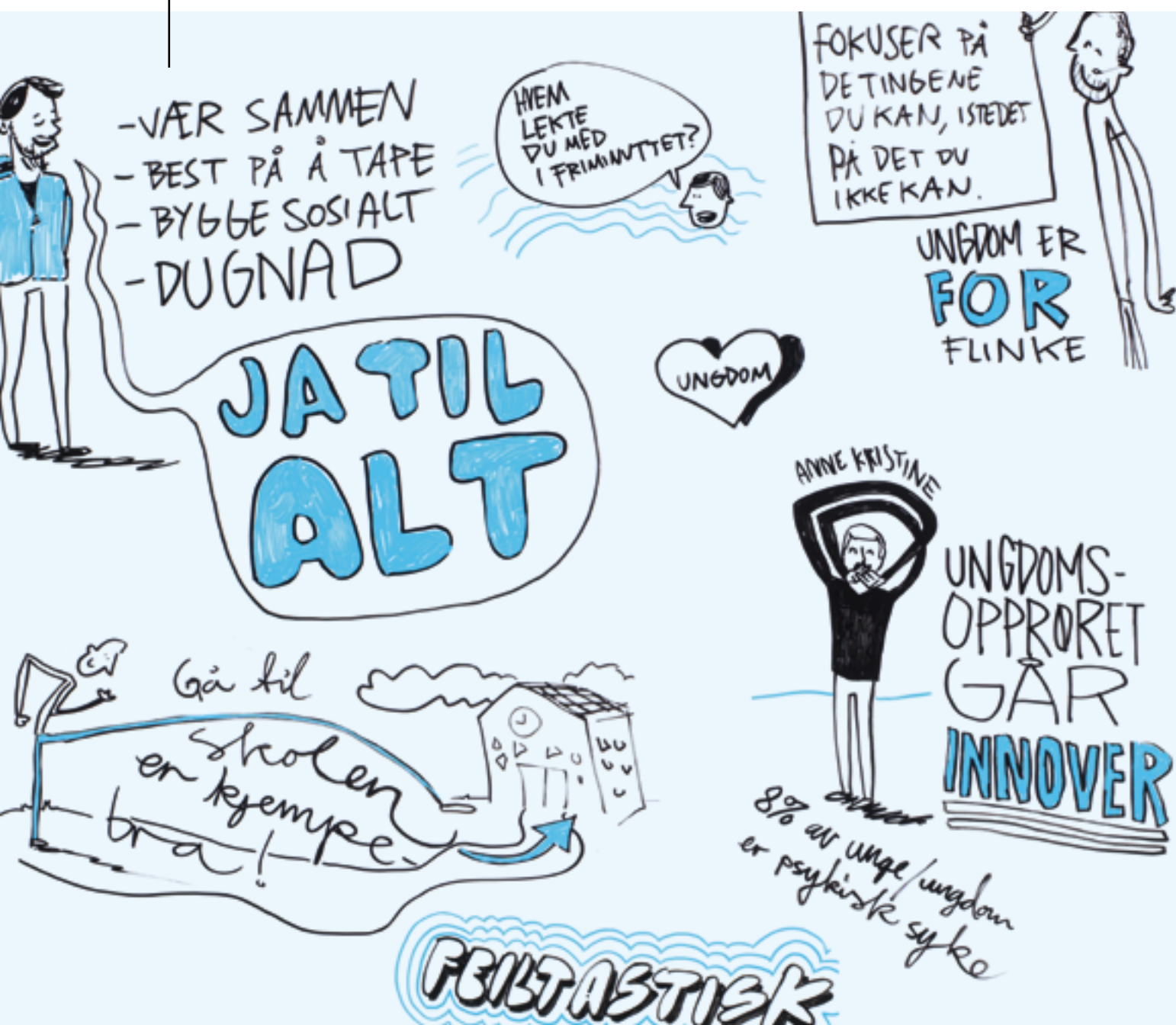




Ungdomshelse

– regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021



Innhold

Forord	4
Forord fra Unge funksjonshemmede	6
Innledning	7
Ungdom i dag	7
Sårbare ungdomsgrupper	7
Strategiens overordnede mål	9
Ungdoms oppvekstvilkår	10
Sosiale helseforskjeller og fattigdom	11
Gjennomføring av videregående opplæring og deltakelse i arbeidslivet	11
Livsmestring som tverrfaglig tema i skolen	13
Idrett og frivillighet	14
Friluftsliv	15
Mobbing	15
Stigma og fordommer	17
Vold og overgrep	17
Tiltak	19
Ungdoms livsstil og levevaner	20
Alkohol og narkotika	20
Tobakk	21
Fysisk aktivitet og kosthold	21
Seksuell helse	22
Tiltak	23
Fremme ungdoms psykiske helse i folkehelsearbeidet	24
Tiltak	26
Helsetjenesteutvikling	27
Utfordringer i tjenestene for ungdom med sammensatte behov	28
Lett tilgjengelige lavterskeltilbud	28
Tiltak	30
Ungdom som pårørende og etterlatte	31
Tiltak	33
Ungdommens helsetjeneste	34
Overgangen fra barn til ungdom til voksen i helse- og omsorgstjenesten	34
Ungdoms medvirkning i utforming av tjenestene	35
Tiltak	37
En digital generasjon	38
Samordning av digitale tjenester	39
Tiltak	39
Kunnskapsgrunnlaget for utvikling av tjenester til unge	40
Referanser	42

Ungdommen nå til dags

Vi snakker ofte om ressursforvaltning, vi politikere. Det er et langt og litt krøkkete ord som kanskje ikke får så mange hjerter til å banke hardt og heftig. Men det handler om noe veldig viktig.

Det handler om å ta vare på ressursene våre.

Når politikere snakker om ressursforvaltning, tenker nok mange på olje og gass. Eller vindkraft og vannkraft. Men den største ressursen vår finnes ikke under havbunnen. Ikke på fjelltoppene eller bølgetoppene heller. Den største ressursen vår finnes innenfor hjemmets fire vegger.

Det er den trøtte trettenåringen som okkuperer badet en time hver eneste morgen.

Det er den fåmælte femtenåringen som aldri setter tallerkenen inn i oppvaskmaskina etter middag.

Den største ressursen vi har er ungdommene våre.

De har ikke bare stål i ben og armer.

De har nye ideer i hodet.

De har viktige spørsmål på tunga.

De kan mye som vi voksne ikke kan.

De kan løpe raskere.

De kan hoppe høyere.

De kan sove lengre.

Det er ingen grunn til å sukke tungt og riste på hodet over ungdommen nå til dags.

De røyker og drikker mindre enn unge noen gang har gjort.

De trives bedre på skolen enn unge noen gang har gjort.

De trimmer mer og spiser sunnere enn unge noen gang har gjort.

Likevel ser vi at mange av dem strever.

Jentene bekymrer seg mest for ikke å mestre.

Noen så mye at de blir syke av det.

Mens det ofte er guttene som ikke mestrer.

Noen faller fra på skolen og får problemer med rus og kriminalitet.

Dette er ungdommer som ikke får brukt de nye ideene eller stilt de viktige spørsmålene.

Dette er ungdommer som ikke får hoppet så høyt eller løpt så fort som de egentlig kan.

Vi har en jobb å gjøre for disse unge menneskene.

Det er denne jobben ungdomshelsestrategien handler om.
Det overordnede målet er å hjelpe ungdom til å mestre egne utfordringer og leve gode liv. Sju departementer står bak strategien. Vi er mange som må gjøre en innsats sammen.

Arbeidet for å forebygge fysiske og psykiske plager hos ungdom starter lenge før hun eller han banker på helsesøsters dør fordi noe er så vondt at det ikke er til å holde ut.

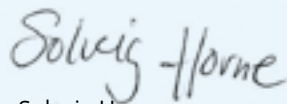
Arbeidet for å forebygge frafall i skolen starter lenge før tenåringen begynner å forsove seg til mattetimene med vilje fordi hun eller han ikke forstår noe som helst.

Vi skal gjøre mye på mange områder.
Men det aller viktigste er å sørge for at barn og unge blir sett og hørt.
Der de er.
Slik de er.

Det handler om å ta vare på den største ressursen vi har.
Ungdommen nå til dags.



Bent Høie
Helse- og omsorgsminister



Solveig Horne
Barne- og likestillingsminister



Torbjørn Røe Isaksen
Kunnskapsminister



Anniken Hauglie
Arbeids- og sosialminister



Anders Anundsen
Justis- og beredskapsminister



Linda Cathrine Hofstad Helleland
Kulturminister



Jan Tore Sanner
Kommunal- og moderniseringsminister

Forord fra Unge funksjonshemmede

Ungdomstiden er en brytningsfase; man skal flytte hjemmefra, fullføre utdanning, få jobb, og kanskje stifte familie. Samtidig er ikke sykdom eller funksjonsnedsettelse noe vi spesielt forbinder med ungdomstiden. For mange er ungdomstiden den friskeste i livet.

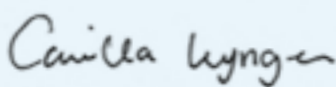
Det er likevel viktig å huske på at det ikke er slik for alle. Flere ungdommer og unge voksne lever med kroniske sykdommer, mentale helseutfordringer og funksjonsnedsettelse. I tillegg til å bli selvstendige med alt som hører voksenlivet til, må unge med en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom håndtere og mestre livet med en diagnose, og alt som følger med det. De har oftere kontakt med flere deler av helsevesenet enn andre på sin alder.

Når vi trenger hjelp, støtte og behandling har vi alle rett på gode og likeverdige helsetjenester. I 2012 ble det slått fast i en rapport bestilt av Helsedirektoratet at ungdom i Norge ofte møter et helsevesen som ikke er tilpasset behovene og livssituasjonen hos unge mennesker. Ungdom faller derfor ofte mellom to stoler: I det norske helsevesenet finnes det lite for deg som befinner deg på et sted mellom Ole Brumm og Allers.

God tilpasning for ungdoms behov sikrer likeverdige helsetjenester, og møtet med helsevesenet i ungdomsårene danner grunnlaget for senere bruk av helsetjenester. Derfor har Unge funksjonshemmede arbeidet for opprettelsen av en nasjonal ungdomshelsestrategi siden 2010.

For det er viktig at helsesøster er på kontoret når man trenger noen å snakke med, og som fanger opp problemer før de blir for voldsomme. Det er viktig at man kan klare å følge undervisningen når man er innlagt på sykehus, og at overgangen til voksenavdeling skjer på ungdommens premisser. Og det er viktig at legen snakker til den unge pasienten selv, og ikke til foreldrene. Unge må tas på alvor, få si sin mening, og påvirke pasientens helsetjeneste. På den måten kan vi sikre at unge møter et helsevesen som er tilpasset deres behov.

Strategien er lagt. Nå må den bli et faktisk verktøy for alle oss som jobber med likeverdige helsetjenester for ungdom og unge voksne. Strategien må oversettes fra ord til handling. Vi ser frem til fortsettelsen – arbeidet har bare så vidt begynt.



Camilla Lyngen
Styreleder

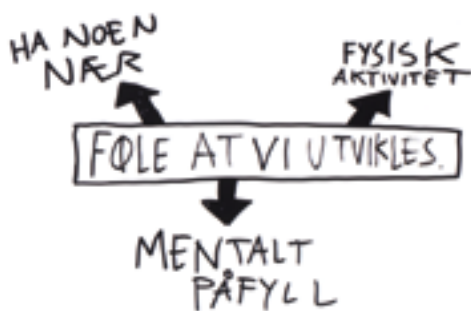


Synne Lerhol
Generalsekretær

Innledning

Ungdomstiden er en viktig periode i livet. Det er kanskje den perioden i livet det skjer flest fysiske, psykiske og sosiale endringer, og der det gjøres veivalg som kan få stor betydning for livet senere. Det er også en periode preget av økt selvstendighet og løsrivelse. Arenaer utenfor hjemmet som skole, fritidsarenaer, arbeid, venner og kjærester, får større betydning for utvikling av identitet, for psykisk og fysisk helse og for sosial tilhørighet. Perioden er grunnleggende for å skape sin egen identitet: Hvem er jeg, hva skal jeg mene og hva skal jeg bli? Endringene og omveltningene gjør at ungdomstiden kan oppleves som krevende for mange, selv om alt som skjer er helt normalt.

Målgruppen for ungdomshelsestrategien er de unge selv og de som jobber med barn og unge. Regjeringens ambisjon er at mangfoldet av norsk ungdom og unge voksne skal ha de beste forutsetninger for å leve gode liv og oppleve mestring fysisk, psykisk og sosialt. Strategien viser hvordan myndigheter, kommuner og tjenestene kan bidra til et å nå et slikt mål og hvordan de som har behov for det, skal få god tilgang til tilpassede helse- og omsorgstjenester.



