1 735	(4)	1 023	(4)
Nordland	59				63			
Viken	2 875	(7)	2 524	(9)	2 966	(7)	2 440	(9)
Innlandet	4 790	(12)	4 432	(16)	5 175	(13)	3 918	(15)
Vestfold og Telemark	5 851	(15)	4 842	(17)	6 007	(15)	4 593	(18)
Vestland	8 981	(23)	6 574	(24)	9 071	(22)	6 183	(24)
Trøndelag	6 119	(16)	2 099	(8)	6 233	(15)	2 023	(8)
Troms og Finnmark	3 183	(8)	2 580	(9)	3 383	(9)	2 471	(9)
Total (n)	39 668		27 929		40 668		26 044	
<i>SØS</i>								
Lav	11 425	(29)	10 436	(37)	12 980	(32)	10 216	(39)
Middels	14 481	(36)	9 447	(34)	15 871	(39)	9 294	(36)
Høy	13 762	(35)	8 046	(29)	11 817	(29)	6 534	(25)
Total (n)	39 668		27 929		40 668		26 044	

n: antall, SØS: sosioøkonomisk status.  
 Prosentvis fordeling er regnet ut kolonnevis.

## 5.2 Bivariate sammenhenger

I tabell 2 og 3 presenteres de bivariate sammenhengene mellom rusmiddelbruk og sosial støtte, samt depressive plager og SØS. Blant ungdomsskoleelevene hadde høyt alkoholforbruk sammenheng med lavere sosial støtte, både generelt og fra foreldre, venner og i skolen (tabell 2). For elevene i videregående skole hadde høyt alkoholforbruk sammenheng med lavere sosial støtte fra foreldre og i skolen, men høyere sosial støtte generelt og fra venner. Høyt alkoholforbruk blant ungdommene hadde sammenheng med høyt nivå av depressive plager. Blant jentene i ungdomsskolen hadde høyt alkoholforbruk sammenheng med lavere SØS. Blant elevene i videregående skole hadde høyt alkoholforbruk sammenheng med høy SØS.

Bruk av cannabis i ungdomsskolen hadde sammenheng med lavere sosial støtte generelt og fra foreldre, venner og i skolen (tabell 3). Blant videregående elevene hadde cannabisbruk sammenheng med lavere sosial støtte generelt, fra foreldre og i skolen. Det var ingen sammenheng mellom bruk av cannabis og sosial støtte fra venner blant videregående elevene. Bruk av cannabis blant ungdomsskoleelevene og elevene i videregående skole hadde sammenheng med høyt nivå av depressive plager. Blant ungdomsskoleelevene og jentene i videregående, hadde bruk av cannabis sammenheng med lav SØS. Blant guttene i videregående hadde cannabisbruk de 12 siste månedene en sammenheng med høy SØS.

Tabell 2. Alkoholforbruk N (%) de siste 12 månedene etter type sosial støtte, depressive plager og SØS fordelt på kjønn og skoletrinn, basert på Ungdata 2021 (n = 134 309)

	Avhengig variabel															
	Alkoholforbruk de siste 12 månedene				Alkoholforbruk de siste 12 månedene				Alkoholforbruk de siste 12 månedene				Alkoholforbruk de siste 12 månedene			
	Jente 8.-10.trinn				Jente VGI-VG3				Gutt 8.-10.trinn				Gutt VGI-VG3			
	Lavt	Høyt	Total (n)	p	Lavt	Høyt	Total (n)	p	Lavt	Høyt	Total (n)	p	Lavt	Høyt	Total (n)	p
<i>Sosial støtte generelt</i>				*				***				***				***
Lav	10 204 (98)	163 (2)	10 367		4 290 (87)	663 (13)	4 953		8 370 (97)	224 (3)	8 594		4 500 (87)	678 (13)	5 178	
Høy	27 689 (99)	350 (1)	28 039		18 378 (84)	3 507 (16)	21 885		29 211 (99)	443 (1)	29 654		15 559 (82)	3 307 (18)	18 866	
<i>Sosial støtte foreldre</i>				***				***				***				***
Lav	3 528 (97)	119 (3)	3 647		1 946 (81)	461 (19)	2 407		2 877 (95)	143 (5)	3 020		1 618 (81)	389 (19)	2 007	
Høy	33 968 (99)	387 (1)	34 355		20 510 (85)	3 673 (15)	24 183		34 291 (99)	509 (1)	34 800		18 297 (84)	3 586 (16)	21 883	
<i>Sosial støtte venner</i>				**				***				***				***
Lav	4 474 (98)	80 (2)	4 554		2 196 (89)	285 (11)	2 481		4 388 (97)	131 (3)	4 519		2 335 (87)	336 (13)	2 671	
Høy	33 545 (99)	436 (1)	33 981		20 566 (84)	3 899 (16)	24 465		33 383 (98)	544 (2)	33 927		17 840 (83)	3 681 (17)	21 521	
<i>Sosial støtte skolen</i>				***				***				***				***
Lav	5 990 (97)	196 (3)	6 186		3 896 (80)	950 (20)	4 846		5 133 (95)	267 (5)	5 400		2 595 (78)	745 (22)	3 340	
Høy	31 824 (99)	315 (1)	32 139		18 736 (85)	3 209 (15)	21 945		32 391 (99)	392 (1)	32 783		17 459 (84)	3 249 (16)	20 708	
<i>Depressive plager</i>				***				***				***				***
Lavt nivå	27 957 (99)	258 (1)	28 215		16 587 (85)	2 835 (15)	19 422		33 302 (99)	443 (1)	33 745		17 343 (84)	3 284 (16)	20 627	
Høyt nivå	8 499 (97)	233 (3)	8 732		5 464 (81)	1 250 (19)	6 714		2 658 (94)	165 (6)	2 823		1 952 (79)	534 (21)	2 486	
<i>SØS</i>				***				***				***				***
Lav	10 813 (98)	187 (2)	11 000		8 587 (86)	1 441 (14)	10 028		11 825 (98)	274 (2)	12 099		8 004 (85)	1 427 (15)	9 431	
Middels	14 005 (99)	166 (1)	14 171		7 715 (84)	1 423 (16)	9 138		14 968 (98)	233 (2)	15 201		7 237 (83)	1 502 (17)	8 739	
Høy	13 381 (99)	167 (1)	13 548		6 533 (83)	1 330 (17)	7 863		11 227 (98)	177 (2)	11 404		5 078 (82)	1 123 (18)	6 201	

n: antall.

Prosentvis fordeling er regnet ut radvis.

Signifikansnivå: \*\*\*p < .001, \*\*p < 0.01, \*p < .05, NS p > .05.

Tabell 3. Cannabisbruk N (%) de siste 12 månedene etter type sosial støtte, depressive plager og SØS fordelt på kjønn og skoletrinn, basert på Ungdata 2021 (n = 134 309)

	Avhengig variabel															
	Cannabisbruk de siste 12 månedene				Cannabisbruk de siste 12 månedene				Cannabisbruk de siste 12 månedene				Cannabisbruk de siste 12 månedene			
	Jente 8.-10.trinn				Jente VG1-VG3				Gutt 8.-10.trinn				Gutt VG1-VG3			
	Nei	Ja	Total (n)	p	Nei	Ja	Total (n)	p	Nei	Ja	Total (n)	p	Nei	Ja	Total (n)	p
<i>Sosial støtte generelt</i>																
Lav	10 004 (97)	347 (3)	10 351	***	4 323 (87)	622 (13)	4 945	***	8 086 (94)	480 (6)	8 566	***	4 269 (83)	880 (17)	5 149	**
Høy	27 389 (98)	591 (2)	27 980		19 504 (89)	2 339 (11)	21 843		28 699 (97)	923 (3)	29 622		15 869 (84)	2 935 (16)	18 804	
<i>Sosial støtte foreldre</i>																
Lav	3 376 (93)	260 (7)	3 636	***	1 903 (79)	491 (21)	2 394	***	2 729 (90)	291 (10)	3 020	***	1 467 (73)	531 (27)	1 998	***
Høy	33 639 (98)	663 (2)	34 302		21 712 (90)	2 441 (10)	24 153		33 657 (97)	1 096 (3)	34 753		18 532 (85)	3 275 (15)	21 807	
<i>Sosial støtte venner</i>																
Lav	4 358 (96)	188 (4)	4 546	***	2 174 (88)	301 (12)	2 475	NS	4 242 (94)	263 (6)	4 505	***	2 228 (84)	434 (16)	2 662	NS
Høy	33 161 (98)	753 (2)	33 914		21 749 (89)	2 668 (11)	24 417		32 728 (97)	1 156 (3)	33 884		18 016 (84)	3 416 (16)	21 432	
<i>Sosial støtte skolen</i>																
Lav	5 849 (95)	317 (5)	6 166	***	4 068 (84)	769 (16)	4 837	***	4888 (91)	491 (9)	5 379	***	2 494 (75)	829 (25)	3 323	***
Høy	31 470 (98)	614 (2)	32 084		19 726 (90)	2 183 (10)	21 909		31 836 (97)	914 (3)	32 750		17 640 (85)	2 999 (15)	20 639	
<i>Depressive plager</i>																
Lavt nivå	27 761 (99)	421 (1)	28 182	***	17 699 (91)	1 693 (9)	19 392	***	32 732 (97)	979 (3)	33 711	***	17 610 (86)	2 965 (14)	20 575	***
Høyt nivå	8 240 (95)	473 (5)	8 713		5 498 (82)	1 200 (18)	6 698		2 487 (88)	330 (12)	2 817		1 781 (72)	683 (28)	2 464	
<i>SØS</i>																
Lav	10 568 (96)	394 (4)	10 962	***	8 794 (88)	1 210 (12)	10 004	*	11 483 (95)	590 (5)	12 073	***	7 956 (85)	1 436 (15)	9 392	***
Middels	13 837 (98)	313 (2)	14 150		8 186 (90)	946 (10)	9 132		14 689 (97)	488 (3)	15 177		7 289 (84)	1 410 (16)	8 699	
Høy	13 291 (98)	238 (2)	13 529		7 022 (90)	822 (10)	7 844		11 036 (97)	356 (3)	11 392		5 145 (83)	1 035 (17)	6 180	

n: antall.

Prosentvis fordeling er regnet ut radvis.

Signifikansnivå: \*\*\*p < .001, \*\*p < 0.01, \*p < .05, NS p > .05.

