

RAPPORT

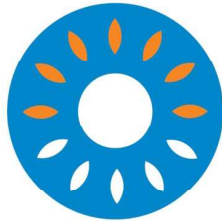


RAPPORTSERIE FRA
SENTER FOR HELSEFREMMEDE FORSKNING
NTNU

Moksnes U.K., Ringdal R., Bjørnsen, H.N., Espnes, G.A.E.

Psykisk helse hos ungdom i videregående skole og skolehelsetjenestens rolle og funksjon

Trondheim, mars 2018



Health Promotion - Worthwhile?

Moksnes UK., Ringdal R., Bjørnsen H.N., Espnes GA.

Psykisk helse hos ungdom i videregående skole og skolehelsetjenestens rolle og funksjon

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

NTNU Senter for helsefremmende forskning

NTNU

Trondheim

2018

NTNU Senter for helsefremmende forskning

ISBN 978-82-93158-38-7

ISSN 1892-6207

Rapport 2018/0

Forord

Bakgrunnen for denne rapporten er et forskningsprosjekt som overordnet omfatter undersøkelse av psykisk helse og velvære hos ungdom, samt hvordan ungdom opplever skolehelsetjenestens rolle og funksjon. Deltakerne i studiet var ungdom i alderen 15-21 år i fem videregående skoler i Trondheim. Studien er finansiert av Norges forskningsråd og NTNU og ble utført i samarbeid med tidligere Sør-Trøndelag fylkeskommune og Trondheim kommune, herunder skolehelsetjenestens initiativ og arbeid med MEST. Målet med denne rapporten er å gi en enkel framstilling av elevenes respons på spørreskjemaet, det vil si at målet er å beskrive, ikke å forklare. Resultatene som presenteres er fra to type datainnsamlinger. Første del omfatter funn fra kvalitative gruppeintervju våren 2016 med ungdom om deres opplevelser av deltakelse i MEST, samt opplevelse av skolehelsetjenestens rolle og funksjon. Andre del omfatter presentasjon av en spørreundersøkelse der første datainnsamling (T1) ble gjort høsten 2016 og andre datainnsamling (T2) ble gjort våren 2017 (skoleåret 2016/17). Data fra spørreskjemaet presenteres i denne rapporten med enkle frekvensoversikter og gjennomsnittsskårer for kjønn og alder i tabeller og figurer. Data som er samlet inn vil for øvrig i hovedsak analyseres og presenteres som forskningsartikler i vitenskapelige tidsskrift.

Vi vil takke elevene og skolene som bidro i gjennomførelsen av undersøkelsen takke for samarbeidet med Trondheim kommune og fylkeskommunen.

Ved spørsmål ta gjerne kontakt.

Trondheim april 2018

Unni Karin Moksnes	Regine Ringdal	Hanne Nissen Bjørnsen	Geir Arild Espnes
unni.moksnes@ntnu.no	regine.ringdal@ntnu.no	hanne.n.bjornsen@ntnu.no	geir.arild.espnes@ntnu.no
Førsteamanuensis, Ph.d.	Ph.d. kandidat	Ph.d. kandidat/Helsesøster	Professor, Ph.d.
Prosjektleder			Prosjektleder

Innhold

Forord	1
Forkortelser	5
Publiserte artikler basert på data fra prosjektet	5
Innledning og oppsummering av rapporten	7
Deltakere i datainnsamlingene	8
Prosedyre	8
Oppsummering av resultatene	9
Del 1. Gruppeintervju med ungdom om MEST og skolehelsetjenesten	12
Del 2 Spørreundersøkelsen «Skolehelsetjenesten og psykisk helse hos ungdom»	15
Bakgrunnsinformasjon for deltakere i spørreundersøkelsen	15
Selvvurdert helse	17
Psykisk helse og velvære og tilfredshet med livet	19
Symptomer på depresjon og angst	21
Kunnskap om psykisk og fysisk helse	22
Psykisk helsefremmende kunnskap	23
Helseatferd	24
Søvn	25
Fysisk aktivitet pr uke	27
Stress	28
Selvfølelse	30
Mestringstro	30
Resiliens (motstandskraft)	31
Sosial støtte fra familie og venner	32
Ungdoms rapportering av å bli plaget av jevnaldrende og plage andre	35
Skoletrivsel	37
Skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle og funksjon	39
Oppsummering	45
Referanser	46

Forkortelser

T1: Første datainnsamling (høst 2016)

T2: Andre datainnsamling (vår 2017)

Variabel: Spørsmål eller utsagn som er stilt i spørreskjemaet

N/n: Antall elever som har svart på spørsmål

Missing: Antall elever som ikke har svart på spørsmål

Publiserte artikler basert på data fra prosjektet

Bjørnsen, H.N.; Eilertsen, M.E.B.; Ringdal, R.; Espnes, G.A.; Moksnes, U.K. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17, 717 doi.org/10.1177/1059840517732125

Bjørnsen, H.N.; Espnes, G.A.; Eilertsen, M.E.B.; Ringdal, R.; Moksnes, U.K. (2017). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications of School Health Services. *Journal of School Nursing*, doi.org/10.1177/1059840517732125

Ringdal, R.; Eilertsen, M.E.B.; Bjørnsen, H.N.; Espnes, G.A.; Moksnes, U.K. (2017). Validations of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale among Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*
doi: 10.1177/1403494817735391

Bjørnsen, H.N., Ringdal, R., Eilertsen, M.E.B., Espnes, G.A., Holmen, N.S., & Moksnes, U.K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. *Sykepleien* 2018 106 doi: 10.4220/Sykepleiens.2018.65075

Moksnes, U.K. (2017). Om selvfølelse og psykisk helse. *Tidsskrift for helsesøstre*, 3, 16-21.