Ungdom i dag

Dagens unge tilhører en veltilpasset og aktiv ungdomsgenerasjon. Ungdata-undersøkelsen viser at så mange som sju av ti er «svært fornøyd» med foreldrene sine, og at de aller fleste opplever dem som viktige støttespillere i hverdagen. Flertallet av de unge har nære venner de kan stole på, og mange er godt fornøyd med lokalmiljøet de vokser

opp i. Ungdom trives på skolen, den oppleves som et godt sted å være, og de færreste er involvert i konflikter med lærerne. Norske ungdommer har gjennomgående god fysisk og psykisk helse og kommer godt ut sammenliknet med denne aldersgruppen i andre europeiske land.

Men det er en stor jobb å være ung og bli voksen. Overgangen fra barn til ungdom til voksen skal mestres. Man skal tilpasse seg nye roller og ta ansvar for ting som tidligere har gått av seg selv. Noen av utfordringene i ungdomstiden er tidløse: kjærlighetssorg, ensomhet, følelsen av å stå utenfor og være annerledes, problemer i familien, usikkerhet knyttet til hvem man er og hvem man vil fremstå som. Andre utfordringer er i større grad knyttet til vår tid, som for eksempel egne og andres forventninger om at man skal bli enda bedre, enda flinkere på skolen, enda tynnere og enda lykkeligere. Sosiale medier bidrar ytterligere; for mange unge er det viktig med en populær profil og få mange «likes» på bilder og statusoppdateringer. Sosiale medier bidrar til å tydeliggjøre hvem som er populære og mindre populære. Mange har symptomer på angst og depresjon, uten at dette er i et omfang som har gitt sykdom. Derfor trenger vi mer åpenhet om stresset, presset og følelsen av ikke å strekke til over alt hvor unge ferdes. Derfor trenger vi en innsats for å skape mer helsefremmende oppvekstmiljøer, drive mer forebygging, mer tidlig innsats og etablere lett tilgjengelige lavterskeltilbud.

Sårbare ungdomsgrupper

De fleste ungdommer i Norge lever gode og trygge liv og har generelt god helse, men noen har helseutfordringer. Flere studier tyder på at forekomsten av psykiske plager blant ungdom har økt de siste årene. Psykiske lidelser kan ramme alle, men noen er mer utsatt enn andre. Særlig gjelder dette ungdom som tilhører minoritetsgrupper. Noen ungdommer tilhører flere minoritetsgrupper samtidig. Det kan i noen tilfeller være ekstra utfordrende. Å tilhøre en majoritet gir tilhørighet og



grunnlag for en trygg identitet. Forskning om samisk ungdom viser at det å leve i et område der majoriteten er samer eller i multikulturelle samfunn, er positivt for deres psykiske helse. For innvandrerungdom kan opplevd diskriminering og identitetskrise resultere i psykisk uhelse. Mens det å ha med seg en tokulturell kompetanse, det vil si både en norsk og sin andre etniske kulturkompetanse, er positivt for innvandrerungdoms psykiske helse.

For noen knytter de psykiske utfordringene seg til en oppvekst preget av rus i hjemmet, vold og omsorgssvikt og overgrep og mobbing i skolen. Andre faktorer som påvirker helsen er skilsmisser med høyt konfliktnivå, alvorlig psykisk sykdom hos nære pårørende og at nære omsorgspersoner dør.

I familier der foreldrene har lav utdanning eller lav inntekt, er det en høyere andel barn og unge som vurderer helsen sin som dårlig, sammenliknet med barn og unge som har foreldre med høy utdanning og høy inntekt.

«Det viktigste jeg kan si er dette: Del det med noen. Uansett hva det er».

Karsten i NRKs serie *Jeg mot meg*

De fleste psykiske lidelser debutterer i ung voksen alder. Ungdom med alvorlige, langvarige eller tilbakevendende psykiske helseutfordringer trenger ofte tett oppfølging og koordinerte tjenester for å mestre sine helseproblemer og for å lykkes i overgangen fra barn til voksen. Vi vet også at alvorlig psykisk sykdom er en betydelig risikofaktor for somatisk sykdom, og at personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser har vesentlig høyere forekomst av rusproblemer.

Noen ungdommer vokser opp med kronisk eller langvarig sykdom og/eller funksjonshemming. En undersøkelse fra forskningsinstituttet NOVA viser at personer med funksjonshemming langt oftere rammes av psykiske vansker, som for eksempel angst og depresjoner. Bevegelseshemming, svekket selvhjelpenhet og liknende funksjonsbegrensninger ledsages ofte av dårligere livskvalitet. Det er også en større andel som uttrykker at de er ensomme og har depressive plager blant de med funksjonshemming enn blant de funksjonsfriske.

Det finnes mange former for utviklingshemming. En del av dem som har en utviklingshemming kommuniserer godt og fungerer godt sosialt. Ungdom som er lettere psykisk utviklingshemmede inkluderer både dem som mottar og dem som ikke mottar et tjenestetilbud. Generelt er imidlertid personer med utviklingshemming mer sårbare enn andre. De er oftere avhengig av andres hjelp og støtte, og mange har psykiske vansker. Kunnskap tyder på at personer med utviklingshemming er mer utsatt for vold og overgrep enn den øvrige befolkningen. Personer med utviklingshemming er mindre utsatt for tilfeldig (blind) vold, men mer utsatt for generell vold, særlig seksuelle overgrep fra familie, omsorgspersoner, bekjente og ansatte i velferdstjenestene.

Den selvrapporterte helsetilstanden i LHBTI-befolkningen (lesbisk, homofil, bifil, trans eller atypiske kjønnskategorisering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk) har vist en positiv utvikling de siste fem årene, og flertallet opplever god helse. Levekårsundersøkelser viser likevel at LHBTI-ungdom er overrepresentert i statistikker som viser dårligere psykisk helse og bruk av rusmidler. Fagfolk setter dette i sammenheng med heteronormativitet (at

«I en RLE-time i niende klasse fikk vi en oppgave hvor jentene skulle beskrive drømmetypen og guttene skulle beskrive drømmedama. Jeg prøvde å hinte til læreren om hva vi andre skulle gjøre, vi som kanskje ikke likte damer på den måten. Da fikk jeg beskjed om å prøve å late som, for det er jo det som er normalt...»

Oskar

heterofili tas for gitt), fordommer, diskriminering og selvstigmatisering. En rekke studier viser at heterofili omtales som noe selvsagt i klasserom og i møte med helse- og omsorgstjenesten, mens det å ha ikke-heterofile identiteter innebærer et større eller mindre brudd på forventningene. Det at en stadig er nødt til å «komme ut av skapet» forteller at det eksisterer en forventning om heterofili. Ungdom og unge voksne som bryter med normene for kjønn og seksualitet, opplever fortsatt at de blir sett på som annerledes, og de møter fordommer og manglende kunnskap fra andre ungdommer og fra samfunnet. Det har vært en positiv holdningsendring til LHBTI-personer de siste 10–15 årene. Men innen enkelte miljøer er det fortsatt mange med negative holdninger eller som har manglende kunnskap om LHBTI.

Enslige mindreårige asylsøkere defineres som barn og ungdom under 18 år som søker asyl i Norge, uten å ha følge med foreldre eller andre som utøver foreldreansvar overfor dem. I 2015 kom 5297 enslige mindreårige asylsøkere til Norge. Mange av disse er ressurssterke og vil klare overgangen til et nytt land og en ny kultur på en god måte. Men mange kan ha opplevd truende situasjoner, mishandling og omsorgssvikt før eller under flukten. Dette gjør dem særlig utsatt for å utvikle psykiske helse-

utfordringer. Enkelte unge vil derfor ha behov for undersøkelse og oppfølging etter bosetting.

Regjeringen har sendt på høring et forslag til ny felles likestillings- og diskrimineringslov. Barne- og likestillingsdepartementet arbeider med å ferdigstille lovproposisjonen.

Strategiens overordnede mål

- Alle samfunnssektorer skal bidra til gode oppvekstvilkår, god psykisk og fysisk helse og reduserte sosiale helseforskjeller
- Det skal legges til rette for bedre tilgjengelighet til lavterskel helsetjenester, mer tverrfaglig samarbeid og gode pasientforløp i alle deler av helse- og omsorgstjenesten
- Ungdom og unge voksnes stemme skal høres i utformingen av tjenester som berører dem
- Det skal sikres tilgjengelige og samordnede digitale tjenester av god kvalitet
- Det skal legges til rette for bedre kunnskapsgrunnlag om helse, levekår og helsetjenestetilbud til ungdom og unge voksne





Ungdoms oppvekstvilkår

Å legge til rette for gode oppvekstvilkår er blant de viktigste oppgavene i et samfunn. Gode oppvekstvilkår er et mål i seg selv, samtidig som det legger grunnlaget for god helse gjennom livet. Professor James Heckman, som fikk nobelprisen i økonomi i 2000, har et tydelig budskap: Å investere i god utdanning, gode oppvekstvilkår og gode helse-tjenester til barn og unge er samfunnsøkonomisk svært lønnsomt.



DÅRLIG
SAMFUNNSØKONOMI

Samfunnsmessige, relasjonelle og miljømessige forhold som oppvekstmiljø, venner, foreldre, utdanning, økonomisk trygghet og sosial støtte har stor betydning for ungdoms helse i oppveksten og senere i livet. God helse skapes på alle arenaer

der ungdom og unge voksne er: skolen, i hjemmet, gjennom fritidsinteresser, gjennom gode sosiale relasjoner og gjennom et trygt arbeidsliv. Folkehelse er derfor et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder.

Sosiale helseforskjeller og fattigdom

Forskjeller i levekår og inntekt henger sammen med forskjeller i fysisk og psykisk helse. Foresattes økonomiske rammer er viktig for barn og ungdoms oppvekst. Når familier opplever dårlige levekår, svak økonomi eller begge deler, rammer dette også barn og unges oppvekst. En oppvekst i fattigdom i Norge innebærer som oftest lavere levestandard og færre muligheter til å delta i aktiviteter og sosiale fellesskap på lik linje med jevnaldrende. Fattigdom blant barnefamilier har økt i en periode hvor fattigdommen for øvrig har holdt seg relativt stabil. I perioden 2011–2013 var det 84 000 barn i familier med vedvarende lavinntekt. I perioden 2012–2014 var antallet steget til 92 000 barn i familier med vedvarende lavinntekt (Statistisk sentralbyrå).

Det er betydelige sosiale ulikheter i helse og levevaner i befolkningen, og barn og unge som vokser opp i fattige familier, har større risiko for å utvikle helseplager. Ulikhetene i helse representerer et tap for enkeltmennesker, familier og samfunnet. Sosiale ulikheter i helse gjelder for ungdom som for resten av befolkningen.

Regjeringen la våren 2015 frem *Barn som lever i fattigdom – regjeringens strategi mot barnefattigdom* (2015–2017). Strategien har 64 tiltak som skal forebygge barnefattigdom på lang sikt og dempe negative konsekvenser av fattigdom for barn og unge.

Mål

- Alle barn og unge skal ha like muligheter til god helse uavhengig av foreldre/foresattes økonomi, utdanning, etnisk og geografisk tilhørighet
- Negative konsekvenser av fattigdom for barn og ungdom skal dempes
- Forebygge at fattigdom går i arv
- Barn og unge skal delta på fellesskapsarenaene; i barnehagen, i skolen og på fritidsaktiviteter (jf. barnefattigdomsstrategien)

Gjennomføring av videregående opplæring og deltakelse i arbeidslivet

Forskning viser at det er sammenheng mellom helse, fullført utdanning og deltakelse i arbeidslivet. Yrkesdeltakelsen er lavere blant personer med svake grunnleggende ferdigheter, mangelfull utdanning og/eller helseproblemer, enn den er blant befolkningen totalt.

Fullført videregående opplæring er en viktig forutsetning for stabil tilknytning til arbeidslivet. Tre av ti elever fullfører ikke videregående skole innenfor de rettighetsfestede fem årene. I mer enn halvparten av tilfellene skyldes dette psykiske helseproblemer.

Data fra 2014 viser at 71 000, eller 7 prosent i aldersgruppen 15–29 år verken var i arbeid, under utdanning eller i opplæring. På de studieforberedende programmene gjennomfører i snitt 78 prosent av guttene og 87 prosent av jentene. På

«Skolen er en av samfunnets viktigste arenaer når det gjelder å forebygge og oppdage utfordringer ved ungdoms helse. Dette gjelder i stor grad forebygging av psykiske lidelser blant unge»

Elevorganisasjonen

yrkesfaglige studieprogrammer gjennomfører 56 prosent av guttene og 61 prosent av jentene. Det er det faglige utgangspunktet elevene har når de begynner på videregående opplæring som betyr mest for gjennomføring, men psykiske helseproblemer er i økende grad årsaken til at stadig flere unge faller ut av skolen, og blir stående helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Det er også geografiske forskjeller når det gjelder frafall i skolen. Blant annet rapporterer ungdom i Kautokeino og Karasjok høy grad av mobbing (grunnskole/10. klasse), stort frafall fra videregående skole og mer barnefattigdom (Folkehelseinstituttets folkehelseprofiler).