### 5.3 Multivariate sammenhenger

I tabell 4 og 5 vises resultatene fra logistisk regresjonsanalyse med rusmiddelbruk som avhengig variabel. Modell 1 viser den ujusterte sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte, mens modell 2 viser sammenhengen justert for fylke og SØS. Blant ungdomsskoleelevene hadde de med høy sosial støtte, uavhengig av kilden, lavere odds for å ha høyt alkoholforbruk, sammenlignet med de med lav sosial støtte (tabell 4). Sosial støtte fra foreldre (jenter: 0.34 (KI: 0.27-0.42) og gutter: 0.30 (KI: 0.25-0.36)) og i skolen (jenter: 0.30 (KI: 0.25-0.36) og gutter: 0.23 (KI: 0.20-0.27)) ga den laveste oddsen for høyt alkoholforbruk blant ungdomsskoleelevene. Blant elevene i videregående skole hadde de med høy sosial støtte fra foreldre (jenter: 0.76 (KI: 0.68-0.84) og gutter: 0.82 (KI: 0.73-0.92)) og i skolen (jenter: 0.70 (KI: 0.65-0.76) og gutter: 0.65 (KI: 0.59-0.71)) lavere odds for å ha høyt alkoholforbruk, sammenlignet med de med lav sosial støtte fra foreldre og i skolen. Videregåendeelevene som hadde høy sosial støtte generelt (jenter: 1.24 (KI: 1.13-1.35) og gutter: 1.41 (KI: 1.29-1.54)) og fra venner (jenter: 1.46 (KI: 1.29-1.57) og gutter: 1.43 (KI: 1.27-1.62)) hadde imidlertid høyere odds for å ha høyt alkoholforbruk, sammenlignet med de med lav sosial støtte fra disse kildene. Justering av fylke og SØS endret ikke sammenhengen mellom alkoholforbruk og sosial støtte nevneverdig.

Blant ungdomsskoleelevene hadde de med høy sosial støtte, uavhengig av sosial støtte, lavere odds for å ha brukt cannabis, sammenlignet med de med lavere sosial støtte (tabell 5). Sosial støtte fra foreldre ga den laveste oddsen for å ha brukt cannabis blant jentene i ungdomsskolen tilsvarende 0.26 (KI: 0.22-0.30). Sosial støtte fra foreldre og i skolen ga den laveste oddsen blant guttene i ungdomsskolen tilsvarende 0.31 (KI: 0.27-0.35) og 0.29 (KI: 0.26-0.32) for å ha brukt cannabis. Blant elevene i videregående skole hadde de med høy sosial støtte generelt, fra foreldre eller i skolen lavere odds for å ha brukt cannabis, sammenlignet med de med lavere sosial støtte fra disse kildene. Sosial støtte fra venner hadde ingen signifikant sammenheng med bruk av cannabis i denne aldersgruppa. Sosial støtte fra foreldre ga den laveste oddsen for at jentene i videregående hadde brukt cannabis de siste 12 månedene, tilsvarende 0.44 (KI: 0.39-0.49). Sosial støtte fra foreldre (0.49 (KI: 0.44-0.54)) og i skolen (0.51 (KI: 0.47-0.56)) ga den laveste oddsen for at guttene i videregående skole hadde prøvd cannabis de siste 12 månedene. Justering av fylke og SØS endret ikke sammenhengen mellom cannabisbruk og sosial støtte nevneverdig.

Tabell 4. Odds Ratio (95 % konfidensintervall) for høyt alkoholforbruk de siste 12 månedene etter sosial støtte, basert på Ungdata 2021. Fra logistiske regresjonsanalyser.

	Modell 1				Modell 2			
	Jente 8.-10.trinn	Jente VG1-VG3	Gutt 8.-10.trinn	Gutt VG1-VG3	Jente 8.-10.trinn	Jente VG1-VG3	Gutt 8.-10.trinn	Gutt VG1-VG3
<b>Uavhengig variabel</b>								
<i>Sosial støtte generelt</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.79 (0.66-0.95) *	1.24 (1.13-1.35) ***	0.57 (0.48-0.67) ***	1.41 (1.29-1.54) ***	0.81 (0.67-0.97) *	1.22 (1.11-1.33) ***	0.58 (0.49-0.68) ***	1.39 (1.27-1.52) ***
Total (n)	38 406	26 838	38 248	24 044	38 406	26 838	38 248	24 044
<i>Sosial støtte foreldre</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.34 (0.27-0.42) ***	0.76 (0.68-0.84) ***	0.30 (0.25-0.36) ***	0.82 (0.73-0.92) ***	0.34 (0.28-0.43) ***	0.73 (0.65-0.81) ***	0.31 (0.25-0.37) ***	0.79 (0.70-0.89) ***
Total (n)	38 002	26 590	37 820	23 890	38 002	26 590	37 820	23 890
<i>Sosial støtte venner</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.73 (0.57-0.92) **	1.46 (1.29-1.57) ***	0.55 (0.45-0.66) ***	1.43 (1.27-1.62) ***	0.75 (0.56-0.95) *	1.44 (1.26-1.63) ***	0.55 (0.46-0.67) ***	1.41 (1.25-1.59) ***
Total (n)	38 535	26 946	38 446	24 192	38 535	26 946	38 446	24 192
<i>Sosial støtte skolen</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.30 (0.25-0.36) ***	0.70 (0.65-0.76) ***	0.23 (0.20-0.27) ***	0.65 (0.59-0.71) ***	0.30 (0.24-0.36) *	0.70 (0.64-0.75) ***	0.23 (0.20-0.27) ***	0.64 (0.59-0.70) ***
Total (n)	38 325	26 791	38 183	24 048	38 325	26 791	38 183	24 048

Modell 1: ujustert sammenheng.

Modell 2: sammenheng justert for fylke og SØS.

OR: odds ratio; KI: konfidensintervall; ref.: referansekategori; SØS: sosioøkonomisk status.

Signifikansnivå: \*\*\*p < .001, \*\*p < 0.01, \*p < .05, NS p > .05.



Tabell 5. Odds Ratio (95 % konfidensintervall) for cannabisbruk de siste 12 månedene etter sosial støtte, basert på Ungdata 2021. Fra logistiske regresjonsanalyser.

	Modell 1				Modell 2			
	Jente 8.-10.trinn	Jente VG1-VG3	Gutt 8.-10.trinn	Gutt VG1-VG3	Jente 8.-10.trinn	Jente VG1-VG3	Gutt 8.-10.trinn	Gutt VG1-VG3
<b>Uavhengig variabel</b>								
<i>Sosial støtte generelt</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.62 (0.54-0.71) ***	0.83 (0.76-0.92) ***	0.54 (0.48-0.61) ***	0.90 (0.83-0.97) **	0.65 (0.57-0.74) ***	0.84 (0.77-0.93) ***	0.55 (0.49-0.62) ***	0.90 (0.83-0.98) *
Total (n)	38 331	26 788	38 188	23 953	38 331	26 788	38 188	23 953
<i>Sosial støtte foreldre</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.26 (0.22-0.30) ***	0.44 (0.39-0.49) ***	0.31 (0.27-0.35) ***	0.49 (0.44-0.54) ***	0.28 (0.24-0.32) ***	0.44 (0.40-0.50) ***	0.32 (0.28-0.36) ***	0.48 (0.43-0.53) ***
Total (n)	37 938	26 547	37 773	23 805	37 938	26 547	37 773	23 805
<i>Sosial støtte venner</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.53 (0.45-0.62) ***	0.89 (0.78-1.01) NS	0.57 (0.50-0.65) ***	0.97 (0.87-1.09) NS	0.56 (0.47-0.66) ***	0.90 (0.79-1.02) NS	0.58 (0.50-0.66) ***	0.98 (0.87-1.09) NS
Total (n)	38 460	26 892	38 389	24 094	38 460	26 892	38 389	24 094
<i>Sosial støtte skolen</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.36 (0.31-0.41) ***	0.59 (0.54-0.64) ***	0.29 (0.26-0.32) ***	0.51 (0.47-0.56) ***	0.37 (0.32-0.43) ***	0.58 (0.53-0.64) ***	0.29 (0.26-0.32) ***	0.51 (0.47-0.56) ***
Total (n)	38 250	26 746	38 129	23 962	38 250	26 746	38 129	23 962

Modell 1: ujustert sammenheng.

Modell 2: sammenheng justert for fylke og SØS.

OR: odds ratio; KI: konfidensintervall; ref.: referansekategori; SØS: sosioøkonomisk status.

Signifikansnivå: \*\*\*p < .001, \*\*p < 0.01, \*p < .05, NS p > .05.

I tabell 6 og 7 vises resultatene for logistisk regresjonsanalyse med rusmiddelbruk som avhengig variabel justert for depressive plager i tillegg til fylke og SØS (modell 3). For å være sikre på at effekten av variabelen depressive plager ikke kom som et resultat av at utvalget i denne analysen var mindre enn i tabell 4 og 5, kjørte jeg analysene i modell 2 på nytt i samme utvalg som i modell 3 (N= 123 362). Det var ikke nevneverdige forskjeller mellom estimatene i modell 2 i tabell 4/5 og 6/7.

Sosial støtte fra foreldre og i skolen var assosiert med lavere odds for å ha høyt alkoholforbruk og bruk av cannabis, både blant elevene i ungdomsskolen og i videregående skole, justert for fylke og SØS. Videre justering for depressive plager gjorde sammenhengene noe svakere, men de var fortsatt signifikante for alle grupper, utenom for høyt alkoholforbruk blant guttene i videregående skole. For elevene i ungdomsskolen hadde også høy sosial støtte fra venner en sammenheng med lavere odds for å ha høyt alkoholforbruk og bruk av cannabis, men den forsvant ved justering for depressive plager. For elevene i videregående skole var det en positiv sammenheng mellom høy sosial støtte fra venner og høyt alkoholforbruk, justert for fylke og SØS. Justeringen av depressive plager gjorde denne sammenhengen sterkere. For cannabisbruk var det i denne gruppen ingen sammenheng med sosial støtte fra venner i modell 2, men det var en positiv sammenheng etter justeringen for depressive plager.

Tabell 6. Odds Ratio (95 % konfidensintervall) for høyt alkoholforbruk de siste 12 månedene etter sosial støtte justert for depressive plager, basert på Ungdata 2021. Fra logistiske regresjonsanalyser.

	Modell 2				Modell 3			
	Jente 8.-10.trinn	Jente VG1-VG3	Gutt 8.-10.trinn	Gutt VG1-VG3	Jente 8.-10.trinn	Jente VG1-VG3	Gutt 8.-10.trinn	Gutt VG1-VG3
<b>Uavhengig variabel</b>								
<i>Sosial støtte generelt</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.81 (0.67-0.97) *	1.22 (1.11-1.33) ***	0.58 (0.49-0.68) ***	1.39 (1.27-1.52) ***	1.44 (1.17-1.77) ***	1.48 (1.35-1.63) ***	1.05 (0.87-1.26) NS	1.67 (1.52-1.84) ***
Total (n)	38 406	26 838	38 248	24 044	36 738	26 032	36 309	22 969
<i>Sosial støtte foreldre</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.34 (0.28-0.43) ***	0.73 (0.65-0.81) ***	0.31 (0.25-0.37) ***	0.79 (0.70-0.89) ***	0.57 (0.45-0.71) ***	0.85 (0.76-0.95) **	0.53 (0.43-0.66) ***	0.91 (0.81-1.03) NS
Total (n)	38 002	26 590	37 820	23 890	36 408	25 792	35 904	22 774
<i>Sosial støtte venner</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.75 (0.56-0.95) *	1.44 (1.26-1.63) ***	0.55 (0.46-0.67) ***	1.41 (1.25-1.59) ***	1.11 (0.86-1.43) NS	1.64 (1.43-1.87) ***	0.85 (0.69-1.05) NS	1.58 (1.40-1.80) ***
Total (n)	38 535	26 946	38 446	24 192	36 836	26 087	36 422	23 037
<i>Sosial støtte skolen</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.30 (0.24-0.36) *	0.70 (0.64-0.75) ***	0.23 (0.20-0.27) ***	0.64 (0.59-0.70) ***	0.45 (0.37-0.55) ***	0.78 (0.72-0.85) ***	0.35 (0.29-0.42) ***	0.71 (0.65-0.78) ***
Total (n)	38 325	26 791	38 183	24 048	36 680	25 983	36 221	22 929

Modell 2: sammenheng justert for fylke og SØS

Modell 3: sammenheng justert for fylke, SØS og depressive plager.

OR: odds ratio; KI: konfidensintervall; ref.: referansekategori; SØS: sosioøkonomisk status.

Signifikansnivå: \*\*\*p < .001, \*\*p < 0.01, \*p < .05, NS p > .05.

Tabell 7. Odds Ratio (95 % konfidensintervall) for cannabisbruk de siste 12 månedene etter sosial støtte justert for depressive plager, basert på Ungdata 2021. Fra logistiske regresjonsanalyser.

	Modell 2				Modell 3			
	Jente 8.-10.trinn	Jente VG1-VG3	Gutt 8.-10.trinn	Gutt VG1-VG3	Jente 8.-10.trinn	Jente VG1-VG3	Gutt 8.-10.trinn	Gutt VG1-VG3
<b>Uavhengig variabel</b>								
<i>Sosial støtte generelt</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.65 (0.57-0.74) ***	0.84 (0.77-0.93) ***	0.55 (0.49-0.62) ***	0.90 (0.83-0.98) *	1.28 (1.10-1.48) *	1.25 (1.13-1.40) ***	0.99 (0.87-1.13) NS	1.25 (1.14-1.38) ***
Total (n)	38 331	26 788	38 188	23 953	36 685	25 986	36 269	22 895
<i>Sosial støtte foreldre</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.28 (0.24-0.32) ***	0.44 (0.40-0.50) ***	0.32 (0.28-0.36) ***	0.48 (0.43-0.53) ***	0.50 (0.39-0.54) ***	0.58 (0.52-0.65) ***	0.54 (0.47-0.63) ***	0.65 (0.58-0.73) ***
Total (n)	37 938	26 547	37 773	23 805	36 354	25 748	35 867	22 707
<i>Sosial støtte venner</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.56 (0.47-0.66) ***	0.90 (0.79-1.02) NS	0.58 (0.50-0.66) ***	0.98 (0.87-1.09) NS	0.87 (0.73-1.03) NS	1.18 (1.03-1.35) *	0.90 (0.76-1.03) NS	1.28 (1.13-1.44) ***
Total (n)	38 460	26 892	38 389	24 094	36 783	26 040	36 383	22 963
<i>Sosial støtte skolen</i>								
Lav (ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Høy	0.37 (0.32-0.43) ***	0.58 (0.53-0.64) ***	0.29 (0.26-0.32) ***	0.51 (0.47-0.56) ***	0.60 (0.52-0.70) ***	0.75 (0.69-0.83) ***	0.43 (0.38-0.49) ***	0.65 (0.59-0.71) ***
Total (n)	38 250	26 746	38 129	23 962	36 624	25 937	36 183	22 860

Modell 2: sammenheng justert for fylke og SØS

Modell 3: sammenheng justert for fylke, SØS og depressive plager.

OR: odds ratio; KI: konfidensintervall; ref.: referansekategori; SØS: sosioøkonomisk status.

Signifikansnivå: \*\*\*p < .001, \*\*p < 0.01, \*p < .05, NS p > .05.

## 6. Diskusjon

---

Formålet med oppgaven var å studere sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte og undersøke om denne sammenhengen varierte når den sosiale støtten kommer fra ulike kilder. Det var også ønskelig å se om noe av denne sammenhengen kan forklares av depressive plager. I dette kapitlet vil jeg først kort diskutere sammenhenger mellom rusmiddelbruk og kjønn, alder og SØS opp mot eksisterende litteratur, før jeg går over til å diskutere sammenhenger mellom sosial støtte og rusmiddelbruk. Til slutt drøftes de metodiske valgene som er tatt.

Blant elevene i ungdomsskolen hadde høyt alkoholforbruk de siste 12 månedene og det å ha brukt cannabis de siste 12 månedene sammenheng med lav sosial støtte generelt, og fra foreldre, venner og i skolen. Blant videregåendelevne hadde høyt alkoholforbruk sammenheng med lav sosial støtte fra foreldre og i skolen, og høy sosial støtte generelt og fra venner. Bruk av cannabis hadde sammenheng med lav sosial støtte generelt, fra foreldre og i skolen i denne gruppen. Jeg fant videre en sammenheng mellom rusmiddelbruk og depressive plager. Depressive plager forklarte en liten del av sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte fra foreldre og skole.

### 6.1 Sammenhenger mellom rusmiddelbruk og kjønn, alder og SØS

#### *6.1.1 Kjønn og alder*

Mine resultater viste i praksis ingen forskjell mellom jentene og guttene i høyt alkoholforbruk de siste 12 månedene. Skoleundersøkelsen European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs fant i sin studie fra 2019 det samme for alkoholforbruket blant norsk ungdom (Bye & Moan, 2020). Andre studier viser imidlertid til en kjønnsforskjell i alkoholforbruk, der jenter generelt drikker mindre alkohol enn gutter (Blå Kors, 2022). I min studie fant jeg videre at det var flest gutter som rapporterte om bruk av cannabis de siste 12 månedene. At bruken av cannabis er mer utbredt blant gutter enn jenter er også kjent fra andre norske og europeiske studier (Blå Kors, 2022; Sandøy, 2018). Resultatene fra denne studien viste at bruken av rusmidler økte betraktelig med alderen for begge kjønn. Dette samsvarer med andre rapporter for norsk ungdom som også viser at bruken av rusmidler øker med alderen (Andersen & Dæhlen, 2017; Bilgrei et al., 2021; Blå Kors, 2022). Forskjeller i sosiale normer

for ulike aldersgrupper og ulik tilgang på rusmidler kan være forklarende faktorer i den økende rusmiddelbruken blant ungdom.

### *6.1.2 Sosioøkonomisk status*

Mine resultater viste at blant jentene i ungdomsskolen hadde høyt alkoholforbruk de siste 12 månedene en sammenheng med lavere SØS. Slike funn finner en også i annen forskning der ungdom i lavere sosioøkonomiske grupper med foreldre uten utdanning oftere utøver risikofylt rusmiddelbruk i tidlig alder og drikker mer og oftere enn annen ungdom (Bye et al., 2022; Helsedirektoratet, 2018). Blant ungdomsskoleelevene og jentene i videregående hadde det å ha brukt cannabis de siste 12 månedene en sammenheng med lav SØS. Dette korresponderer med andre studier (Fergusson & Boden, 2008; Pedersen, 2022). Patrick med kollegaer (2012) fant i sin studie at foreldre med lav inntekt assosieres med ungdom som bruker rusmidler som en mestringsmekanisme grunnet økt stress eller fordi de har mindre muligheter for å delta på aktiviteter utenfor skolen grunnet foreldrenes økonomi.

Mine funn viste videre at blant elevene i videregående skole hadde høyt alkoholforbruk de siste 12 månedene en sammenheng med høy SØS. Dette korresponderer med annen forskning som har vist at alkoholforbruket er høyere blant eldre ungdommer i høyere sosioøkonomiske grupper. Bruken av alkohol i disse gruppene ansees imidlertid som mindre risikofylt enn for ungdom i lavere sosioøkonomisk grupper (Bye et al., 2022). Videre viste mine funn at blant guttene i videregående hadde cannabisbruk de 12 siste månedene en sammenheng med høy SØS. Dette korresponderer imidlertid ikke med resultatene fra den longitudinelle studien til McGee med kollegaer (2000). I deres studie fant de en sammenheng mellom ungdommers bruk av cannabis og foreldre med lav SØS, atferdsproblemer og mindre tilknytning til foreldre. Tidlig bruk av cannabis økte også sannsynligheten for å bruke det senere viste deres studie.

## 6.2 Sammenhengen mellom rusmiddelbruk blant ungdom og sosial støtte

### *6.2.1 Sosial støtte*

I min studie rapporterte omtrent 90 % av ungdommene om høy sosial støtte fra foreldre og venner og ca. 85 % om høy sosial støtte i skolen. Det var 23 % av jentene og 26 % av guttene som rapporterte om lav sosial støtte generelt, altså at de ikke hadde noen å prate med om de trengte det. Andelen med lav sosial støtte generelt er noe lavere for jenter og høyere for gutter

enn hva som ble funnet i Ungdata-undersøkelser blant ungdom i Oslo mellom januar 2018 og mai 2020. I disse undersøkelsene økte andelen ungdommer som ikke følte de hadde noen å prate med fra 29 % til 32 % blant jenter og fra 16 % til 23 % blant gutter over de tre årene (Barstad, 2021).