Perioder i ungdomsårene uten skolegang, arbeid eller andre former for sysselsetting, øker risikoen for lange og tilbakevendende perioder med arbeidsledighet eller varig ekskludering fra arbeidslivet senere i livet. Antallet unge som er registret med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten, øker. Ved utgangen av 2015 var 5 prosent, eller 42 000 personer i aldersgruppen 18–29 år registrert med nedsatt arbeidsevne.

Flesteparten av de unge som er registret med nedsatt arbeidsevne, mottar arbeidsavklaringspenger. Nær 70 prosent av de som mottar arbeidsavklaringspenger og som er under 30 år, har en psykisk lidelse. De siste 20 årene har det vært en betydelig økning i antall unge som mottar uføretrygd. Ved utgangen av 2015 var det om lag 13 000 uføretrygdde i aldersgruppen 18–29 år. De fleste unge uføre har en psykisk lidelse. Det er et stort tap både for den enkelte og for samfunnet hvis unge mennesker blir stående varig utenfor arbeidslivet.

Det er iverksatt flere former for tverrfaglig samarbeid mellom arbeids- og velferdsforvaltningen, skolen og helsetjenesten for å motvirke og redusere frafall i videregående opplæring. Fra 2015 er det etablert forsøk i hvert fylke ved minst én videregående skole der Nav-veiledere sammen med skolens rådgivningstjeneste, oppfølgingstjenesten, helse-tjenesten m.fl. følger opp elever som står i fare for å falle ut fra skolen.

Målgruppen for *Program for bedre gjennomføring* (2014–2017) er både elever som står i fare for ikke å gjennomføre videregående opplæring, og

ungdom mellom 15 og 21 år som står utenfor opplæring og arbeid. Programmet inneholder både nasjonale, regionale og lokale tiltak. Hensikten er å identifisere tiltak som enten kan bidra til å forebygge frafall eller å få ungdom tilbake til opplæringen slik at de kan fullføre og bestå. Det vil i 2016 bli satt i gang en omfattende forskningsinnsats på dette området.

Det femårige programmet 0–24 samarbeidet skal bidra til å styrke kommunene og fylkeskommunenes arbeid for utsatte barn og unge under 24 år. Med *utsatte* menes barn og unge med høy risiko for å utvikle problemer som kan lede til manglende kompetanseopptak i skolen og fremtidig marginalisering fra utdanning og arbeidsliv. Dette gjelder spesielt barn og unge utsatt for flere eller alvorlige risikofaktorer. Eksempler på risikofaktorer er levekårsutfordringer, psykososiale vansker, helseutfordringer, vanskelig hjemmesituasjon og språkutfordringer. Målet er at bedre tverrsektoriell samhandling, både nasjonalt og lokalt, skal bidra til at flere utsatte barn og unge gjennomfører videregående opplæring, og at utenforskap motvirkes. Det er Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet som har etablert 0–24 samarbeidet. Utdanningsdirektoratet koordinerer og leder arbeidet med programmet i direktoratene.

En ny tilskuddsordning til oppfølgings- og løsfunksjoner for ungdom ble etablert i 2014. Målgruppen er ungdom i alderen 14–23 år som står utenfor, eller står i fare for å havne utenfor, skole og arbeidsliv. Innsatsen skal særlig rettes mot ungdom der høyt skolefravær eller manglende skoletilknytning har sammenheng med utfordringer som for eksempel manglende støtte fra foreldre, manglende sosialt nettverk og helseproblemer. Målet er å styrke ungdommenes skoletilknytning, trivsel og mestring, og bidra til bedre skoleprestasjoner og øke gjennomføringen i videregående opplæring.

Jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne skal videreføres i 2016. Dette er en målrettet satsing for å få flere unge med helseutfordringer i jobb og færre på stønad. Jobbstrategien er viktig i arbeidet med å videreutvikle aktiviteter som stimu-

lerer arbeidsgivere til å ansette unge mennesker med helseutfordringer. Hovedmålgruppen er unge under 30 år som mottar arbeidsavklaringspenger, og som har behov for arbeidsrettet bistand for å komme i jobb.

Mål

- Flere elever og lærlinger skal gjennomføre videregående opplæring
- Tjenester fra ulike offentlige tjenesteleverandører skal være koordinert og tilpasset behovet til unge med sammensatte utfordringer
- Ungdom i alderen 20–29 år som har behov for arbeidsrettet bistand, skal prioriteres av Arbeids- og velferdsetaten

Livsmestring som tverrfaglig tema i skolen

Grunnoppøløringsens formålsparagraf sier at elevene skal utvikle kunnskap, ferdigheter og holdninger for å kunne mestre livene sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet. Sosialt fellesskap og støtte er viktig for den enkeltes trivsel, livsglede, mestring og følelse av egenverd. Livskvalitet og trivsel gjennom deltakelse i et faglig og sosialt fellesskap gir tilhørighet og reduserer risikoen for psykiske og sosiale problemer. Gode helsevalg er en del av å mestre livet, og kunnskap om fysisk og psykisk helse og konsekvenser av livsstil har stor betydning.

Meld. St. 28 (2015–2016) *Fag – Fordypning – Forståelse: en fornyelse av Kunnskapsløftet* omhandler innholdet i skolen. Folkehelse og livsmestring løftes frem som ett av tre prioriterte temaer som skal vektlegges i flere fag i skolen, i tillegg til demokrati og medborgerskap og bærekraftig utvikling. Dette vil være aktuelle temaer i lang tid framover, og vil kreve kunnskaper og ferdigheter fra flere fag. For å ivareta disse temaene i oppløringen, skal de komme tydelig frem som kompetansemål i relevante fag. De tverrfaglige temaene skal også omtales i den nye generelle delen av læreplanverket.

Temaet livsmestring har både et individuelt perspektiv og et samfunnsmessig og sosialt perspektiv. Fysisk og psykisk helse, privatøkonomi, selvrespekt, mellommenneskelige relasjoner og seksualitet kan være relevante temaer.

Det vil være naturlig for skolene å se oppløringen i livsmestring i sammenheng med utvikling av skolefellesskapet, elevenes psykososiale miljø og arbeidet mot mobbing. Det kan bidra til økt sammenheng mellom oppløringen i fagene og arbeidet med læringsmiljøet.

Mål

- Folkehelse og livsmestring blir et tverrfaglig tema i grunnoppøløringen. Dette skal bidra til å styrke elevenes kompetanse for å kunne mestre livene sine



Idrett og frivillighet

Fritidsarenaene bidrar til tilhørighet og fellesskap og utvikling av sosiale ferdigheter for ungdom og unge voksne uavhengig av funksjonsnivå. Frivillige organisasjoner innen kultur, idrett og kunst er blant de viktigste fritidsaktivitetene for ungdom. Ungdoms muligheter for deltakelse på ulike fritidsarenaer i lokalsamfunnet har stor betydning for oppvekst og levekår. Medlemstallene i de nasjonale barne- og ungdomsorganisasjonene har økt med over 50 000 siden 2005. Ett eksempel er Norges KFUK-KFUM som har vokst med 4782 medlemmer fra 2008 til 2013. Aktivitetene gir mulighet for at ungdom kan samhandle med støttende voksne, etablere vennskap med jevnaldrende, gjøre en innsats mot felles mål og oppleve mestring.



«Ved å ha en mentor som har brukt tid og krefter for å utvikle potensialet han så i meg, har jeg kunnet klatre opp til høyder jeg ikke visste fantes.

Jeg vet hvor heldig jeg er som har en person som vil gi meg ansvar, tillit, trygghet og anerkjennelse for alt jeg gjør i idretten. Alt dette handler om å bli sett og bli trodd på»

Sajandan, Årets ildsjel på Idrettsgallaen 2016

Til tross for at Norge er i toppen internasjonalt på deltakelse i frivillige organisasjoner, viser forskning, blant annet «Ung i Oslo», at deltakelse er avhengig av økonomi, familiesituasjon og sosial forankring. Sosial ulikhet i deltakelse understreker at det er behov for å tilrettelegge for at flest mulig skal kunne delta i frivilligheten.

Medlems- og aktivitetstallene innen idretten er også positive. Antall aktive medlemmer har økt med 12,6 prosent i perioden 2006–2014. Om lag 85 prosent av alle norske barn har vært medlem av et idrettslag i løpet av barneskolen. Den organiserte idretten er også den viktigste organiserte fritidsaktiviteten for ungdom. Det er imidlertid en nedgang i antall ungdommer som er aktive medlemmer (reduksjon på 3,7 prosent i perioden 2006–2014). Dette kan ha sammenheng med at prestasjonskravene øker med alderstrinnene, og at det over tid blir mer oppmerksomhet på konkurranse og mindre på å bare ha det gøy. Idretten tar frafallet fra organisert idrett blant ungdom alvorlig. Norges idrettsforbund (NIF) har et klart mål om å begrense frafallet i ungdomsidretten og styrke mulighetene for deltakelse i allsidig idrett (Idrettspolitisk dokument 2015–2019).

Sunn idrett

Prosjektet *Sunn idrett* (tidligere Sunn jente-idrett) er et samarbeidsprosjekt mellom fire særforbund og Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité. Visjonen er å bidra til å skape en sunnere idrett og holde de friske utøverne friske. Prosjektet omfatter både gutter og jenter.

Målet er å øke kunnskapen om kosthold og idrettsernæring, endre holdninger til spiseforstyrrelser i idretten og redusere forekomst av spiseforstyrrelser blant unge utøvere i langrenn, skiskyting, friidrett og orientering. Dette gjøres blant annet gjennom foredrag og seminarer i klubber, kretser, forbund og skoler. Sunn idrett betjener også bekymringschat, bekymringsmail og bekymringstelefon for spiseforstyrrelser.

Mål

- Alle barn og unge skal, uavhengig av foreldrenes økonomi, ha mulighet til å delta i minst en organisert fritidsaktivitet sammen med andre
- Begrense frafallet i ungdomsidretten og styrke mulighetene for deltakelse i allsidig idrett
- En sunn idrett for både jenter og gutter



Friluftsliv

Regjeringen fremmet i mars 2016 en ny stortingsmelding om friluftsliv (Meld. St. 18 (2015–2016) *Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet*). Regjeringen vil at barn og unge skal prioriteres i arbeidet med friluftsliv. Dette innebærer blant annet at barn og unge skal prioriteres i tilskuddsordningen til friluftsliv. Viktigheten av friluftsliv i skolen fremheves også. Færre barn og unge enn tidligere får erfaring med friluftsliv gjennom familien, og da blir friluftsliv i skolen og i regi av organisasjonene enda viktigere enn før.

De senere årene har det oppstått flere nye ferdselsformer innenfor friluftsliv. Mange av disse aktivitetene er populære blant ungdom. Regjeringen uttaler i stortingsmeldingen at den vurderer å endre friluftsloven for å legge til rette for nye friluftaktiviteter, slik at det blir en generell adgang til ikke-motorisert ferdsel i utmark. Det vil dermed ikke oppstå spørsmål om for eksempel kiting, klatring, bruk av rulleski eller paragliding er omfattet av ferdselsretten. En slik endring vil også innebære at adgangen til å sykle i utmark vil bli vesentlig utvidet. Regjeringen foreslår også å fjerne restriksjoner på blant annet sykling i en del verneområder, ikke minst i nasjonalparkene, slik at det blir lov å sykle på veier, stier og kjørespor. Terrengsykling er en aktivitet som er blitt svært populær og som har høy oppslutning, ikke minst blant ungdom.

Mål

- Ungdom skal få erfaring og kunnskap om friluftsliv, og mulighet til å utøve den formen for friluftsliv de ønsker

Mobbing

Det er viktig å styrke barn og unges livsutfoldelse, trivsel og mestring. Et godt psykososialt oppvekstmiljø er helsefremmende og kan forebygge mobbing. Mer enn 30 000 barn og unge blir mobbet 2–3 ganger i måneden eller oftere. Unge med nedsatt funksjonsnivå eller med kronisk sykdom er blant grupper som kan være særlig utsatt for mobbing.

Mobbing kan føre til alvorlige psykiske helseutfordringer. Mobbing påvirker trivsel og konsentrasjon og kan gjøre det vanskelig å følge med i undervisningen. Barn som mobbes risikerer å ikke lære det de trenger for å komme videre med utdanning og inn i arbeidslivet. Mobbing er dermed også et økonomisk tap for samfunnet. Det har til nå vært vanskelig å finne veiledning for ungdom om hvilke rettigheter de som utsettes for mobbing har, og hvilket ansvar barnehagen, skolen og kommunen har.