### *6.2.2 Sammenhengen mellom rusmiddelbruk og ulike kilder til sosial støtte*

Mine funn viste at det var en sammenheng mellom rusmiddelbruk og sosial støtte, men denne sammenhengen varierte noe med kjønn og alder, samt de ulike kildene til sosial støtte. At det er en sammenheng mellom rusmiddelbruk og sosial støtte er i tråd med tidligere forskning. Ungdom som rapporterer om problemer i relasjoner med foreldre eller venner har økt risiko for å bruke rusmidler, slik det ble funnet i en norsk studie over en 10 års periode (Stranden, 2019). Andre studier har vist at ungdom som opplever høy grad av sosial støtte rapporterer mindre risikofylt rusmiddelbruk enn ungdom som opplever lav grad av sosial støtte (Andersen & Dæhlen, 2017; Coleman & Hagell, 2007). Det å ha gode sosiale relasjoner er i flere studier funnet å være svært viktig for unges utvikling, og er et evolusjonært fundamentalt behov hos oss mennesker (Burrell et al., 2017; Li et al., 2020).

En antakelse i sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte er at sosial støtte kan ha en beskyttende effekt som begrenser risikofylt rusmiddelbruk, slik flere studier har understreket (Andersen & Dæhlen, 2017; Coleman & Hagell, 2007). Sosial støtte gjennom gode sosiale relasjoner, opplevd omsorg, god fungering i skolen og emosjonell tilknytning er noen forklarende faktorer i denne antakelsen (Forebygging.no, 2010; Layman et al., 2022). Flere studier støtter opp under teorien om sosial støtte som en buffereffekt (Bauer et al., 2017; Layman et al., 2022; Patrick et al., 2012). I Jason og Rhodes (1990) sin modell beskrives også sosial støtte som en buffer i møte med stress og sosialt press som påvirkningskraft til å utøve risikofylt rusmiddelbruk.

### **Sosial støtte fra foreldre**

Den sosiale støtten fra foreldre hadde en tydelig sammenheng med lavt alkoholforbruk blant ungdommene. Dette samsvarer med hva Barrera med kollegaer (1993) fant i sin longitudinelle studie. De fant en sammenheng mellom sosial støtte fra foreldre og redusert bruk av alkohol blant ungdomsskoleelever. Forklarende faktorer i denne sammenhengen kan være at ungdom som rapporterer om stressende familiesituasjoner med et turbulent forhold til sine foreldre

også i større grad rapporterer om alkoholforbruk enn annen ungdom, slik Brown med kollegaer (1988) fant i sin studie. Lignende funn er også rapportert fra andre studier (Alterman et al., 1997; Amaro et al., 1989). En studie fra Island om rusmiddelbruk og sosial støtte blant ungdom under pandemien fant, i likhet med min studie, en sammenheng mellom sosial støtte fra foreldre og bruk av rusmidler (Agustsson et al., 2023). Sosial støtte fra foreldre ble i Folkehelsemeldingen fra 2018 i tillegg vektlagt som en spesielt viktig kilde til sosial støtte blant ungdom (Meld. St. 19 (2018-2019)).

Mine funn viste videre at ungdom med sosial støtte fra foreldre hadde en klar sammenheng med å ikke bruke cannabis. Dette korresponderer med studien til Cleary og Wills (1996). De fant at sosial støtte fra foreldre resulterte i mindre cannabisbruk blant ungdom. Forskerne definerte den sosiale støtten fra foreldrene som en buffereffekt. Dette forklarte de ved at den sosiale støtten reduserte atferdsproblemer som en risiko for cannabisbruk. Videre konkluderte de med at den sosiale støtten bidro til at færre brukte cannabis og andre rusmidler som en mestringsmekanisme i møte med stressende livshendelser. Stress har i flere studier vist seg å ha en signifikant assosiasjon til rusmiddelbruk (Amaro et al., 1989; Brown et al., 1988). En forklaring på mindre rusmiddelbruk blant ungdom som opplever sosial støtte fra foreldre kan dermed være at den sosiale støtten bidrar til mindre stress og dermed kan redusere rusmiddelbruken.

### **Sosial støtte i skolen**

Sosial støtte fra lærere i skolen hadde en klar sammenheng med lavt alkoholforbruk, og også å ikke bruke cannabis. Forskning har vist at gode sosiale relasjoner mellom ungdommer og lærere kan være avgjørende for en positiv utvikling i ungdomsårene (Li et al., 2020). Sosial støtte fra lærere og klassekamerater ble i en norsk studie påpekt å være like viktig for en positiv utvikling som den sosiale støtten fra foreldre (Bi et al., 2021). Forskning har i tillegg vist at det å ha stabile og tydelige relasjoner til voksne mennesker er helt avgjørende for ungdommer som en støttende faktor i normative utviklingsoverganger (Helsedirektoratet, 2018; Li et al., 2020). Viktigheten av voksne med en aktiv rolle i ungdommenes liv, slik som lærere kan ha i skolen, kan dermed være avgjørende i valg som handler om helse, livsstil og verdspørsmål (Barrera et al., 1993).

Sammenhengen mellom sosial støtte i skolen og alkoholforbruk eller cannabisbruk var signifikant for begge kjønn, men noe sterkere blant guttene enn blant jentene. Sosial støtte i



skolen fra lærere ble i en studie funnet å ha en særlig positiv effekt på unge gutters rusmiddelbruk (Alterman et al., 1997). Det kan være at betydningen av lærere som er tilgjengelige og bryr seg er størst for gutter som sliter akademisk (Alterman et al., 1997).

### **Sosial støtte generelt**

Det generelle målet på sosial støtte i min studie representerer å motta sosial støtte gjennom å ha noen å prate med om man trenger det. Den sosiale støtten generelt hadde en tydelig sammenheng med lavt alkoholforbruk blant ungdomsskoleelevene og en tydelig sammenheng med høyt alkoholforbruk blant videregåendeelevene. Videre hadde den sosiale støtten generelt en sammenheng med å ikke bruke cannabis, men sammenhengen var noe sterkere blant ungdomsskoleelevene enn videregåendeelevene. Ut fra resultatene kan det virke som at den generelle sosiale støtten hadde en mer beskyttende effekt mot høyt alkoholforbruk eller bruk av cannabis blant de yngste ungdommene sammenlignet med de eldste. Min studie viste at sammenhengen mellom sosial støtte og rusmiddelbruk har vist seg å variere med kilde til sosial støtte og dermed viser betydningen av å se på ulike kilder hver for seg, fremfor et slikt generelt mål alene.

### **Sosial støtte fra venner**

Vennestøtte ga lavere odds for å ha høyt alkoholforbruk eller å bruke cannabis blant ungdomsskoleelevene, sammenlignet med elevene i ungdomsskolen med lav sosial støtte. Sosial støtte fra venner hadde imidlertid en sammenheng med høyt alkoholforbruk blant elevene i videregående skole. Flere andre studier har også funnet at den sosiale støtten fra venner bidrar til høyere alkoholforbruk (Branstetter et al., 2011). Studien til NOVA fra 2017 fant at norsk ungdom uten gode vennerelasjoner drakk mindre alkohol enn ungdom som rapporterte om gode vennerelasjoner. Forskerne hadde en antakelse om at alkoholforbruk fordrer at man er i en vennegjeng, eller at man i alle fall har én venn å teste alkohol med (Andersen & Dæhlen, 2017). I flere studier har sosial støtte fra venner, særlig i ungdomstiden, imidlertid blitt fremhevet som en faktor som kan knyttes til mindre bruk av alkohol og andre rusmidler, selv om denne antakelsen ikke går igjen i alle studier (Bilgrei et al., 2021). Venneflokkene kan for mange føles som et «sosialt lim» og dermed øke sannsynligheten for at flere ungdommer drikker alkohol, gitt at vennene også drikker alkohol (Bilgrei et al., 2021). I tillegg kan en forklaring på økt alkoholforbruk blant ungdom være at når ungdommer drikker alkohol med venner drikker de ofte mer enn om de drikker alene.

I resultatene fra denne studien hadde sosial støtte fra venner ingen signifikant sammenheng med bruk av cannabis blant elever i videregående skole. Dette samsvarer med hva Branstetter med kollegaer (2011) fant der vennskapsstøtte verken påvirket til mer eller mindre bruk av cannabis. Deres studie varte over to år og data ble samlet inn gjennom intervju, spørreskjema og observasjon flere ganger i løpet av disse årene. De påpekte i tillegg at kunnskapen var sprikende og ikke kjent for sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte fra andre kilder enn foreldre (Branstetter et al., 2011).

En mulig forklaring på vennestøttens ulike påvirkning på alkoholforbruk og bruk av cannabis kan være at for alkoholforbruk kan det tenkes at det å ha mye vennestøtte henger sammen med det å være sosial med andre, og ettersom det er relativt vanlig å drikke alkohol når man samles kan det være en grunn til at vennestøtte har en sammenheng med høyere alkoholforbruk. Andelen unge som bruker cannabis er så liten at vennestøtte antakelig ikke slår ut på samme måten som for alkoholforbruk.

### *6.2.3 Depressive plager og hvordan disse henger sammen med assosiasjonen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte*

I min studie var sosial støtte fra foreldre og i skolen assosiert med lavere odds for å ha høyt alkoholforbruk og bruk av cannabis, både blant elevene i ungdomsskolen og i videregående skole, justert for fylke og SØS. Videre justering for depressive plager gjorde sammenhengene noe svakere, men sammenhengene var fortsatt signifikante for alle grupper, utenom for høyt alkoholforbruk blant guttene i videregående skole. Depressive plager kunne i disse sammenhengene virke å ha en medierende effekt, der sosial støtte fra foreldre og i skolen påvirker grad av depressive plager som igjen påvirker rusmiddelbruken. Denne medierende effekten kan forklares ved at sosial støtte i studier har vist seg å ha en direkte effekt ved at det forebygger stress og depressive symptomer (Cohen & Wills, 1985). Videre vektlegger selvmedisineringshypotesen bruk av rusmidler for å lindre psykiske helseproblemer (Khantzian, 1985). Denne teorien har mottatt empirisk støtte i flere studier (Larimer et al., 2005; Sandy et al., 1999; Deykin et al., 1987). Det å være depressiv har vist seg å øke sannsynligheten for økt rusmiddelbruk blant ungdom (Osbourne, 2022).

Videre var det for elevene i videregående skole en positiv sammenheng mellom sosial støtte fra venner og høyt alkoholforbruk, justert for fylke og SØS. Videre justering av depressive

plager gjorde denne sammenhengen sterkere. For cannabisbruk i denne aldersgruppen var det ingen sammenheng med sosial støtte fra venner før justeringen, men det var en positiv sammenheng etter justeringen for depressive plager. Det kan dermed tenkes at det finnes en motsatt årsakssammenheng mellom variablene. Depressive plager kunne i denne sammenhengen virke som en collider ved at lite støtte fra venner fører til depressive plager og cannabisbruk fører til depressive plager. Dette kan gi en paradoksal sammenheng mellom cannabisbruk og vennskapsstøtte. En forklaring på dette kan være at risikofylt rusmiddelbruk blant unge kan øke sannsynligheten for utvikling av depressive symptomer, slik det er funnet i flere longitudinelle studier (Bakken & Sletten, 2016; Soest & Wichstrøm, 2014). Dårlige sosiale relasjoner kan i tillegg være en risikofaktor for å utvikle depressive symptomer (Burrell et al., 2017; Dumont & Provost, 1999). En kan derfor ikke utelukke at inkluderingen av depressive plager ga en paradoksal sammenheng mellom cannabisbruk og sosial støtte fra venner, men det var en sammenheng også før justeringen for depressive plager.

En annen mulighet i sammenhengen mellom rusmiddelbruk, sosial støtte og depressive plager kan være at rusmiddelbruk påvirker depressive plager som igjen påvirker sosial støtte. Flere studier har funnet at rusmidler kan forverre psykiske helseproblemer og bidra til dårligere psykisk helse (Osbourne, 2022), og det kan tenkes at ungdom med dårlig psykisk helse ikke er i like god stand til å danne seg gode sosiale forhold, som Burrell med kollegaer (2017) fant i sin studie. En annen forklaring kan være at de med dårlig psykisk helse har større behov for sosial støtte enn annen ungdom.

Forfatterne i en studie med norske ungdommer fra 2017 hadde en antakelse om at jo flere svake sosiale relasjoner ungdom har, jo mer utsatt er de for en ungdomstid preget av problemer og risikoatferd, og dermed også rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer (Andersen & Dæhlen, 2017). Forfatterne kunne ikke bekrefte at denne antakelsen stemte, eller i hvilken retning sammenhengene gikk. Deres studie kan minne om hva jeg ønsket å undersøke i min studie. Studien fant, i likhet med mine funn, at dårlige sosiale relasjoner til foreldre eller i skolen ga en økt risiko for å ha drukket alkohol, sammenlignet med ungdom med gode sosiale relasjoner til foreldre og i skolen. Videre fant de at ungdom med dårlige sosiale relasjoner til venner hadde en lavere risiko for å drikke alkohol, sammenlignet med ungdom med gode vennerelasjoner. Dette kan sammenlignes med mine funn der vennskapsstøtte ga en høyere risiko for å ha høyt alkoholforbruk, sammenlignet med ungdom uten sosial støtte fra venner. Studien påpekte at gode sosiale relasjoner til foreldre og i skolen

kunne være en beskyttende faktor mot alkoholforbruk blant ungdom, noe jeg også fant i min studie. Studien undersøkte imidlertid kun alkoholforbruk, ikke bruk av cannabis, i sammenheng med sosiale relasjoner. De brukte i tillegg en lavere grenseverdi på alkoholforbruk enn jeg brukte i min studie, der grenseverdien tilsvarte om ungdommene hadde drukket alkohol eller ikke i løpet av de 12 siste månedene. Denne studien fant en sammenheng mellom ungdommer med symptomer på depressive plager og de som rapporterte om dårlige sosiale relasjoner, og denne sammenhengen var sterkest blant de ungdommene med dårlige sosiale relasjoner til foreldre og i skolen.

Videre dannet denne studien (Andersen & Dæhlen, 2017) et samlemål på den sosiale relasjonen der de inkluderte blant annet generell fornøydhetsgrad med relasjonen, konfliktnivået med foreldrene, størrelse på og type vennenettverk, integrasjon i skolemiljøet og sosial støtte. De brukte andre spørsmål for å måle den sosiale støtten fra foreldre, venner og i skolen enn jeg brukte i min studie, og hadde ikke et generelt mål på sosial støtte. Deres studie ga de muligheten til å undersøke flere aspekter ved den sosiale relasjonen, men det kan tenkes at et slikt samlemål ga et mer generelt mål på den sosiale relasjonen, sammenlignet med min studie som kun så på den sosiale støtten. For de depressive plagene ble det brukt de samme spørsmålene som i min studie med samme grensepunkt. Videre undersøkte studien sammenhengene mellom sosiale relasjoner og alkoholforbruk, og sosiale relasjoner og depressive plager i to forskjellige analyser, som også gjorde studien deres forskjellig fra min. Analysene i studien var fordelt kun på kjønn og justert for skoletrinn og SØS, og skilte seg derfor fra min studie som fordelte seg på kjønn og skoletrinn og justerte for fylke og SØS.

### 6.3 Pandemien

Under pandemien var livet annerledes enn vanlig for veldig mange unge og mange var mer hjemme med foreldre og mindre med venner eller i skolen. Pandemien kan dermed ha påvirket både bruk av rusmidler, opplevelsen av sosial støtte og den psykiske helsen til unge i Norge. Ungdatarapporten fra 2021 viste at alkoholforbruk blant jenter i ungdomsskolen var tilsvarende likt i 2021 sammenlignet med før pandemien. Blant gutter i ungdomsskolen og blant videregående elever hadde alkoholforbruket gått ned. Cannabisbruken var i 2021 lavere blant gutter og den samme blant jenter sammenlignet med før pandemien. Spørsmålene som omhandlet den sosiale støtten generelt og fra foreldre og i skolen var ikke beskrevet i Ungdatarapporten fra 2019, men det var en lik andel ungdommer fra ungdomsskolen og i

videregående skole som rapporterte om vennestøtte i 2021 sammenlignet med før pandemien. Andelen med symptomer på depressive plager var i 2021 høyere blant jenter i ungdomsskolen og nokså lik blant gutter i ungdomsskolen og blant videregåendelever sammenlignet med før pandemien (Bakken, 2019; Bakken, 2021). I en studie fra Island om rusmiddelbruk og psykisk helse blant ungdom under pandemien fant de også at alkoholinntaket blant ungdom ble redusert, mens symptomer på depressive plager økte. Begge deler varierte med grad av sosiale restiksjoner (Agustsson et al., 2023). Selv om forekomsten av både rusmiddelbruk, sosial støtte og psykisk helse var noe annerledes under pandemien enn ellers, kan sammenhengene mellom sosial støtte og rusmiddelbruk være sammenlignbar med mer normale situasjoner.

#### 6.4 Folkehelseperspektivet

Et viktig funn i min studie var at sosial støtte gjennom gode sosiale relasjoner til foreldre og i skolen ga lavere risiko for høyt alkoholforbruk eller bruk av cannabis blant ungdommene, sammenlignet med lav sosial støtte fra disse kildene. Disse sammenhengene kan forklares i tråd med den sosiale stressmodellen (Jason & Rhodes, 1990), som vektlegger i hvilken grad sosial støtte kan være en buffer i møte med stress som påvirkningskraft til å utøve risikofyllt rusmiddelbruk, og sosial støtte som en buffereffekt som har evidens i flere studier (Burrell et al., 2017; Layman et al., 2022). En voksen som tar en aktiv rolle i en ungdoms liv, kan bidra til mindre rusmiddelbruk blant ungdom. Veiledning, kunnskap og støtte til foreldre og lærere i hvordan en kan ta den rollen og hvordan forebygge uheldig rusmiddelbruk er derfor viktig. I tillegg er lærernes rolle for ungdommer som ikke mottar særlig mye sosial støtte hjemmefra særs viktig.

Rusmiddelbruk blant ungdom har i lang tid vært en bekymring og et folkehelseproblem i samfunnet. Mye evidensbasert forskning har vist at det sosiale miljøet ungdom befinner seg i spiller en viktig rolle i deres rusmiddelbruk, særlig de sosiale relasjonene unge har til venner (Alterman et al., 1997). Mine funn viste at god sosial støtte fra venner hadde sammenheng med å ha høyt alkoholforbruk. Det er ikke det å ha sosial støtte fra venner som er problemet, men at det sosiale livet ser ut til å ha en sammenheng med rus. Det er derfor viktig å skape en kultur for rusfrie sosiale aktiviteter blant ungdom med flere møteplasser og sosiale arenaer som knytter ungdom sammen. Dette kan bidra til at unge får muligheten til å skape gode relasjoner til jevnaldrende, i tillegg til at sosiale møteplasser er forbundet med lavere grad av

problematferd og bidrar til å skape en arena som er bedre for ungdom enn å ruse seg (Helsedirektoratet, 2018). Mine funn viste videre at flere av ungdommene med høyt alkoholforbruk eller som hadde brukt cannabis hadde en sammenheng med lavere SØS. I et rusmiddelforebyggende arbeid bør en også legge til rette for å motvirke sosioøkonomiske forskjeller i samfunnet (Helsedirektoratet, 2018).

## 6.5 Metodiske betraktninger

### 6.5.1 Studiedesign

Data fra tverrsnittundersøkelsen Ungdata 2021 ble i denne studien benyttet for å svare på forskningsspørsmålene. En tverrsnittstudie er et øyeblikksbilde som tar sikte på å samle inn informasjon fra en gruppe mennesker slik at gruppen kan ansees som representativ og resultatene generaliseres til en hel populasjon. I slike deskriptive studier ønsker en å se på sammenhengen mellom variabler i en gitt populasjon (Bain et al., 2017), slik jeg ønsket å se på sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte hos ungdommer mellom 13 og 19 år.

I en tverrsnittstudie er all informasjon samlet inn på samme tidspunkt og en vil dermed ikke kunne si noe om underliggende kausale sammenhenger mellom variablene (Kunnskapsbasert praksis, 2016). Vi vet heller ikke noe om hvordan variablene varierer over tid, og bruken av rusmidler, den sosiale støtten eller de depressive plagene kan derfor ha vært annerledes før eller etter det tidspunktet datainnsamlingen skjedde. Dette kan ha innvirkning på studiens reliabilitet (Bain et al., 2017). Resultatene i min studie støtter imidlertid opp under eksisterende teorier om kausale sammenhenger mellom sosial støtte og rusmiddelbruk fra flere prospektive studier (Amaro et al., 1989; Coleman & Hagell, 2007; Jessor et al., 1973).