Når voksne vet hva de skal gjøre og hvem de kan ta kontakt med, bidrar det til tidlig innsats. Det gjelder også helsepersonell ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Også andre ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge arbeider med helsefremmende arbeid, behandling og oppfølging av barn som er utsatt for mobbing. Psykologer spiller flere steder en viktig rolle for skolene lokalt. Elevundersøkelsen som er obligatorisk for skolene å gjennomføre på 5., 7. og 10. trinn og 1. trinn på videregående skole, måler blant annet mobbing og trivsel på skolen. Folkehelseinstituttets folkehelseprofiler inkluderer data om mobbing fra elevundersøkelsen for elever på 10. trinn. Dette er et nyttig verktøy for at kommunene skal kunne inkludere arbeid med mobbing i folkehelsearbeidet. Profilene bidrar til at kommunene kan følge utviklingen over tid, og dermed arbeide mer systematisk med å forhindre mobbing.

Mobberne, de som mobber andre som barn, har ofte et høyere nivå av psykiske helseplager senere i livet. Å drive mobbing i oppveksten øker risikoen for kriminalitet og depresjon senere i livet, og dermed manglende livsmestring.

Digital mobbing har fått økt oppmerksomhet. Det er stor overlapping mellom å være involvert i digital mobbing og tradisjonell mobbing. Mye tyder på at de som utsettes for tradisjonell mobbing, har økt sannsynlighet for selv å mobbe andre digitalt. Det gjelder særlig jenter. Det ser ut til å være sterk sammenheng mellom å mobbe andre digitalt og det å bli utsatt for digital mobbing. Barn og unge som mobber andre digitalt, er mer sårbare både psykisk og sosialt enn andre barn, også de som blir utsatt for tradisjonell mobbing.

Mål

- Alle elever skal ha en trygg skolehverdag. Også barnehagene skal inngå i det videre arbeidet med å forebygge og håndtere mobbing
- Det forebyggende arbeidet skal intensiveres, og ansvaret som kommuner og fylker har, skal tydeliggjøres

Nytt Partnerskap mot mobbing

Nytt Partnerskap mot mobbing for 2016–2021 ble signert av regjeringen og 12 organisasjoner i skole og barnehage i januar 2016. Hensikten er å arbeide sammen mot mobbing og for et godt læringsmiljø. Organisasjonene forplikter seg både til felles tiltak og tiltak i den enkelte organisasjon. Partnerne skal blant annet bidra til å utvikle kompetanse om virkemidler for å forebygge, avdekke og bekjempe mobbing og krenkelser, spre informasjon og bygge lokale nettverk.

Partnerne i det nye partnerskapet er Sametinget, Utdanningsforbundet, Foreldreutvalget for grunnopplæringen, Foreldreutvalget for barnehagen, Fagforbundet, KS, Skolenes landsforbund, Skolelederforbundet, Elevorganisasjonen, Norsk Lektorlag, Private Barnehagers Landsforbund og Kristne Friskolers Forbund på vegne av friskoleorganisasjonene. Fra Regjeringen deltar Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet med underliggende etater Utdanningsdirektoratet, Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Stigma og fordommer

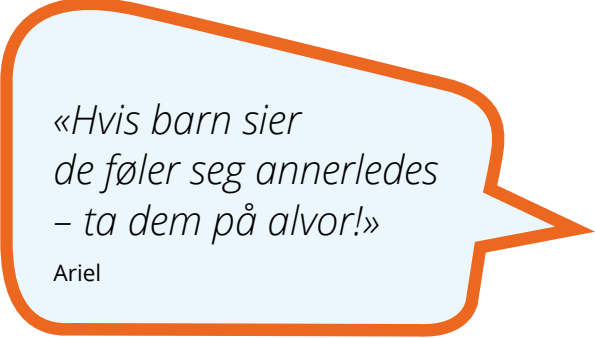
Til tross for økt åpenhet og mer kunnskap er det fortsatt fordommer og stereotyper knyttet til for eksempel funksjonshemninger, kroniske sykdommer, psykiske helseutfordringer og rusavhengighet. Det er også tabubelagt å være utsatt for mobbing, seksuelle overgrep og vold.



@tonewtroen
Spør heller hvem datteren din lekte med på skolen enn hvordan det gikk på prøven. Relasjoner kan være viktigere enn fag i livet!

Mangel på kompetanse og stigma knyttet til problematisk rusmiddelbruk eller avhengighet av rusmidler kan påvirke muligheten til å oppdage rusproblemer på et tidlig tidspunkt. Dette kan påvirke kvaliteten og nytten av behandlingen og vanskeliggjøre en rehabiliteringsprosess.

Også fordommer knyttet til seksualitet, legning og kjønnsuttrykk er fortsatt vanlig, både i samfunnet generelt og blant ungdom spesielt. Skeiv ungdom skriver i et innspill til strategien at «homo» og «hore» er de mest brukte skjellsordene i norske skoler. En tredel av guttene og 12 prosent av jentene oppgir at de har brukt homonegative skjellsord om jevnaldrende (studie ved Psykologisk institutt, NTNU). Det er lav toleranse for å gå på tvers av etablerte kjønnsnormer og -uttrykk, og unge som bryter med etablerte normer for kjønn og seksualitet, er særlig utsatt for trakassering.



*«Hvis barn sier
de føler seg annerledes
– ta dem på alvor!»*

Ariel

Heteronormativt språkbruk (anta at alle mennesker er heterofile) blant helsepersonell og i skolen handler ofte om manglende kompetanse og bevissthet om identitet, seksualitet og kjønnsuttrykk. Det er viktig å styrke kunnskapen og bevisstheten om dette området hos helsepersonell og lærere slik at elever på skolen og unge i møte med helse-tjenesten opplever at de kan være den de er.

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt fram et lovforslag om endring av juridisk kjønn (Prop. 74 L (2015–2016)). Lovforslaget ble behandlet i Stortinget i mai 2016. Den nye loven skal gjøre det enklere og mindre inngripende å endre juridisk kjønn. Retten til å endre juridisk kjønn skal baseres på egen opplevelse av kjønnsidentitet. Personer som har fylt 16 år, skal selv kunne søke om endret juridisk kjønn. Personer mellom 6 og 16 år kan etter forslaget,

søke om endring av juridisk kjønn sammen med den eller de som har foreldreansvaret. Dersom barnet har to med felles foreldreansvar og en av disse ikke ønsker å søke om endring, foreslår departementet at det juridiske kjønn kan endres dersom dette er til barnets beste.

Mål

- tilstrebe et språk på skolen og i helsetjenesten som utvider rammene for kjønn og seksualitet og er inkluderende for LHBTI-ungdom
- sikre kunnskap om mangfold blant personer som jobber med barn og unge

Vold og overgrep

Vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Hvert femte barn under 18 år har blitt utsatt for alvorlig vold fra foreldrene sine (slag med knyttneve, spark, «banke opp» eller fysisk angrep på andre måter). Om lag én av ti ungdommer har opplevd å bli utsatt for psykisk vold fra foreldrene sine. I en undersøkelse blant 16- og 17-åringer oppga omtrent én av fem at de hadde blitt utsatt for alvorlig fysisk vold fra andre enn foresatte, blant annet av andre ungdommer (Myhre mfl. 2015).

15 prosent av alle unge har blitt utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år. Når unge utsettes for voldtekt før fylte 18 år, er overgriper som oftest venner, kjærester, andre unge bekjente eller naboer og andre kjente voksne. Mellom 20 og 30 prosent av seksuelle overgrep rettet mot barn og unge utføres av andre barn og unge. Rundt halvparten av voksne overgripere forteller at de begikk sitt første overgrep som barn eller tenåring. I de fleste tilfeller som er rapportert, er overgriperen en gutt. Om man utsettes for seksuelle overgrep i ung alder, øker risikoen for selv å begå overgrep i voksen alder. Mange overgripere har selv vært utsatt for traumer og/eller overgrep. Tidlig og god oppfølging av ofre for seksuelle overgrep kan forebygge at disse senere selv begår overgrep (Thoresen og Hjemdal 2014).

Det er viktig at barn og ungdom som har en seksuelt grenseoverskridende atferd får hjelp tidlig. Å tilby behandling til barn og ungdom som begår seksuelle overgrep, har ofte blitt forstått ut fra et preventivt hensyn, altså at man skal endre atferd for på den måten å forhindre nye overgrep. Det er imidlertid viktig å tilby behandling til denne gruppen fordi de er barn og ungdom som har rett til å få hjelp til å endre vanskelig atferd. Personer som er redd for å begå, eller har begått overgrep, kan bli henvist til et distriktpsikiatrisk senter (DPS) eller barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for behandling og oppfølging.

I regjeringens tiltaksplan *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom* (2014–2017) er et av tiltakene å gjennomgå behandlingstilbudet til voldsutsatte og unge overgripere.

Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) skal lage en oversikt og vurdere behandlingstilbudet til barn og ungdom som er utsatt for vold og seksuelle overgrep, og for unge voldsutøvere og overgripere. Kartleggingen skal etter planen være ferdig i løpet av 2016 og vil bli omtalt i regjeringens nye opptrappingsplan mot vold og overgrep. Det tas sikte på en fremlegging av opptrappingsplanen høsten 2016.

Vi har begrenset kunnskap om omfanget av vold i nære relasjoner i innvandrerfamilier. Det er vanskelig å få forskningsbasert kunnskap om dette, fordi personer med innvandrerbakgrunn er underrepresentert i undersøkelsene som er gjort. Nordiske studier indikerer at barn med innvandrerbakgrunn er noe mer utsatt for vold i hjemmet sammenliknet med andre barn. Resultatene bør tolkes med varsomhet. Rapportering fra krisesentertilbudene i 2014 viser at beboere med innvandrerbakgrunn er overrepresentert. I 2014 var andelen 62 prosent og den har vært høy over tid. Manglende nettverk i Norge kan bidra til at flere voldsutsatte med innvandrerbakgrunn oppsøker krisesentertilbudet sammenliknet med voldsutsatte uten innvandrerbakgrunn.

Det er et økende antall henvendelser til de særskilte tilbudene for unge voksne som er utsatt for tvangsekteskap. Ungdom som søker hjelp, omfatter både nyankomne innvandrere med fluktbakgrunn og ungdommer som er født og

oppvokst i Norge. Erfaringene fra forebyggende arbeid viser at ungdom som er utsatt for tvangsekteskap eller trusler om dette, ofte er utsatt for ulike former for psykisk og fysisk vold i nære relasjoner. Regjeringen vil utarbeide en ny handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og sosial kontroll i løpet av 2016.

Det rapporteres om svært få tilfeller av kjønnslemlestelse utført på jenter etter at de har flyttet til Norge. Imidlertid har en stor gruppe jenter og kvinner blitt kjønnslemlestet før de kom til Norge. Disse har i varierende grad behov for helsehjelp, og de er målgruppe for forebyggende tiltak. Nye tilfeller av kjønnslemlestelse skal forhindres med gode tjenester og målrettet informasjon om lovforbud. Det vil også i årene fremover komme kvinner og jenter til Norge som har blitt kjønnslemlestet. Helse- og omsorgstjenesten, politiet, barnevernet og andre tjenester må ha kompetanse til å bistå dem. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) har en tilskuddsordning for frivillige organisasjoners holdningsskapende og forebyggende arbeid mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet. Dette er ett av mange tiltak mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og sosial kontroll.

Mål

- Norge skal være et foregangsland der alle samfunnssektorer bidrar til gode oppvekstvilkår for barn, med et systematisk arbeid for å forebygge og hindre at barn og ungdom utsettes for vold og overgrep, herunder kjønnslemlestelse, tvangsekteskap og menneskehandel
- Barn og ungdom som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, skal sikres tidlig og riktig hjelp
- Vold og overgrep mot unge skal håndteres av politi og påtalemyndighet med samme alvor og effektivitet som all annen alvorlig integritets- krenkende kriminalitet
- Barn og unge med atferd som gjentakende skrider over andres grenser, skal fanges opp tidlig og gis særlig oppfølging og tilbakemelding for å forebygge at det etableres en skadelig seksuell praksis og risiko for fremtidige overgrep

Tiltak

- Regjeringen foreslår i Meld. St. 16 (2015–2016) *Fra utenforskap til ny sjanse*, å senke aldersgrensen fra 26 til 22 år for å få tilgang til opplæring på inntil tre år for personer med nedsatt arbeidsevne
- Fra 1.1. 2016 er forskrift for arbeidsmarkeds-tiltak endret for å styrke den arbeidsrettede bistanden fra arbeids- og velferdsforvaltningen, blant annet for å øke bruken av ordinært arbeidsliv som tiltaks- og rekrutteringsarena
- Arbeids- og velferdsetaten kan fra 1.1. 2016 tilby en ny tilretteleggings- og oppfølgings-avtale til unge med nedsatt arbeidsevne under 30 år, som har behov for arbeidsrettet bistand for å komme i ordinært arbeid. Avtalen skal gi større trygghet og forutsigbarhet for arbeidssøker og arbeidsgiver
- Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for samarbeid for å oppnå mer samtidighet i virkemiddelbruken for personer med helseproblemer som har behov for arbeidsrettet bistand. Barrierer som hindrer effektivt samarbeid og læring mellom de to sektorene må identifiseres og departementene vil stimulere til bruk av samarbeidsavtaler. Dette vil også komme unge til gode
- Endre friluftslovens ferdselsbestemmelser for utmark, slik at det åpnes for nye ikke-motoriserte ferdselsformer i friluftslivet
- Som en oppfølging av tiltaksplanen *En god barndom varer livet ut*, skal det utarbeides en kunnskapsstatus mot digital mobbing og uønskede hendelser på nett. Hensikten er å få oppdatert kunnskap om utviklingen, og om effektive tiltak for å bekjempe mobbing på sosiale medier
- Regjeringen vil lage en ny nettportal med informasjon om mobbing hvor barn, unge og foreldre kan finne praktisk informasjon om sine rettigheter og hvor de kan få hjelp. Portalen vil publiseres til skolestart 2016
- Regjeringen vil lansere en strategi mot hatefulle ytringer høsten 2016
- Regjeringen vil legge frem en handlingsplan mot diskriminering og for rettigheter på bakgrunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2016–2019)
- Regjeringen tar sikte på å legge frem en ny opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og ungdom høsten 2016. Planen skal sikre tverrfaglig bredde i tiltakene og god samordning
- Regjeringen vil legge frem en ny handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og sosial kontroll i løpet av 2016



Ungdoms livsstil og levevaner

Livsstil og levevaner henger tett sammen oppvekstvilkår og psykisk helse. Gode levevaner forutsetter at foreldre og unge som trenger det, får god oppfølging og veiledning og hjelp til å bryte ut av dårlige vaner. Regjeringen vil styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skape et samfunn som fremmer god helse.