### 6.5.2 Seleksjon og seleksjonsskjevhet

Ungdata-undersøkelsen er gratis, og alle skoler i Norge kan velge å delta om de ønsker det. Hvilke skoler som deltar, vil trolig derfor være tilfeldig. En kan derfor vanligvis anta at skolene som blir med representerer skolene som ble invitert til å delta i studien. I 2021 var Rogaland og Nordland de fylkene med færrest kommuner som gjennomførte Ungdata-undersøkelsen, og disse fylkene var dermed mindre representert enn de andre fylkene (Bakken, 2021). I min studie justerte jeg imidlertid for fylke for å ta høyde for slike skjevheter. I 2021 påvirket imidlertid sosiale restriksjoner flere av skolenes mulighet for

fysisk oppmøte på skolen, og disse restriksjonene varierte mellom kommunene. Dette kan ha påvirket utvalgets representativitet (Ringdal, 2013). Datainnsamlingen i 2021 ble likevel i hovedsak gjennomført fysisk i skoletiden. Strengt smittevernstiltak i Oslo-regionen i store deler av datainnsamlingsperioden gjorde det likevel umulig å gjennomføre undersøkelsen fysisk på skolene, da skolene var nødt til å innføre digital hjemmeskole (Bakken, 2021). Undersøkelsene viste likevel til høye svarprosent fra andelen skoler som deltok i Oslo-regionen, så Oslo-regionen var like godt representert som de andre fylkene (Bakken, 2021). Det var små forskjeller i besvarelsene mellom fylkene og Ungdata beskriver i tillegg forskjellene i ungdomsproblemer mellom de enkelte kommunene som nokså små (Bakken, 2021).

Svarprosenten på Ungdata-undersøkelsen fra 2021 lå ca. fem prosent under normalen fra tidligere år og svarprosenten var god (75 %) (Bakken, 2021). Det kan likevel tenkes at de som ikke deltok skiller seg fra de som deltok, slik at resultatene kunne sett annerledes ut om de var med i undersøkelsen. Skolegang er i Norge obligatorisk på ungdomsskolen, så en kan anta at ungdom mellom 13 og 15 år er godt dekt i undersøkelsen. Det er verdt å nevne at gjennomføringen av undersøkelsen på videregående er mer krevende organisatorisk enn på ungdomsskolen på grunn av at noen elever er utplassert som lærlinger og eksamener. Frafall fra skolen øker med alderen, så i de eldste gruppene kan det være en høyere andel ungdom som ikke følger skolegangen og dermed ikke er representert i undersøkelsen. Flere slutter i tillegg i løpet av videregående og deltar derfor ikke (Bakken, 2021). Mangel på besvarelser fra disse gruppene kan føre til under- eller overrapportering. Ungdom som har falt ut av skolen kan tenkes å ha høyere rusmiddelbruk, mindre sosial støtte og mer psykiske plager enn annen ungdom. Men det har antakelig ikke stor innvirkning på sammenhengene mellom rusmiddelbruk og sosial støtte i min studie. Studier viser at de med lav SØS (Ekholm et al., 2010) eller diverse helseplager (Lundback et al., 1999) i mindre grad deltar i spørreundersøkelser. Man kan anta at de med depressive plager er mer hjemme og sjeldnere svarer på undersøkelser, og at denne gruppen har lavere SØS. I min studie justerte jeg imidlertid for SØS dersom det skulle ha en innvirkning på resultatene.

Jeg ekskluderte 4 % av deltakerne på grunn av ikke besvarte spørsmål om kjønn eller SØS. Jeg valgte å ikke fjerne deltakerne som hadde missing på enkelte relevante spørsmål slik at antallet totalt ikke skulle reduseres i ytterligere grad. Det var derfor noen forskjeller i totalt antall personer inkludert i hver enkelt analyse. Sammenhengen mellom sosial støtte og

rusmidler ble gjennomført både med og uten de som ikke hadde svart på spørsmål om depressive plager, og forskjellen mellom estimatene var ikke nevneverdige. Det er derfor rimelig å anta at en liten forskjell i antall i ulike analyser ikke skulle ha noe å si for resultatene.

### *6.5.3 Informasjon og informasjonsskjevhet*

Spørsmålene i spørreskjema er validert med tilfredsstillende resultater som gir et dekkende bilde av ungdommenes situasjon (Bakken, 2021; Frøyland, 2017). Datamaterialet ble «vasket» for useriøse og ekstreme besvarelser for å øke validiteten ved at en identifiserer respondenter som krysser av på en slik måte at det er sannsynlig at svarene ikke stemmer (Andersen & Dæhlen, 2017). Disse typene skjevheter vil med en stor sannsynlighet fordele seg jevnt mellom ungdommene og dermed ikke påvirke resultatene i stor grad. Likevel kan det være informasjonsskjevhet i slike data. En potensiell kilde til informasjonsskjevhet i denne studien er at svarene er selvrapportert. En utfordring ved selvrappotering kan være at spørsmålene kan oppfattes ulikt av forskjellige deltakere, og dette kan påvirke i hvilken grad spørsmålene reflekterer hva de faktisk tenker og deres opplevelser (Ringdal, 2013). En annen utfordring med selvrappotering er deltakernes nøyaktighet når de fyller ut skjemaet. Det var 14 % av elevene som syntes spørsmålene i spørreskjema var vanskelig å svare på (Bakken, 2021), og over halvparten (54 %) av elevene opplevde skjemaet som altfor langt. Dette kan ha påvirket studiens reliabilitet, og gir en indikasjon på at antall spørsmål bør minimeres (Bakken, 2021).

Ungdommene ble i undersøkelsen spurt om rusmiddelbruk de siste 12 månedene. Misforståelser, feilerindring og glemsel kan være faktorer som påvirker svarene og kan derfor gi en informasjonsskjevhet i studien (Ringdal, 2013). Videre kan spørsmål om sensitive tema, som rusmiddelbruk og depressive plager, være krevende å svare på og gi manglende eller justerte svar (Ringdal, 2013). Flere valgte å svare på spørsmål om rusmidler enn sosial støtte, og det kan indikere at spørsmålene om sosial støtte var mer sensitive. Spørsmålet om den generelle sosiale støtten handlet om det å ha noen å prate med dersom en trengte det, noe som for noen kan være ubehagelig å svare på sammenlignet med spørsmålet om hvor mange ganger man har drukket alkohol det siste året. En annen skjevhet kan være unge som kjenner på en skamfølelse eller ubehag av å svare på spørsmål som handler om rusmiddelbruk eller



depressive plager og dermed svarer uærlig på spørsmålene, i tillegg til frykten for at noen i klasserommet ville se deres svar (Ringdal, 2013).

#### *6.5.4 Målemetoder og kategorisering*

Jeg valgte å kategorisere alkohol og cannabis, de ulike kildene til sosial støtte og depressive plager, i to kategorier. Å slå sammen flere av svaralternativene var ønskelig for å forenkle analysene, i tillegg til at hver gruppe skulle ha tilstrekkelig med deltakere. Dette medførte igjen at nyansene i hver variabel ikke kom frem i denne studien. Et høyt alkoholforbruk vil ikke nødvendigvis si at en drikker alkohol 11 ganger eller mer i løpet av 12 måneder, og alle ungdommene som svarte «vet ikke» på spørsmålet om de hadde noen å prate med om de trengte det har ikke nødvendigvis lav sosial støtte generelt. Måleinstrumentet HSCL (Haugstvedt et al., 2021; Strandheim et al., 2009) og måleskjemaet jeg benyttet for sosial støtte (Barrera et al., 1993; Sarason et al., 1987) er validert og brukt i flere epidemiologiske studier. Det er imidlertid verdt å nevne at måleinstrumentet HSCL kun er en subjektiv vurdering av tilstanden til ungdommene. Det vil dermed si at det er subjektive erfaringer og personlige oppfatninger som måles. Tidligere epidemiologiske studier har imidlertid brukt samme måleinstrument for å måle tegn på depresjon og angst (Haugstvedt et al., 2021; Strandheim et al., 2009). Grenseverdiene jeg benyttet i min studie for rusmiddelbruk er også brukt i tidligere studier (Barrera et al., 1993; Fergusson & Boden, 2008; Strandheim et al., 2009).

Når man gjør statistiske analyser, vil det alltid være en risiko for tilfeldige feil. Ved type I feil vil resultatene vise at det finnes en sammenheng mellom avhengig og uavhengig variabel, mens det i virkeligheten ikke finnes en sammenheng. Type II feil oppstår dersom det er en sammenheng mellom variablene i virkeligheten, mens funnene i studien sier noe annet (Bain et al., 2017). Disse typene av tilfeldige feil minimeres ved et stort utvalg, noe som var tilfelle i denne studien, men det er viktig å være klar over at slik feil kan forekomme.

#### *6.5.5 Konfunderende variabler*

Ungdata-undersøkelsen omfatter et stort antall spørsmål som ga meg muligheten til å kontrollere for noen sentrale konfunderende variabler. Konfundere inkluderes for å finne den rette totale effekten av en variabel på en annen variabel. Jeg valgte i den logistiske regresjonsanalysen å kontrollere for fylke og SØS. Tidligere studier har funnet en

sammenheng mellom rusmiddelbruk og disse konfunderende variablene (Bucksch et al., 2017; Bye & Moan, 2020; Ezell et al., 2021; Pedersen, 2022), samt en sammenheng mellom sosial støtte og variablene fylke og SØS (Bi et al., 2021; Li et al., 2020). Det ble i min studie funnet lignende funn på disse sammenhengene som i studier med norske ungdommer (Andersen & Dæhlen, 2017; Stranden, 2019) og internasjonale studier (Amaro et al., 1989; Barrera et al., 1993; Coleman & Hagell, 2007). Det kan finnes andre mulige konfundere i sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte. Et eksempel kan være foreldrenes rusmiddelbruk da en kan tenke seg at det kan påvirke ungdommers eget rusmiddelbruk i tillegg til den sosiale støtten fra foreldre, men på grunn av manglende data har jeg ikke hatt mulighet til å inkludere dette eller andre mulige konfundere i min studie.

#### *6.5.6 Statistiske metoder*

Dersom jeg skulle sagt noe om den kausale sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte fra ulike kilder kunne jeg ikke benyttet meg av en tverrsnittstudie, men heller en longitudinell studie. I tidligere studier har de imidlertid funnet slike kausale sammenhenger som beskrevet i teori og diskusjon. Bruk av logistisk regresjonsanalyse i min studie kan dermed sies å være forsvarlig for å finne ut om det er en assosiasjon mellom rusmiddelbruk og sosial støtte.

## 7. Konklusjon

---

Mine funn viste at det var en sammenheng mellom rusmiddelbruk og sosial støtte, og at denne sammenhengen varierte mellom ulike kilder til sosial støtte og alder, kontrollert for fylke og SØS. Blant elevene i ungdomsskolen hadde høyt alkoholforbruk en sammenheng med lav sosial støtte generelt, og fra foreldre, venner og i skolen. Videre hadde det å ha brukt cannabis sammenheng med lavere sosial støtte, uavhengig av kilden til sosial støtte. Høyt alkoholforbruk blant videregåendelevne hadde i min studie en sammenheng med lav sosial støtte fra foreldre og i skolen, og høy sosial støtte generelt og fra venner. Blant videregåendelevne hadde bruk av cannabis sammenheng med lav sosial støtte generelt, fra foreldre og i skolen. Depressive plager forklarte en liten del av sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte fra foreldre og i skolen.

### 7.1 Implikasjoner for videre forskning

I min studie så den sosiale støtten fra foreldre og i skolen ut til å være beskyttende for høyt alkoholforbruk eller bruk av cannabis blant ungdommene. Å øke kunnskapen om hvilke elementer av og hvordan støtte fra foreldre og lærere forebygger rusmiddelbruk, samt hvordan dette kan brukes i det forbyggende arbeidet, er viktige implikasjoner for videre forskning innen rusfeltet. Vennekapsstøtte relaterte i min studie til et høyere forbruk blant den eldste gruppen. Mer kunnskap om hvordan en kan bygge sosiale arenaer som er rusfrie for eldre ungdom er derfor viktig. Hvorfor det sosiale presset og sosial påvirkning har en innvirkning på ungdoms alder for debut, hvilke rusmidler de bruker og hvor ofte rusmidlene benyttes bør det også forskes mer på. I min studie fant jeg ingen sammenheng mellom bruk av cannabis og vennkapsstøtte. Videre forskning kan se mer inn i hvordan ulike typer støtte henger sammen med rusmiddelbruk.

I min studie forklarte depressive plager noe av sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte fra foreldre og i skolen. For cannabisbruk blant videregåendelevne var det ingen sammenheng med sosial støtte fra venner før justering for depressive plager, men det var en positiv sammenheng etter justering for depressive plager. Ytterligere forskning som identifiserer hvilken rolle depressive plager kan ha for sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sosial støtte kan bidra til å identifisere de mest sårbare ungdommene slik at de får den hjelpen og veiledningen de trenger.

## 7.2 Implikasjoner for folkehelse

Min studie viser viktigheten av sosial støtte for forebygging av uheldig rusmiddelbruk i ungdomsperioden. Dette indikerer at det bør legges til rette for og arbeides mot at ungdom opplever sosial støtte, samt styrke sosiale relasjoner mellom ungdom og foreldre, venner og særlig i skolen. Det at ungdom opplever å ha en god relasjon til foreldre kan bidra til mindre rusmiddelbruk blant ungdom. Å bygge arenaer hvor ungdom kan være sosiale i trygge rammer og skape en kultur for sosiale aktiviteter som knytter ungdom sammen uten å bruke rus er en viktig del i det forebyggende arbeidet. I tillegg kan det å styrke den rollen lærere i skolen har for de som trenger det, og spesielt for de som ikke opplever sosial støtte hjemme, være viktig. Dette kan innebære å styrke lærernes evne og mulighet til å være til stede og være en trygg voksen. Denne studien viser at sosial støtte fra foreldre og skolen er viktig også for å forebygge rusmiddelbruk.

## Referanser

---

- Aamodt, G., Aavitsland, P., Bretthauer, M., Gulbrandsen, P. & Laake, P. (2005). Presentasjon av statistiske analyser i Tidsskriftet. *Tidsskriftet - den norske legeforening*, 2183-2187. <https://tidsskriftet.no/2005/08/oversiktsartikkel/presentasjon-av-statistiske-analyser-i-tidsskriftet>
- Adams, S. H., Brindis, C. D., Irwin, C. E., Jr., Mulye, T. P., Nelson, C. D. & Park, M. J. (2009). Trends in adolescent and young adult health in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 45(1), 8-24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.013>
- Agustsson, G., Allegrante, J. P., Asgeirsdottir, B. B., Halldorsdottir, T., Kristjansson, A. L., Oskarsdottir, S. Y., Sigfusdottir, I. D., Thorisdottir, I. E. & Valdimarsdottir, H. B. (2023). Effect of the COVID-19 pandemic on adolescent mental health and substance use up to March, 2022, in Iceland: a repeated, cross-sectional, population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 7(5), 347-357. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00022-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00022-6)
- Alterman, A. I., Lifrak, P. D., McKay, J. R., O'Brien, C. P. & Rostain, A. (1997). Relationship of perceived competencies, perceived social support, and gender to substance use in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 933-940. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00015>
- Amaro, H., Cabral, H. & Zuckerman, B. (1989). Drug use among adolescent mothers: Profile of risk. *Journal of Pediatrics*, 84(1), 144-151.

- Andersen, P. L. & Dæhlen, M. (2017). *Sosiale relasjoner i ungdomstida. Identifisering og beskrivelse av ungdom med svake relasjoner til foreldre, skole og venner* (NOVA Rapport 8/17). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5114/NOVA-Rapport-8-17-Sosiale-relasjoner-i-ungdomstida-web-versjon.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Antonsich, M. (2010). Searching for Belonging – an Analytical Framework. *Geography Compass*, 4(6), 644-659.  
<https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2009.00317.x>
- Bain, C., Page, A. & Webb, P. (2017). *Essential Epidemiology: An Introduction for Students and Health Professionals* (3. utg.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakken, A. (2019). *Ungdata 2019. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 9/19). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/2252>
- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 5/22). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.  
<https://hdl.handle.net/11250/2767874>
- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 5/22). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3011548>
- Bakken, A., Frøyland, L. R., & Sletten, M. A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* (NOVA Rapport 3/16). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5103>

- Bakken, A. & Sletten, M. A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse* (NOVA Notat 4/16). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.  
<https://utdanningsforskning.no/contentassets/95d85d2544d244cf99b762adf66dfef4/web-utgave-notat-4-16.pdf>
- Bang, L., Furu, K., Handal, M., Hartz, I., Odsbu, I. & Torgersen, L. (2022). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=&h=1>
- Barrera, M., Jr., Chassin, L. & Stice, E. (1993). Relation of parental support and control to adolescents' externalizing symptomatology and substance use: a longitudinal examination of curvilinear effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(6), 609-629.  
<https://doi.org/10.1007/BF00916446>
- Barstad, A. (2021, 7. mai). *Blir vi stadig mer ensomme?* SSB.  
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme>
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., Bitzer, E. M., Bollweg, T. M., Bond, E., Broder, J., Bruland, D., Carvalho, G. S., Domanska, O., Firnges, C., Jordan, S., Kessler, F., Lenz, A., Nunes, L., Orkan, O., Pelikan, J., Pinheiro, P., Sahrai, D., Schlupp, S., ... Wahl, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 361-386.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>
- Bi, S., Boer, M., Brooks, F. M., Delaruelle, K., Eriksson, C., Finkenauer, C., Maes, M., Stevens, G., Tesler, R. & van der Schuur, W. A. (2021). 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*, 50(7), 1384-1409.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-021-01441-z>

- Bilgrei, O. R., Bakken, A. & Pedersen, W. (2021). Når ungdom ruser seg. *Cappelen Damm Akademisk*, 255-274.  
<https://doi.org/10.23865/noasp.142.ch11>
- Bjertness, E., Selmer, R., Sogaard, A. J. & Thelle, D. (2004). The Oslo Health Study: The impact of self-selection in a large, population-based survey. *International Journal for Equity in Health*.  
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-3-3>
- Blå Kors. (2022, 5. oktober). *Ungdom og rus*. Blå Kors.  
<https://www.blakors.no/fagside/ungdom-og-rus/>
- Bramness, J. (2022, 15. juni). *Rusmiddellidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>
- Branstetter, S. A., Furman, W. & Low, S. (2011). The Influence of Parents and Friends on Adolescent Substance Use: A Multidimensional Approach. *National Library of Medicine*, 16(2), 150-160.  
<https://doi.org/10.3109/14659891.2010.519421>
- Braun-Lewensohn, O., Idan, O., Lindstrom, B. & Margalit, M. (2022). Salutogenesis and the Sense of Coherence During the Adolescent Years. *The Handbook of Salutogenesis*, 139-150.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_16)
- Brevik, J., Dalgard, O. & Ystgaard, M. (1995). *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Universitetsforlaget.
- Brown, P., Doherty, W., Lavee, Y., Needle, R. & Su, S. (1988). Familial, interpersonal, and intrapersonal correlates of drug use: a longitudinal comparison of adolescents in treatment, drug-using adolescents not in treatment, and non-drug-using adolescents. *International Journal of the Addictions*, 23(12), 1211-1240.  
<https://doi.org/10.3109/10826088809058854>



- Bucksch, J., De Clercq, B., Hamrik, Z. & Hobza, V. (2017). The Family Affluence Scale as an Indicator for Socioeconomic Status: Validation on Regional Income Differences in the Czech Republic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph14121540>
- Bufdir. (2015, 23.mars). *Relasjoner og nettverk*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.  
[https://www2.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/oppvekst/Familie\\_omsorg\\_og\\_relasjoner/Relasjoner\\_og\\_netverk/Relasjoner\\_til\\_foreldre/](https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Relasjoner_og_netverk/Relasjoner_til_foreldre/)
- Burrell, L. V., Puzo, Q., Mehlum, L. & Qin, P. (2017). Betydningen av sosiale forhold for mental helse og selvmordsatferd. *Suicidologi*, 22(3).  
<https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/5876/5019>
- Bye, E. K., Lund, I. O. & Sandøy, T. A. (2022, 6. april). *Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>
- Bye, E. K. & Moan, I. S. (2020, 21. desember). *Alkoholbruk blant ungdom*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-blant-ungdom/>
- Cleary, S. D. & Wills, T. A. (1996). How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 937-952.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.5.937>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.  
<https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/abstracts/pdf/amerpsycholpaper.pdf>

- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3901065>
- Coleman, J. & Hagell, A. (2007). *Adolescence, Risk and Resilience: Against the Odds*. West Sussex.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews of Psychology*, 52 (1), 141-166.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Dumont, M. & Provost, M. A. (1999). Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343–363.  
<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021637011732>
- Ekholm, O., Gundgaard, J., Hansen, E. H. & Rasmussen, N. K. (2010). The effect of health, socio-economic position, and mode of data collection on non-response in health interview surveys. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(7), 699-706.  
<https://doi.org/10.1177/1403494810382474>
- Ezell, J. M., Ompad, D. C. & Walters, S. (2021). How urban and rural built environments influence the health attitudes and behaviors of people who use drugs. *Health Place*, 69 (1).  
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102578>
- Farrell, A. D. & White, K. S. (1998). Peer influences and drug use among urban adolescents: Family structure and parent–adolescent relationship as protective factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 248–258.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.248>

Fergusson, D. M. & Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103(6), 969-976.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x>

Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (3.utg.). SAGE.