Alkohol og narkotika

Bruk av alkohol blant norsk ungdom, sammenliknet med ungdom i andre land, viser at norske 15–16-åringer befinner seg i det nedre sjiktet. Selv

om Norge har et lavt alkoholforbruk sammenliknet med andre land, har vi et drikkemønster som er kjennetegnet av at det drikkes relativt mye når det drikkes. Dette anses som det mest risikofylte drikkemønsteret.

Forskning har vist at det er klare forskjeller i rusmiddelbruk mellom ungdommer med innvandrerbakgrunn og etnisk norske ungdommer. Denne forskjellen er tydeligst når det gjelder alkohol. Det er vanligere for etnisk norsk ungdom å drikke seg beruset enn det er for ungdommer fra de fleste andre verdensdeler.

Tall fra Ungdata og ESPAD (Europeisk skoleundersøkelse om bruk av rusmidler) viser at norske ungdommer har et lavt forbruk av narkotika sammenliknet med andre land. Siden tusenårsskiftet er det registrert en jevn nedgang. Stoffer som kokain, ecstasy og heroin har bare marginal utbredelse.

Ungdataundersøkelsene viser at ungdom som begynner å drikke tidlig, i mange tilfeller også har et atferdsmønster som er kjennetegnet av



ulike typer antisosial atferd og bruk av tyngre rusmidler. Det er avgjørende å identifisere og avhjelpe disse problemene før de utvikler seg til større rusproblematikk. Dessverre blir barn og unge med rusproblemer ofte fanget opp for sent, både av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Det er behov for å utvikle bedre metoder for å avdekke barn og unge med rusproblemer og styrke kunnskapen og kompetansen om rusproblematikk blant dem som jobber i tjenesten.

Mål

- Kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk skal økes i alle sektorer
- Øke kompetansen og bruk av faste rutiner knyttet til avdekking og kartlegging av rusproblemer i kommunene og i somatiske sykehusavdelinger

Tobakk

Siden 1973 er andelen ungdom som røyker redusert med nesten 40 prosent. I dag røyker kun 4 prosent av ungdom i aldersgruppen 16–24 år daglig. I Norge har vi hatt et langsiktig tobakksforebyggende arbeid mot røykestart ved bruk av hardtslående massemediekampanjer, høye avgifter, skoleprogrammer og lovreguleringer som røykfrie serveringssteder og tobakksfrie skoler. Mye tyder på at unges holdninger til røyking har endret seg i takt med denne samfunnsutviklingen.

Bruk av snus har imidlertid økt betydelig de siste 10–15 årene. Én av fire unge menn snuser daglig og én av åtte unge kvinner. Også snusbruk kan medføre alvorlige helseskader. At så mange unge kvinner har begynt å snuse, er særlig bekymringsfullt. Ny kunnskap viser at snusbruk i svangerskapet kan medføre like alvorlige helseskader for fosteret som røyking.

Til tross for en aldersgrense på 18 år får fortsatt nær halvparten av unge som bruker tobakk, kjøpt denne selv. Regjeringen ønsker å erstatte dagens bevilgingsordning for tobakksalg med en enklere og

mindre byråkratisk registrerings- og tilsynsordning, både for utsalgsstedene og kommunene. Forslag til ny ordning vil sendes på høring sommeren 2016.

Mål

- En tobakksfri ungdomsgenerasjon, og på sikt et tobakksfritt samfunn
- Ingen utsettes for passiv røyking
- Tobakksprodukter skal ikke selges til personer under 18 år



Fysisk aktivitet og kosthold

Til tross for at ungdom generelt har god fysisk helse, er det noen utfordringer når det gjelder fysisk aktivitet og kosthold. Det fysiske aktivitetsnivået i ungdomsbefolkningen er lavt, det er sosialt skjevt fordelt og viser en negativ utvikling. Det er aktiviteten i hverdagslivet som er sterkt redusert. Vi ser et dramatisk fall i aktivitetsnivået fra 9-årsalder til 15-årsalder, og det synker ytterligere fram mot 20-årsalder. I denne perioden ser vi også at mange faller ut av organisert idrettsaktivitet. En stor andel av disse, særlig jenter, foretrekker treningssentre som alternativ til idrettslagene for trening på fritiden. Stillesitting og tid i ro øker i alle aldersgrupper – også blant ungdom. For eksempel tilbringer 15-årige gutter 70 prosent av våken tid i ro, blant annet foran PC med spill og sosiale medier.

Fysisk aktivitet er en kilde til helse og livskvalitet og er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge. Betydningen av fysisk aktivitet for psykisk helse blir stadig bedre dokumentert. Det finnes studier som viser at fysisk aktivitet er viktig

for å forebygge depresjon, men dette er så langt best dokumentert i et behandlingsperspektiv. Forskning peker også på at fysisk aktivitet, god motorikk og fysisk form kan være viktig for elevenes kognitive funksjon og læring i skolen.

Regjeringen vil legge til rette for at skolene sikrer daglig fysisk aktivitet for elevene. Skolen favner alle barn og unge og kan derfor gi alle elever gjennom tilpasset opplæring muligheter til fysisk aktivitet og bevegelsesglede, og dermed grunnlag for helse og læring. Fra skoleåret 2016/2017 gjennomføres et forsøk i et utvalg ungdomskoler der elevene får om lag fire timer fysisk aktivitet og kroppsøving i uken. Forsøket er innrettet slik at man kan studere virkningene på elevenes fysiske og psykiske helse på læringsmiljø og læring. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet skal utvikle modeller for fysisk aktivitet og systematisere og formidle gode eksempler på hvordan skolene best kan arbeide for å sikre daglig fysisk aktivitet for elevene, innen dagens regelverk.

Unge har jevnt over et bra kosthold, men det er sosiale forskjeller. Barn og unge fra hjem med lav sosioøkonomisk status oppgir at de spiser mindre frukt og grønnsaker og har høyere forbruk av godteri og sukkerholdig drikke enn barn og unge fra hjem med høy sosioøkonomisk status. Bare vel halvparten av ungdom 16–24 år spiser grønnsaker og frukt daglig og om lag én av fem drikker sukkerholdige drikker daglig (SSB leveårsundersøkelse 2012).

Tall fra Ungdata viser at de fleste opplever måltidene i familien som hyggelige. Men andelen som spiser frokost, lunsj og middag hver dag, synker med alderen. Faste måltidsvaner er mindre utbredt blant ungdom i familier med dårlig råd enn blant ungdom i familier som er bedre stilt økonomisk.

Flere studier finner sammenhenger mellom kosthold og psykisk helse. En oversikt fra 2014 viser en klar tendens til at det er sammenheng mellom kosthold og psykisk helse blant barn og unge.

Kosthold har betydning for tannhelsen, og regelmessige måltider er gunstig for tannhelsen. Hyppig sukkerinntak i form av småspising eller drikke kan gi hull i tennene. Undersøkelser viser at

målrettet forebyggende innsats mot ungdom har effekt på tannbehandlingsbehovet hos barn og unge. Skolen, helsestasjonene og tannklinikkene er viktige arenaer for forebygging i kommunene.

Mål

- Øke bevisstheten om betydningen av fysisk aktivitet for helse og trivsel
- Øke andelen blant ungdom som følger anbefalinger om fysisk aktivitet
- Øke andelen ungdom som har mat og måltidsvaner i tråd med anbefalingene
- Gjøre det enklere å ha sunne matvaner og felles måltider på arenaer der ungdom ferdes
- Styrke kompetanse om kosthold og trening/fysisk aktivitet hos ungdom slik at de blir trygge på egne valg, i stand til å stå imot usunne diett- og treningsregimer, at de kritisk kan vurdere blogger, trender og motedietter og stå imot økt kroppspress
- Barn og ungdom skal ha god tannhelse, uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn

Seksuell helse

Generelt har norsk ungdom god seksuell helse. Nye effektive prevensjonsmetoder og helsepersonell som er lett tilgjengelig på unges premisser, har resultert i færre tenåringssvangenskap. Abortraten blant tenåringer har aldri vært lavere. Abortraten er høyest blant kvinner mellom 20 og 29 år, men også i denne gruppen har det vært en reduksjon over flere år. Det er relativt store sosiale og regionale variasjoner i aborttallene. Det har vært en økning av antall seksuelt overførbare infeksjoner blant unge voksne.

Omkring én av tre har debutert seksuelt før de fyller 16 år. Tidlig seksuell erfaring er vist å henge sammen med psykiske vansker og atferdsproblemer. Seksualitetsundervisning har betydning for fremtidig seksuell atferd, og gir blant annet

senere debut, økt bruk av prevensjon, lavere aborttall og nedgang i seksuelt overførbare infeksjoner. Tilgang til informasjon og veiledning i et miljø som har aksept for unges seksuelle utforsking, er avgjørende for at ungdom klarer å definere en positiv og trygg seksuell identitet.

Mål

- Ungdom skal ha god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse for å ivareta egen seksuell helse

Tiltak

- Regjeringen la høsten 2015 frem en ny femårig opptrappingsplan for rusfeltet, Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (2016–2020), med en ramme på 2,4 mrd. kroner
- Veilederen for tidlig intervensjon på rusfeltet *Fra bekymring til handling* skal revideres
- Helse- og omsorgsdepartementet vil foreslå innføring av standardiserte og reklamefrie tobakkspakninger for å gjøre tobakk mindre tiltrekkende på barn og unge
- Helse- og omsorgsdepartementet vil foreslå en ny tilsynsordning med salg av tobakk for å øke overholdelsen av aldersgrensen
- Regjeringen vil legge frem en helhetlig handlingsplan for bedre kosthold våren 2017. Barn og unge er en prioritert målgruppe og ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten skal inkluderes
- Regjeringen vil legge til rette for at skolene sikrer daglig fysisk aktivitet for elevene
- Fra skoleåret 2016/2017 skal det gjennomføres forsøk med et utvalg ungdomsskoler der elevene vil få en økning i antall timer fysisk aktivitet/kroppsøving i skolen. Det skal samtidig utvikles modeller for hvordan skolene innenfor dagens regelverk kan sikre daglig fysisk aktivitet for elevene
- Videreutvikling av tilbudet med lavterskelaktiviteter, aktiviteter i nærmiljøet og opplæring og utvikling av friluftsfærdigheter hos barn og unge
- Regjeringen vil i 2016 fremme en ny samlet strategi for seksuell helse



Fremme ungdoms psykiske helse i folkehelsearbeidet

«God psykisk helse skapes alle andre steder enn i helsevesenet. En ungdomshelsestrategi må derfor også inkludere forebygging. De mest effektive tiltakene er de som kan settes inn tidligst mulig i livsløpet. Psykisk helse som fag er et svært viktig tiltak. Et slikt fag, med vekt på normalpsykologi og kunnskap, vil sørge for større forståelse for hvordan mennesker påvirker hverandre og for det store mangfoldet av følelser mennesker besitter. Det vil føre til bedre egenomsorg og hjelpesøkingssatferd, redusere mobbing og styrke resiliens i barne- og ungdomspopulasjonen»

Mental helse ungdom

Psykisk helse i folkehelsearbeidet handler om å fremme god psykisk helse og livskvalitet. Folkehelsearbeidet har så langt lagt mer vekt på å fremme fysisk helse og forebygge fysisk sykdom. Regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av

folkehelsearbeidet og likestiller psykisk og fysisk helse.