Folkehelseloven – fhl. (2012). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Forebygging.no. (2010, 03.mars). *Risikofaktorer*. Forebygging.no.

<https://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Risikofaktorer/>

Frøyland, L. R. (2017). *Ungdata - Lokale ungdomsundersøkelser. Dokumentasjon av variablene i spørreskjemaet*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Gendrop, S. C., Lindenberg, C. S. & Reiskin, H. K. (1993). Empirical evidence for the Social Stress Model of Substance Abuse. *Research in Nursing & Health*, 16(5), 351-362.

<https://doi.org/10.1002/nur.4770160506>

Haugstvedt, A., Potrebny, T., Sollesnes, R., Thuen, F., Wiium, N. & Wold, B. (2021). Trends in the utilization of youth primary healthcare services and psychological distress. *BMC Health Service Research*, 21(115).

<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06124-w>

Helsedirektoratet. (2018). *Lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv*. (Rapport IS-2784). Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/lokalt-rusmiddelforebyggende-arbeid-i-et-folkehelseperspektiv/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf/\\_attachment/inline/3511e97b-06df-4af6-91df-13ca9e9af3c5:fd22cefb2a070a8e7a411f6ce81f4538875c371e/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/lokalt-rusmiddelforebyggende-arbeid-i-et-folkehelseperspektiv/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf/_attachment/inline/3511e97b-06df-4af6-91df-13ca9e9af3c5:fd22cefb2a070a8e7a411f6ce81f4538875c371e/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf)

- Helsedirektoratet. (2021). *Sosial støtte og and nettverksressurser*. (Sektorrapport om folkehelse 2021). Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sosial-stotte-deltakelse-og-medvirkning/sosial-stotte-og-andre-nettverksressurser>
- Illeris, K., Katznelson, N., Nielsen, J. C., Simonsen, B. & Sørensen, N. U. (2009). *Ungdomsliv - mellom individualisering og standardisering*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Jason, L. A. & Rhodes, J. E. (1990). A social stress model of substance abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 395-401.  
<https://doi.org/10.2190/HH29-4Q1V-WK1D-DT4H>
- Jessor, R., Jessor, S. L. & Finney, J. (1973). A social psychology of marijuana use: longitudinal studies of high school and college youth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26(1), 1-15.  
<https://doi.org/10.1037/h0034214>
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Kunnskapsbasert praksis. (2016, 07.juni). *Tverrsnittstudie*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Larimer, M. E., Sarason, I. G., Trupin, E. W. & Turner, A. P. (2005). Identifying a negative mood subtype in incarcerated adolescents: relationship to substance use. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1442-1448.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.01.009>
- Layman, H. M., Thorisdottir, I. E., Halldorsdottir, T., Sigfusdottir, I. D., Allegrante, J. P. & Kristjansson, A. L. (2022). Substance Use Among Youth During the COVID-19 Pandemic: a Systematic Review. *Current Psychiatry Reports*, 24(6), 307-324.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01338-z>

- Li, J., Wang, J., Li, J. Y., Qian, S., Jia, R. X., Wang, Y. Q., Liang, J. H. & Xu, Y. (2020). How do socioeconomic status relate to social relationships among adolescents: a school-based study in East China. *Boston Medical Center Pediatrics*, 20(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12887-020-02175-w>
- Lundback, B., Lundqvist, A., Nystrom, L. & Ronmark, E. (1999). Non-responders to a postal questionnaire on respiratory symptoms and diseases. *European Journal of Epidemiology*, 15(3), 293-299.  
<https://doi.org/10.1023/a:1007582518922>
- Malterud, K. & Walseth, L. T. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(1), 65-66.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14716399>
- McGee, R., Moffitt, T., Poulton, R. & Williams, S. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95(4), 491-503.  
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9544912.x>
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og Omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- NOU 2019: 26. (2019). *Rusreform — fra straff til hjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376(9752), 1558-1565.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)

Osbourne, N. (2022, 15. september). *Does Depression Lead to Substance Abuse?* American Addiction Centers.

<https://americanaddictioncenters.org/blog/does-depression-lead-to-substance-abuse>

Patrick, M. E., Wightman, P., Schoeni, R. F. & Schulenberg, J. E. (2012). Socioeconomic status and substance use among young adults: a comparison across constructs and drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5), 772-782.

<https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.772>

Pedersen, W. (2022, 16.november). *Hvorfor øker bruken av cannabis?* Forebygging.no.

<https://www.forebygging.no/Kronikker/2022/hvorfor-oket-bruken-av-cannabis/>

Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the Intersection of Psychology, Philosophy and Politics. *American Journal of Community Psychology*, 65(1-2), 16-34.

<https://doi.org/10.1002/ajcp.12368>

Prop. 121 S (2018-2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>

Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold - samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Rusinfo. (u.å). *Hva er forskjellen på avkriminalisering og legalisering av narkotika?* Rusinfo.

[https://rusinfo.no/skole\\_og\\_fag/hva-er-forskjellen-pa-avkriminalisering-og-legalisering-av-narkotika/](https://rusinfo.no/skole_og_fag/hva-er-forskjellen-pa-avkriminalisering-og-legalisering-av-narkotika/)

Sandberg, S. & Skjælaaen, Ø. (2018). «Shoes on your hands»: Perceptions of alcohol among young adolescents in Norway. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(6), 449–456.

<https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1335690>

- Sandy, J. M., Shinar, O., Wills, T. A. & Yaeger, A. (1999). Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: Test of a bidimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 327-338.  
<https://doi.org/10.1037/0893-164X.13.4.327>
- Sandøy, T. (2018, 18.september). *Narkotikabruk blant ungdom*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-blant-ungdom/>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. & Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497-510.  
<https://doi.org/10.1177/0265407587044007>
- Shildrick, T. (2002). Young people, illicit drug use and the question of normalization. *Journal of Youth Studies*, 5(1), 35-48.  
<https://doi.org/10.1080/13676260120111751>
- Soest, T. & Wichstrøm, L. (2014). Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 403–415  
<https://doi.org/10.1007/s10802-013-9785-1>
- Stranden, A. L. (2019, 17. februar). Unge som har hatt atferdsvansker ruser seg mer. *Forskning.no*.  
<https://forskning.no/alkohol-og-narkotika-angst/unge-som-har-hatt-atferdsvansker-ruser-seg-mer/1293438>
- Strandheim, A., Holmen, T. L., Coombes, L. & Bentzen, N. (2009). Alcohol intoxication and mental health among adolescents - a population review of 8983 young people, 13-19 years in North-Trøndelag, Norway: the Young-HUNT Study. *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(18).  
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-18>

White, A. M. (2020). Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(2).  
<https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.01>





Norges miljø- og biovitenskapelige universitet  
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet  
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway

## Vedlegg 1: Utvalgte spørsmål fra Ungdata-undersøkelsen 2021

### Rusmiddelbruk

Hvor mange ganger har du gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)?	Ingen ganger	1 gang	2–5 ganger	6–10 ganger	11 ganger eller mer
Drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt hasj eller marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt andre narkotiske stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sosial støtte

Dersom du føler deg utafør eller trist og trenger en å snakke med, har du noen du kan prate med?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Vet ikke

Hvor godt passer det som står under for dine foreldre eller foresatte?	Passer svært godt	Passer ganske godt	Passer ganske dårlig	Passer svært dårlig
De pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De kjenner de fleste av vennene jeg er sammen med i fritida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De er svært interessert i livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg forsøker å holde mesteparten av fritida mi skjult for dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?
<input type="checkbox"/> Ja, helt sikkert
<input type="checkbox"/> Ja, det tror jeg
<input type="checkbox"/> Det tror jeg ikke
<input type="checkbox"/> Har ingen jeg ville kalle venner, nå for tida

Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen?	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Jeg trives på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne mine bryr seg om meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kjeder meg på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Psykisk helse

Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette:	Ikke plaget i det hele tatt	Lite plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Følt at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt håpløshet med tanke på framtida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg stiv eller ansent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymret deg for mye om ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kjønn

Er du gutt eller jente?
<input type="checkbox"/> Gutt
<input type="checkbox"/> Jente
<input type="checkbox"/> Annet

### Skoletrinn

Hvilket klassetrinn går du i?
<input type="checkbox"/> 8. trinn
<input type="checkbox"/> 9. trinn
<input type="checkbox"/> 10. trinn
<input type="checkbox"/> Videregående trinn 1
<input type="checkbox"/> Videregående trinn 2
<input type="checkbox"/> Videregående trinn 3

## Sosioøkonomisk status

Har dine foreldre/foresatte utdanning fra universitet eller høyskole?
<input type="checkbox"/> Nei, ingen av dem
<input type="checkbox"/> Ja, den ene
<input type="checkbox"/> Ja, begge

Hvor mange bøker tror du det er hjemme hos dere? NB! Én meter bøker tilsvarer omtrent 50 bøker
<input type="checkbox"/> Ingen bøker
<input type="checkbox"/> Mindre enn 20 bøker
<input type="checkbox"/> 20–100 bøker
<input type="checkbox"/> 100–500 bøker
<input type="checkbox"/> 500–1000 bøker
<input type="checkbox"/> Mer enn 1000 bøker

Har familien din bil?
<input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Ja, én
<input type="checkbox"/> Ja, to eller flere

Har du eget soverom?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nei

Hvor mange ganger har du reist et sted på ferie med familien din i løpet av det siste året?
<input type="checkbox"/> Ingen ganger
<input type="checkbox"/> Én gang
<input type="checkbox"/> To ganger
<input type="checkbox"/> Mer enn to ganger

Hvor mange datamaskiner eller nettbrett har familien din?
<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> En
<input type="checkbox"/> To
<input type="checkbox"/> Mer enn to