Selv om norske ungdommer gjennomgående har god helse, er psykiske plager og lidelser likevel

en stor utfordring. Folkehelseinstituttet anslår at 15–20 prosent av barn og unge mellom 3–18 år opplever symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Halvparten av disse, cirka 8 prosent, har så alvorlige symptomer at det tilfredsstiller kravene til en diagnose. Andelen som rapporterer om psykiske helseplager øker. Økningen er sterkest blant unge kvinner, selv om andelen med alvorlige psykiske symptomplager har økt hos begge kjønn siden 2010. 24 prosent av kvinnelige studenter rapporterer om alvorlige psykiske symptomplager, mot 12 prosent blant menn. Økningen kan ha flere årsaker, men kan også være et uttrykk for større åpenhet om psykiske helseplager. Større åpenhet er viktig for å redusere tabu og stigma knyttet til psykiske lidelser. Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å utrede et fellesregister for psykiske lidelser og ruslidelser.

Venner er særlig viktige i ungdomstiden og er av betydning for psykisk helse, selvtillit og sosial kompetanse. Ungdata-undersøkelsen fra 2014 viser at de fleste unge har nære venner de kan stole på. Men én av ti personer mangler det de kan kalle venner som de kan betro seg til. Ungdata-undersøkelsen viser også at de som har mest psykiske plager, også har færre venner.

Studenters helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) viser at de fleste studenter trives og finner studiene meningsfulle og mestrer disse på en god måte. Men 7–15 prosent strever mye i studiesituasjonen. Dette skyldes forhold som lav studiemestring, liten gjennomføringsevne, redusert livskvalitet, ensomhet, personlighet og alvorlige psykiske symptomplager, gjerne en kombinasjon av disse. Årsakssammenhengene er komplekse og kan ikke tilskrives isolerte særtrekk ved studietilværelsen. Kvinnelige studenter føler seg mindre mestrende og kompetente enn mannlige, og rapporterer i større grad om alvorlige psykiske symptomplager. Menn rapporterer om svakere sosiale nettverk enn kvinner og rapporterer i større grad om ensomhet. Men det er få kjønnsforskjeller med tanke på faktisk studiegjennomføring.

«Studenthverdagen spiller en stor rolle for studenters helse. Det er tydelig at utfordringer knyttet til stress, forventningspress og økonomi spiller en stor rolle for studenters helse. Dette gir universiteter og høyskoler et ansvar. Institusjonene må være bevisst på de utfordringene studiesituasjonen gir og sørge for at studentene møter en tilrettelagt studiehverdag som gir tilhørighet til fagmiljøet og høyere utdanning»

Norsk studentorganisasjon

Studier viser at barn helt ned i 3–5 års alder er misfornøyd med kroppen sin, og at omkring 25 prosent av jenter i alderen 3–6 år er misfornøyd med deler av utseendet sitt. En SIFO-rapport fra 2014 viste at 85 prosent av unge jenter og 30 prosent av unge gutter opplever kroppspress, og at reklame har stor påvirkningskraft. Andre faktorer er mangel på støtte hos familiemedlemmer eller foreldre som selv er misfornøyd med egen kropp. Negativt kroppsbilde synes å predikere ulike spiseforstyrrelser, depresjon og fedme.

Ifølge en stor norsk undersøkelse av 10 000 ungdommer fra Hordaland sover ungdom mellom 16 og 19 år i gjennomsnitt to timer mindre på ukedagene enn anbefalt, og ungdom med høyt fravær fra skolen sover nesten én time mindre enn ungdom ellers. Mellom 14 og 24 prosent av ungdommene hadde kroniske søvnvansker. Søvnvansker øker risikoen for depresjon. En annen studie av de

samme ungdommene så på sammenhengen mellom søvn og bruk av elektroniske medier. Den viser at nesten alle ungdommene så på én eller flere skjermer den siste timen før leggetid, og at det er et forhold mellom mye skjermbruk og lite og dårlig søvn. Psykisk helse i folkehelsearbeidet handler om samfunnets innsats for å påvirke faktorer og forhold som påvirker hele befolkningens psykiske helse og livskvalitet med særlig vekt på mestringsbetingelser. Skal vi motvirke utviklingen med økning i psykiske plager, søvn og kroppspress må vi styrke ungdoms mestring og legge til rette for oppvekstbetingelser som fremmer god psykisk helse.



Mål

- Psykisk helse skal likestilles med fysisk helse og inkluderes som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet rettet mot barn og unge
- Alle barn og unge skal tilhøre et sosialt fellesskap
- Færre unge skal oppleve kroppspress
- Øke kunnskapsnivået hos ungdom om betydningen av søvn for helse og skoleprestasjoner
- Studenter skal oppleve god helse og mestring i hverdagen

Tiltak

- Regjeringen vil etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid rettet mot barn og unge
- Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå skal utarbeidet en strategi for måling av livskvalitet i befolkningen
- Regjeringen vil sammen med frivillige organisasjoner satse på informasjon og mobilisere til samarbeid for å forebygge ensomhet, jf. tiltak 38 i Barnefattigdomsstrategien
- Regjeringen har gjennom budsjettforliket for 2016 bevilget 5 mill. kroner til tiltak for å bedre den psykiske helsen til studenter, gjennom en egen tilskuddsordning til studentsamskipnadene og læringsinstitusjonene



Helsetjenesteutvikling

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge er et viktig satsingsområde for regjeringen. Barn og unge har, i likhet med andre, rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Viktige tjenestetilbud for denne gruppen er helsefremmende og forebyggende tjenester, den tidlige innsatsen som ytes gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykiske helsetjenester for barn og unge. I mange andre land finnes ikke denne typen lavterskeltilbud for barn og unge. En rapport fra Helsedirektoratet viser at kommunene har økt oppmerksomhet på helsefremmende og forebyggende arbeid og de satser sterkere på strategisk og langsiktig planlegging.

Til tross for gode tjenester og politisk oppmerksomhet så er det utfordringer i tjenestene. Utfordringene dreier seg i hovedsak om at tjenestene ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset ungdommens spesielle behov. De unge gir uttrykk for at tjenestene er for lite tilgjengelige, har begrensede åpningstider og mangel på kapasitet. Ikke minst er det mangelfull koordinering mellom helse- og omsorgstjenestene og mellom ulike sektorer som møter ungdom og unge voksne. Særlig er dette fremtredende når utsatte ungdommer med store og sammensatte utfordringer har behov for å søke hjelp.



Utfordringer i tjenestene for ungdom med sammensatte behov

Våren 2015 la regjeringen frem Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Meldingen tar også opp i seg utfordringene som samhandlingsreformen pekte på, nemlig hvordan vi kan skape en sammenhengende og faglig god helse- og omsorgstjeneste med helsepersonell som jobber sammen på tvers av faggrenser og nivåer.

Ungdom med funksjonshemminger, langvarig sykdom eller helseplager utgjør en mangfoldig gruppe. Mange har behov for flere tjenester samtidig, også tjenester utenfor helse- og omsorgssektoren. Tjenestetilbudene oppleves ofte som lite samordnede og helhetlige. Selv om hver enkelt deltjeneste opplever å oppfylle sine lovpålagte krav til forsvarlighet, innebærer ikke dette alene at tjenestenes overordnede ansvar for å sikre forsvarlige og koordinerte tjenester er oppfylt.

En forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid og god koordinering er at aktørene har kunnskap og bevissthet om egen og andre aktørers rolle og kompetanse. De må også ha en klar forståelse av hvilket ansvar som følger av denne rollen. At yrkesutøverne har kjennskap til hverandres ansvarsområder og grenseflatene opp mot andre tjenestområder, er en grunnleggende forutsetning for å få til et godt samarbeid og god koordinering mellom tjenestetilbudene. En annen forutsetning er at lederne legger til rette for tverrfaglighet og har kjennskap til hva de enkelte aktørene kan bidra med i arbeidet.

Helsedirektoratet peker på at barn/ungdom og deres foresatte opplever svikt i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Mange kommuner prioriterer habiliterings- og rehabiliteringstilbud til yngre barn, men intensiteten i oppfølgingen synes å avta med alder. Med økende alder får barnet større behov for at helse- og omsorgstjenester og andre sektorer er godt koordinert. Rutinene for å ivareta dette varierer.

Barn og unge i barnevernet er en særlig sårbar gruppe, som kan ha alvorlige psykiske helseutfordringer som krever utredning, diagnostisering og

behandling. En studie viser at 76 prosent av barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner har eller har hatt én eller flere alvorlige psykiske lidelser de siste tre månedene (NTNU og Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Midt). 12 prosent var belastet med rusmiddelbruk, hvorav 2,7 prosent ble vurdert som rusavhengige.

Det er behov for bedre koordinert samarbeid mellom barnevernet og helsetjenesten for å sikre at barn og unge i barnevernet får nødvendig helsehjelp. Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er opptatt av samhandlingen mellom psykisk helsevern og barnevernet, både internt i staten og mellom stat og kommune. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet fikk i 2015 en rekke felles oppdrag for å styrke samarbeidet mellom psykisk helsevern og barnevern. Arbeidet er godt i gang, og direktoratene opplever at dette også har forsterket samarbeidet mellom tjenestene regionalt og lokalt.

Det skal nå utvikles pakkeforløp for psykisk helse og rus. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å lede arbeidet, og det skal etableres bredt sammensatte arbeidsgrupper som skal utforme innholdet i hvert enkelt forløp. Pakkeforløpene skal gi trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende. Det er planlagt å starte med pakkeforløp for utredning ved psykiske lidelser for barn og unge og utredning ved psykiske lidelser for voksne. Det er også planlagt å utarbeide pakkeforløp for psykisk helse og rus – barnevern.

Lett tilgjengelige lavterskeltilbud

De fleste ungdommer har ikke stort behov for helse- og omsorgstjenester. Det de trenger aller mest er trygge foreldre, gode venner og dyktige lærere. De viktigste lavterskel helsetjenestene til ungdom er helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fastlegene, og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er godt besøkt. Der får ungdom veiledning av helsepersonell om spørsmål som gjelder fysisk, psykisk

og seksuell helse. Jenter benytter seg i større grad av tilbudet enn gutter. Vi vet ikke nok om hvorfor det er slik, men enkelte kommuner har lyktes i å øke andelen gutter som benytter seg av tilbudet ved å tilrettelegge særlig for dem. Utviklingen og samordningen av digitale tjenester vil kunne gi gutter et lettere tilgjengelig lavterskeltilbud. I Meld. St. 7 (2015–2016) *Likestilling i praksis – like muligheter for kvinner og menn*, fremgår det at regjeringen vil sørge for at kjønnsperspektivet blir bedre integrert i beslutningsprosessene og i den praktiske helsetjenesteutøvelsen, samt å sørge for at tjenestene blir rettet mot menn og kvinners ulike behov.

Barn og unge forteller at skolehelsetjenesten ikke er tilgjengelig når de ønsker det. Elever gir klart uttrykk for at de ønsker at helsesøster skal være til stede på skolen hver dag. Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten forteller at de må prioritere

Bruk av legemidler

Legemidler er ett av flere behandlingstilbud ved depresjon og bør alltid brukes i kombinasjon med andre tiltak som samtaleterapi, psykososial intervensjon mv. En stor andel mottar kun psykoterapi og/eller familie- og skolebaserte tiltak. Det er viktig at pasienter som skal starte behandling med antidepressiva, både får muntlig og skriftlig informasjon. Pasienten skal også tilbys tett oppfølging av effekt og bivirkninger. De siste ti årene har det vært en økning i andelen barn og unge (0–17 år) som har brukt legemidler ved psykiske lidelser. Økningen gjelder både gutter og jenter. Fra 2006 til 2015 har det vært en sterk økning i andelen ungdommer (15–19 år) som bruker antidepressiva (Resepregisteret). I 2006 brukte 1,7 prosent av alle jenter i denne aldersgruppen antidepressiva, og andelen økte til 2,9 prosent i 2015. Tilsvarende tall for gutter er 0,8 prosenet i 2006, med økning til 1,1 prosent i 2015. Økningen har vært langt mindre i andre aldersgrupper. Det er behov for mer kunnskap om bruk av antidepressiva hos unge.

mellom helseundersøkelser (vaksinering, veiing og måling mm.), samtaler med enkeltelever, helseopplysning i grupper/klasser og tverrfaglige møter. På skoler der helsesøster er mye til stede, er det større rom for å gjøre alt dette. Samarbeidet med skolen blir bedre og helsesøster er med i planleggingen av relevant undervisning, grupper, tema-dager, foreldremøter og mer.

Kommunen skal etter gjeldende rett tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0–20 år. Kommunen kan organisere sine tjenester slik de finner det mest hensiktsmessig. Tjenestene skal være forsvarlige. Regjeringen har i årene 2014–2016 bevilget tilsammen 667 mill. kroner som økning i de frie inntektene til kommunene for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Mange etterspør tilbud om helsestasjon for ungdom og tilbudet kan være viktig for ungdom som ikke går på skolen. Dersom kommunene anser en slik organisering som hensiktsmessig, og tjenestetilbudet er forsvarlig, kan midlene nyttes til det.

Det er behov for mer tverrfaglighet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og mer samarbeid mellom tjenester som møter barn og unge. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* peker på utfordringer knyttet til samhandling og mangel på godt koordinerte tjenester til brukere med store og sammensatte behov. Til tross for at tverrfaglighet fremstår som nødvendig og riktig, er det mye som tyder på at ansatte i skolehelsetjenesten bruker svært lite tid på tverrfaglig samarbeid og samarbeid med andre etater som for eksempel skole og utdanningstjenester. Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå skal samarbeide om å få bedre oversikt over årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og vurdere mulige løsninger for og virkninger av en bindende minimumsnorm i denne tjenesten. På denne måten vil man kunne sette inn mer målrettede tiltak både knyttet til antall årsverk og sammensetting av yrkesgrupper.

Unge med psykiske helseutfordringer er blant dem som har størst behov for flerfaglige tjenester. Rapportering på årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid viser at det har vært en nedgang i antall årsverk rettet mot barn og unge siden 2008. Dette er ikke en ønsket utvikling. Selv om kompetansen i

disse tjenestene har økt jevnt i samme tidsrom, er det også behov for å styrke kapasiteten. Siden 2009 har det vært gitt tilskuddsmidler til kommuner som rekrutterer psykolog i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil innføre et krav i helse- og omsorgstjenesteloven om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i tjenesten, tidligst fra 2020. Dette er, sammen med styrkingen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, de viktigste tiltakene for å styrke de psykiske helsetjenestene til barn og unge.

Alle som er bosatt i en norsk kommune har rett til fastlege. Fra 16-årsalder står man fritt til å velge sin egen fastlege. Antall konsultasjoner for ungdom mellom 16 og 25 år skiller seg ikke nevneverdig fra antall konsultasjoner i andre yngre aldersgrupper.

Barn og unge har rett til nødvendig tannhelsehjelp av den offentlige tannhelsetjenesten, til og med det året de fyller 20 år. Tannhelsehjelpen er gratis til og med det året man fyller 18 år. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gir alle barn og unge et oppsøkende og regelmessig tilbud om nødvendig og forebyggende tannhelsehjelp. Det er en utfordring at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i begrenset grad inviteres inn i tverretatlige drøftingsfora i den kommunale tjenesten.

Mål

- Bedre tilgjengelighet til lavterskel helsetjenester, mer flerfaglig samarbeid og gode pasientforløp i alle deler av helse- og omsorgstjenesten

Tiltak

- Regjeringen vil utvikle pakkeforløp for psykisk helse og rus for barn og unge
- Regjeringen har gjennom flere år satset på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I årene 2014–2016 ble det bevilget 667 mill. kroner som økning i de frie inntektene til kommunene for å styrke denne tjenesten og gi et bedre tilbud til barn, unge og familier
- Regjeringen har gjennom budsjettforliket for 2016 bevilget 100 mill. kroner til et øremerket tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- I 2015 ble det over statsbudsjettet bevilget 100 mill. kroner til tilskuddsordningen «rekruttering av psykologer i kommunen». I 2016 ble det bevilget 145 mill. kroner til dette formålet
- Regjeringen vil innføre et krav i helse- og omsorgstjenesteloven om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i tjenesten
- Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid med å gjennomgå dagens tvangsregelverk i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet vil også omfatte regelverket for barn og ungdom
- Helsedirektoratet vil ferdigstille retningslinjer om tannhelseundersøkelser og tannbehandling av barn og unge
- De regionale helseforetakene har i oppdrag å sørge for rutiner og strukturer som sikrer at barn i barnevernsinstitusjoner får nødvendig helsehjelp



Ungdom som pårørende og etterlatte

Mange unge er pårørende til foreldre/foresatte og søsken, og de kan møte utfordringer de ikke er i stand til å håndtere eller ikke bør håndtere. Dette gjelder blant annet ungdom som har nære omsorgspersoner med psykiske helseutfordringer, rusavhengighet eller annen alvorlig og langvarig sykdom, eventuelt barn og ungdom som opplever høyt konfliktnivå i forbindelse med foreldres samlivsbrudd. En stor undersøkelse som dekker fem helseforetak (Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie) anslår at det er 200 000 pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste, 29 000 i psykisk helsevern og 5000 i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som er foreldre/foresatte til barn under 18 år. Hvert år opplever rundt 3000 barn og unge at en forelder/foresatt eller et søsken dør. Å miste en omsorgsperson eller en annen som står en nær i en sårbar fase i livet, kan være svært krevende. Rundt 18 000 barn og unge under 18 år opplever at foreldrene deres blir skilt, 13 000 opplever at foreldrene blir separert. For barn og unge

av samboere finnes det ingen presis statistikk. Familievernkontorene rapporterer om stadig flere saker om samlivsbrudd med høyt konfliktnivå.



Kreft rammer ikke bare pasienten, men hele familien – også barn og ungdom. Når foreldre eller søsken blir alvorlig syke blir hverdagen for barn og ungdom som pårørende ofte preget av engstelse og bekymring. Mange av ungdommene strever med konsentrasjonsproblemer i skolen og motivasjon til å fortsette skolegangen. Ungdom som er pårørende, er en særlig sårbar gruppe. De er ofte på vei ut av familien til studier og jobb. Samtidig vet vi det kan være vanskelig å løsrive seg når familien er i krise. Ungdom snakker mindre enn yngre barn med foreldre om det som er vanskelig, og har derfor behov for at andre er tilgjengelig for dem. Ungdom er redd for å føle seg annerledes enn sine venner og sier det derfor kan være vanskelig å dele sine følelser og sorg med vennene. Ungdom vil ha stor nytte av å møte annen ungdom i tilsvarende situasjon for å normalisere egne følelser og få hjelp til å håndtere egne reaksjoner. Hvert år i et ungdoms liv betyr svært mye.

Kreftforeningen

Barn og unge som er intervjuet i multisenterstudien, peker på en rekke praktiske og emosjonelle utfordringer knyttet til foreldrenes sykdom. Foreldrenes lidelse, skiftende humør, manglende tilstedeværelse (for eksempel ved sykehusinnleggelser) og manglende kapasitet til praktisk arbeid og sosiale aktiviteter gjør at barna blir mye overlatt til seg selv og/eller får mye ansvar for den syke. De kan påta seg vesentlig mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn vanlig og opplever stress og belastning på grunn av det.

Barn og unge ble også spurt om hvilke råd de har til andre barn som pårørende. De fire rådene som ble gitt var: 1) snakke med noen andre, gjerne andre voksne 2) tenke positive tanker 3) pass på og hjelp din syke forelder 4) ha god kontakt med familie og venner gjennom åpenhet om problemene og for å kunne be om hjelp.

God helse hos ungdom handler ikke bare om fravær av sykdom. Det handler også om opplevelse av livskvalitet og trivsel i hverdagen som kan være med på å styrke eller svekke evnen til å tåle og håndtere påkjenninger og stress.

En rapport fra Helsedirektoratet viser også at barn av personer med psykiske lidelser rapporterer lavere livskvalitet enn normalbefolkningen. Barn og unge har behov for å snakke om sin situasjon, men mange får ikke tilstrekkelig informasjon til å forstå sin forelders sykdom og konsekvensene av den.

Barn og unge med foreldre med psykisk sykdom, rusavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, har behov for informasjon og oppfølging som følge av foreldrenes sykdom. Lovverket ble endret i 2010 slik at helsepersonell nå har plikt til å medvirke til at mindreårige barn av psykisk syke, rusavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter får bedre oppfølging når foreldrene mottar helse- og omsorgstjenester (helsepersonelloven). Multisenterstudien viser at spesialisthelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. Det er mangelfull kartlegging og dokumentasjon om barns situasjon og dermed udekkede behov når det gjelder henvisning av barn og informasjon til barn.

Kommunene er ikke pålagt å ha barneansvarlig personell, men plikten til å ivareta ungdom som pårørende på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten, gjelder. Studien viser at også kommunehelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. Det ser ut til å mangle systemer for å identifisere og kartlegge familier som lever med sykdom, og dermed mangler også hjelp til barn og familier. I Opptreppingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020) har regjeringen varslet at man i løpet av planperioden vil vurdere om helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal ha barneansvarlig personell og om en slik plikt bør innføres.

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer nå om helsepersonell også bør få plikt til å ivareta barn og unge som pårørende når søsken blir alvorlig syke, rusavhengige eller skadet, og barn og unge som etterlatte når foreldre eller søsken dør.

Bruk av tolketjenester er nødvendig i mange deler av offentlig sektor. Ofte blir barn og unge brukt som tolk (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet). Når et barn eller en ungdom blir satt til å tolke eller formidle informasjon mellom et forvaltningsorgan og en privatperson, kan barnet bli utsatt for en rollekonflikt og en forventning om å ivareta interessene til voksne familiemedlemmer. Et lovforslag om forbud mot bruk av barn som tolk ligger til behandling Stortinget.

Mål

- Ungdom som pårørende skal oppleve at informasjonsbehovet deres i forbindelse med foreldre/foresattes sykdom, er ivaretatt
- Ungdom skal oppleve å få nødvendig oppfølging når foreldre/foresatte er syke

Tiltak

- Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et forslag om styrket pårørendestøtte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Regjeringen vil vurdere å innføre en plikt for helse- og omsorgstjenesten i kommunen til å ha barneansvarlig personell



Ungdommens helsetjeneste

Regjeringen vil skape pasientens helse- og omsorgstjeneste. Pasientens behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg – uten meg.»

Barn og unges rett til å si sin mening og bli hørt og respektert er et grunnleggende prinsipp i FNs barnekonvensjon. Barn og unges egne erfaringer og synspunkter må stå sentralt i å utvikle og gjennomføre gode tjenester til denne gruppen. Ofte har det

vært foreldre, foresatte eller andre voksne som har uttalt seg, når tjenester til barn og unge skal utformes eller evalueres. Ungdom er i liten grad blitt invitert til å si sin mening.

Unge stemme kommer ikke tydelig nok frem i nasjonale brukerundersøkelser. Unge ser ut til å ha relativt få arenaer for å medvirke i utformingen av tjenester på systemnivå. På individnivå synes brukermedvirkning å være bedre etablert. Evnen og muligheten barn og unge har til brukermedvirkning vil avhenge av funksjonsnivå og alder. Tjenestene må tilpasses slik at barn og unges rett til medvirkning blir oppfylt. Tjenestene må tilpasse seg brukerne, ikke omvendt!

Overgangen fra barn til ungdom til voksen i helse- og omsorgstjenesten

I overgangen mellom barn og voksen må ungdom lære å ta ansvar for egen helse og ta riktige helsevalg. Mange unge med funksjonshemninger, kronisk



«Det snakkes mye om reell brukermedvirkning. Reell brukermedvirkning er ikke å sette ungdom i et rom i noen timer og svare på gitte spørsmål. Det er heller å utfordre ungdommene på spørsmål de mener er viktige, over lengre tid»

Ungdomsrådet på Ahus

og/eller langvarig sykdom håndterer sykdom og behandling godt, men det er ikke uvanlig at håndtering av slik sykdom eller funksjonshemming er dårligere i ungdomstiden enn i barneårene. Det er grunnleggende viktig med en tjeneste som er målrettet og planlagt og som støtter, tilrettelegger og møter ungdommen «der de er». Barneombudet anbefaler at ungdom må få alenetid på legevisitten og når de er på kontroll sammen med foreldrene/foresatte (rapporten Helse på barns premisser).

**BARN
HAR OFTE
DE BESTE
SVARENE SELV**

Dette kan bidra til bedre mestring av sykdom, økt egenomsorg og mulighet for å snakke med helsepersonell om ting man ikke ønsker å involvere foreldre/foresatte i.

Ungdom vet selv best hva som skal til for at de skal få bedre helse og livsvilkår, forutsatt at de har tilgang til relevant og nødvendig informasjon om egen sykdom/funksjonshemming. Ofte anses de ikke som reelle samarbeidspartnere, og helsepersonell går lett inn i en ekspertrolle. Ungdommen får være med å ta avgjørelser etter at andre har lagt premissene. Reell deltakelse forutsetter at barn og unge tidlig får muligheter til og erfaringer med å fremme egne meninger. I overgangen mellom å være barn og bli voksen skal ungdom gradvis ta ansvar for egen helse. Det som tidligere var foresattes ansvar, overlates gradvis til de unge selv. Men dette krever en tjeneste som ser, lytter og informerer barn og unge. Og prosessen må starte tidlig.

Mange ungdommer forteller at innleggelser og annen kontakt med sykehus ikke er tilpasset utfordringer knyttet til det å være ung. Det kan være krevende å opprettholde sosiale nettverk og følge utdanningsløpet, om man er mye innlagt i spesialisthelsetjenesten. Særlig gjelder dette ungdom med kronisk sykdom og behov for gjentatte opphold på sykehus. Ungdom opplever ofte «å falle mellom stoler» i helse- og omsorgstjenesten i overgangene fra barn, til ungdom og så til voksen.

Ungdoms medvirkning i utforming av tjenestene

De fleste kommuner og fylkeskommuner har formaliserte medvirkningsorganer. I 2012 hadde ca. 74 prosent av kommunene en ordning med ungdomsråd. Omkring 24 prosent hadde barn og unges kommunestyre. Om lag 90 prosent av kommunene hadde én av disse ordningene eller begge.

Etableringen av slike organer bidrar til at ungdom i økende grad forstås som aktører med rett til å delta i demokratiske prosesser. Formaliserte medvirkningsordninger betyr også at unge som ikke har



nådd stemmerettsalder, kan delta i demokratiske prosesser og påvirke utformingen av tjenester for barn og unge. Barn og unge er aktive brukere av kommunale tjenester, men er ikke representert gjennom den ordinære valgkanalen. Det er derfor en utfordring for kommunene å sørge for at denne gruppen blir hørt når den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utformes.

For unge med nedsatt funksjonsevne er det en alvorlig underrepresentasjon i kommunale medvirkningsorganer. I kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne er bare litt over 1 prosent av medlemmene under 25 år. Også i ungdomsrådene er mennesker med nedsatt funksjonsevne underrepresentert. Det betyr at muligheten for brukermedvirkning er til dels dårlig ivarettatt i kommunale helsetjenester.

Et lovforslag om en ny generell bestemmelse i kommuneloven om råd i kommuner og fylkeskommuner for ungdom, eldre og personer med funksjonsnedsettelse har nylig vært på høring (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet). I høringsnotatet foreslås det at eldre og personer med funksjons-

nedsettelse fortsatt skal ha lovpålagt rett til medvirkning, mens en tilsvarende lovfestet ordning for ungdom skal være frivillig for kommunene og fylkeskommunene. Dersom en kommune eller en fylkeskommune ønsker å ha et ungdomsråd eller en annen form for ungdomsmedvirkning, må den etter forslaget følge det regelverket som er laget for ungdomsmedvirkning.

Ungdom kan bidra til at helsepersonell får bedre kompetanse. Ungdoms pasient- og pårørende-erfaring bør brukes som kunnskapskilde for å forbedre sykehusets tilbud til denne gruppen pasienter og pårørende. Ungdomsrådet på Ahus skriver i et innspill til ungdomshelsestrategien: *Det er viktig at alle avdelinger informerer personalet om ungdomsrådet, og at personalet tar i bruk det som er utviklet av retningslinjer og materiell. Avdelingene kan gjerne bruke ungdomsrådet på fagdager eller personal-møter. Da får ungdomsrådet selv møte personalet og snakket med de direkte, og det er ofte det beste.*

Ungdom har mange gode tips og råd om hvordan en kan få til en smidig overgang fra å være barne- og ungdomspasient til å bli voksenpasient. Basert på egne erfaringer, kan ungdom gi råd som kan være nyttig i arbeidet med drift og utvikling av

«Ungdomsrådet kan brukes for å gi råd for mer ungdomsvennlige helsetjenester. Vi kan dele egne erfaringer på møter, seminarer og konferanser. Vi kan være med på å utarbeide retningslinjer og brosjyremateriell, og gi råd til sykehusledelsen på konkrete saker. Vi kan bidra i informasjonsfilmer, med blogginnlegg, skrive artikler, sitte som representanter i ulike verv og samarbeide med ulike instanser som Barneombudet og brukerorganisasjoner. Vår erfaring er at alt dette er viktige måter å få frem ungdommens stemme.»

Ungdomsrådet på ahus

sykehus. Ungdomsrådet kan komme med innspill til saker som kan tas opp i ledelsen, og være høringsinstans i aktuelle saker.

Mål

- Barn og unges stemme skal høres i utformingen av tjenester som berører dem både på systemnivå og på individnivå

Tiltak

- Det skal etableres ungdomsråd i alle landets helseforetak
- De fleste barneavdelinger har utvidet aldersgrensen for å være pasient ved avdelingen fra 16 år til 18 år
- E-læringsprogram er utviklet gjennom prosjektet «Hvordan lykkes med ungdomsråd?»
- Helse- og omsorgsministeren vil invitere til et årlig møte med flere ungdomsorganisasjoner for å få innspill til regjeringens politikk på helse- og omsorgsfeltet



En digital generasjon

Ungdom flest har høy digital kompetanse. Sosiale medier er svært viktige informasjons- og kommunikasjonskanaler for ungdom. Nesten alle (98 prosent) unge mellom 13 og 19 år bruker internett daglig. Gutter og jenter bruker internett omtrent like mye. Nesten alle barn i alderen 9 til 16 år har tilgang til PC eller Mac. Mobiltelefon er det mest brukte elektroniske mediet, og 86 prosent bruker mobiltelefonen til internett.

Ungdom bruker digitale helsetjenester aktivt. De digitale helse- og informasjonstjenestene er gratis og lett tilgjengelige. Mange av tilbudene er anonyme,

og det gjør det lettere å ta opp vanskelige og tabubelagte spørsmål. Digitale helsetjenester er tilgjengelige så lenge man har internett, uavhengig av hvor man bor i landet. Man kan raskt innhente svar på det man lurte på og lese hva andre ungdommer tenker. Brukerundersøkelser viser at interaktive tilbud, hvor man kan få svar direkte fra en helseperson gjennom telefon, chat eller innsending av spørsmål, er viktig for ungdommene.

På nett opplever ungdommene en annen form for medvirkning og kontroll enn i tradisjonelle helsekonsultasjoner. Interaktive dialogtjenester gir økt brukermedvirkning, og tilgang til kvalitetssikret skriftlig informasjon gir økt læring og mestring. Ungdom vektlegger at mulighet til å snakke med andre i tilsvarende situasjon (*likepersoner*) er verdifullt.

Men mangfoldet i informasjon og kommunikasjonsplattformer gir også noen særlige utfordringer. Sosiale medier kan også brukes til ryktespredning, mobbing og trakassering. Mange har lav terskel for å dele sensitive bilder eller tekst, og muligheten



til selv å få positiv oppmerksomhet på andres bekostning kan være fristende. Det er viktig at voksne, barn og unge lærer seg nettvett og har kunnskap og bevissthet om mulighetene og utfordringene ved å bruke slike tjenester.

Samordning av digitale tjenester

Mange aktører tilbyr digitale helse- og informasjons-tjenester rettet mot ungdom. Ungdom bruker i stor grad variasjonen i de digitale tjenestene. Flere av nettstedene tilbyr informasjon om de samme temaene, og ungdommene ønsker seg et bedre og mer koordinert tilbud. De ønsker at informasjonen skal være tilgjengelig i flere former enn bare tekst. Video, infografikk og podcast er forslag til informasjonsformer som gjør tjenestene mer interessante. Tjenestene kan samordnes på flere måter. Det kan være hensiktsmessig å integrere innholdet på noen av nettjenestene på samme plattform. En mulighet er å samle all informasjon fra offentlige myndigheter på en felles e-arena hvor ungdom finner informasjon om temaene de ønsker. En samling av informasjon vil også gjøre det lettere å sikre at innholdet har god kvalitet. I andre tilfeller vil det være viktigst at tjenestene informerer om hverandre og sender leserne til hverandre på en god og oversiktlig måte. Noen tjenester vil trenge høyere grad av sikkerhet, og dette vil påvirke hvilke løsninger som kan velges.

Tilgjengelighet for alle forutsetter at innholdet er universelt utformet. Bruk av video som supplement til tekst, synstolkning av videomateriell, tastaturnavigering mm. er eksempler på hvordan digitale tjenester kan utformes for å ivareta universell utforming. Fordi brukergruppens bruksmønster og brukerkrav er i stadig endring, må tjenestene følge en interaktiv utviklings- og fornyelsesprosess. Ungdomsmedvirkning må sikres både på tjeneste- og systemnivå.

Mål

- Sikre tilgjengelige digitale tjenester av god kvalitet som er tilpasset ungdommens behov

Tiltak

- Videreutvikle digital informasjon og interaktive tjenester til ungdom knyttet til kropp og helse
- Videreutvikle sosiale medier som kommunikasjonskanal for offentlige tjenester rettet mot ungdom
- Samordne, integrere og forenkle dagens tilbud av digitale tjenester til ungdom
- Sikre at det samordnede tilbudet har høy nytteverdi for brukerne ved å tilby rik interaksjonsform og rask responstid



Kunnskapsgrunnlaget for utvikling av tjenester til unge

Vi har en del kunnskap om helsetilstanden til barn og unge, men mindre systematisert kunnskap om hvordan ungdom og unge voksne benytter tilbudet i helsetjenesten.

Ungdata (ungdata.no) er et system som brukes til å gjennomføre elektroniske spørreskjemaundersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring over hele landet. Kommunene står for den praktiske gjennomføringen. 283 kommuner har gjennomført Ungdata-undersøkelser fra 2010 til 2013. Målet med Ungdata-undersøkelsene er å få kunnskap og oversikt over levevaner og helsetilstanden til ungdom lokalt, og bruke dataene til plan- og utviklingsarbeid. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ved Høgskolen i Oslo og Akershus og de regionale kompetansesentrene for rusfeltet har det faglige ansvaret for undersøkelsene.

Vi har behov for mer kunnskap og åpenhet om

kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen har startet arbeidet med å utvikle et kommunalt helse- og omsorgsregister. Registeret vil, sammen med pasientenes og brukernes egne erfaringer og synspunkter, gi oss et godt grunnlag for å videreutvikle helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Forskningsprosjektet «Ungdoms deltakelse i politikk- og samfunnsliv» er rettet mot fire områder: Endringer i ungdoms deltakelsesmønster, de ikke-deltakende unge, foreningsliv og frivillig engasjement og nye medier, ny kollektiv deltakelsesarena. Prosjektet gir blant annet kunnskap om deltakelse i idrett blant jenter med innvandrerbakgrunn. Prosjektene ferdigstilles i 2016 og utføres av Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

Studenters helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) kartlegger studenters helse og trivsel i bred for-

stand, med hovedvekt på psykososiale forhold. Målgruppen i SHoT er heltidsstudenter under 35 år med norsk statsborgerskap. Undersøkelsen er et viktig bidrag både for å få økt kunnskap om studenters helse og for å kunne tilpasse tjenestene etter brukernes behov.

Forskning er viktig for å utvikle og forbedre helse- og omsorgstjenestene, også skolehelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer forskning gjennom de regionale helseforetakene og programmer og aktiviteter i Norges forskningsråd. Det er en forutsetning for finansieringen at forskningen skal være nyttig for pasienter og brukere.

Mål

- Det skal legges til rette for bedre kunnskapsgrunnlag om helse, levekår og helsetjenestetilbud til ungdom og unge voksne

Referanser

- Andersen, N. og Malterud, K. (2013). *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014). *En god barndom varer livet ut*. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017).
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2015). *Barn som lever i fattigdom*. Regjeringens strategi mot barnefattigdom 2015–2017.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2016). *Trygghet, deltakelse og engasjement – regjeringens arbeid for barn og ungdom*.
- Bendixen, M., Kennair, L.E.O. (2014). Resultater fra prosjekt seksuell helse og trakassering i videregående opplæring 2013–2014. Trondheim: NTNU.
- Elstad, J.I. (1998). Funksjonshemmede og psykisk helse. En analyse av Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelser. NOVA rapport nr. 3 1998. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Hegna, K., Kristiansen, H.W. og Moseng, B.U. (1999). Levekår og livskvalitet blant lesbiske og homofile. NOVA rapport nr. 1 1999. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Samdal O. mfl. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge*. HEMIL-Rapport 1/2016. Bergen: Universitetet i Bergen
- Mammen, G., Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression. A systematic review of prospective studies. *American Journal of Medicine*. 2013; 45(5): 649–657.
- Medietilsynets rapport: Barn og medier (2014). www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/2015/rapport_barnogmedier_2014.pdf
- Meld. St. 45 (2012–2013). *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
- Meld. St. 19 (2014–2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelse-tjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2015: 2. *Å høre til. Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2015): Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie. Oslo: Helsedirektoratet.
- Myhre mfl. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European journal of psychotraumatology*, 2015: 6.
- Rysst, M. og Roos, G. (2014): *Retusjert reklame og kroppspress*. SIFO-rapport 1/ 2014. Oslo: Statens institutt for forbruksforskning.
- Rønneberg, A. (2011). Kan tannhelsetjenesten være en viktig samarbeidspartner i forbindelse med omsorgssvikt og barnemishandling? *Paidos*. 29(2): 74–75.
- Sommerfeldt, M.B., Hauge, M.I. og Øverlien, C. (2014). *Minoritetsetniske barn og unge og vold i hjemmet. Utsatthet og sosialfaglig arbeid*. Rapport 3/2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Thoresen, S. og Hjemdal, O.K. (red.) (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- www.ungdata.no

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 222 40 000

Publikasjonskode: I-1173 N
Illustrasjoner: Ståle Gerhardsen, TIBE T
Design og ombrekking: Kord AS
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
06/2016 – opplag 1000