Innledning og oppsummering av rapporten

Denne rapporten oppsummerer resultater fra et prosjekt som overordnet omfatter undersøkelse av psykisk helse og velvære hos ungdom samt ungdoms opplevelse av skolehelsetjenestens rolle og funksjon. Data ble samlet inn høst 2016 og vår 2017 og omfatter kvalitative og kvantitative data fra fem videregående skoler i Trondheim kommune. Prosjektet er del av et større prosjekt, 'Health Promotion Worthwhile?- Reorienting Community Health Care Services', finansiert av Norges Forskningsråd og NTNU. Prosjektet er basert på samarbeid med tidligere Sør-Trøndelag Fylkeskommune og Trondheim kommune ved helsesøstre som har initiert Mest for ungdom (MEST) i videregående skoler (VGS) (Heimdal, Charlottenlund, KVT, Skjetlein og Tiller). Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Prosjektet ble gjennomført i to trinn; første trinn omfattet kvalitative gruppeintervju med ungdom og andre trinn omfattet gjennomføring av spørreundersøkelsen «Skolehelsetjenesten og psykisk helse hos ungdom». I gruppeintervjuene ble ungdommene spurt om deres erfaringer med MEST, hvilke behov de mener ungdom har når det gjelder psykisk helse i skolen og skolehelsetjenestens rolle og funksjon for ungdom i VGS. Resultatene fra gruppeintervjuene ble benyttet som grunnlagsmateriale for spørreundersøkelsen som omfattet undersøkelse av ungdoms subjektive helse, psykiske helse og velvære og betydning av ulike individuelle og kontekstuelle faktorer som er viktig for psykisk helse, samt opplevelse av helsesøsters/skolehelsetjenestens rolle og funksjon når det gjelder helsearbeid i VGS. I denne rapporten er målet å gi en enkel oversikt og se på de «store linjene» fra de to datasamlingene. Resultatene presenteres hovedsakelig i form av frekvenser og gjennomsnitt i tabeller og figurer. Enkelte steder er det også inkludert missing informasjon i tekst og tabeller/figurer som viser hvor mange av elevene som ikke har svart på spørsmålene. Når det gjelder rapportering av utvalgsstørrelse for de ulike spørsmålene vil dette variere noe avhengig om man ser på hele totalutvalget eller om man ser på fordeling for kjønn. Derfor kan rapportering av utvalgsstørrelsen variere noe i tekst og figur. I presentasjonen av resultatene er det lagt vekt på at enkeltelever og klasser ikke skal kunne gjenkjennes og det presenteres derfor hovedsakelig kjønns- og aldersforskjeller for alle skolene samlet.

Deltakere i datainnsamlingene

Kvalitative data: Deltakere i gruppeintervjuene besto av totalt fem grupper med 6-10 ungdommer i hver gruppe. De fleste gruppene inkluderte begge kjønn men hadde hovedvekt av jenter, mens en gruppe besto av bare jenter. Elevene kom fra alle klassetrinn og fra ulike studieretninger ved Tiller, Heimdal, Skjetlein og Trondheim katedralskole.

Kvantitative data: Spørreundersøkelsen ble gjennomført på høsten og våren i løpet av et skoleår for å følge stabilitet/ending på hvordan ungdom svarte på spørsmålene i løpet av dette tidsrommet.

I første datainnsamling høsten 2016 (T1) ble spørreskjemaet delt ut til 2145 elever ved de fem skolene og 2087 besvarte undersøkelsen (svarprosent 97 %), noe som gir et godt grunnlag for å si noe om ungdoms helse og skolehelsetjenesten. Alder for elever som inngår i resultatene i denne rapporten var 1816 elever 15-21 år (gjennomsnittsalder på 17 år). Kjønnfordelingen var nokså jevn der 51.4% var jenter og 48% var gutter (0.6% hadde ikke rapportert kjønn).

I andre datasamling våren 2017 (T2) deltok fire skoler (en skole valgte å ikke være med). Spørreskjemaet ble utdelt til 1127 elever og 1054 besvarte skjemaet (svarprosent 93.5%). Kjønnfordelingen var nokså lik, der 51.6% var jenter og 47.2% var gutter (1.2% hadde ikke rapportert kjønn). Alder for elever som er inkludert i analysene var 16-21 år (gjennomsnittsalderen var 17 år). I de to datainnsamlingene var det 351 ungdommer i alderen 15 – 20 år som kunne identifiseres å ha besvart spørreskjemaet både høst og vår. Det vil si at det overordnet er ulike ungdommer som har besvart spørreskjemaet på de to datainnsamlingene (T1 og T2) slik at resultater fra hver datainnsamling presenteres separat. I tillegg presenteres resultater for elever som besvarte begge måletidspunkt.

Prosedyre

Prosjektet er godkjent i REK-mid (REK 2014/1996). Skoler ble rekruttert gjennom rektor og informasjon ble gitt til alle elever gjennom et skriftlig informasjonsbrev og en informasjonsvideo presentert på skolens interne informasjonsplattform. Det ble fremhevet at det var frivillig å delta i undersøkelsen og at det ikke hadde noen konsekvenser for elevene dersom de ikke ønsket å delta. De som ikke ønsket å delta kunne levere et blankt spørreskjema og jobbe med skolearbeid. Elever yngre enn 16 år måtte ha skriftlig samtykke fra foresatte for å delta mens elever 16 år eldre samtykket ved å besvare spørreskjemaet.

Spørreskjemaet ble administrert ved hjelp av lærere i løpet av en skoletime i høsten 2016 og våren 2017. Spørreskjemaet inneholdt enkeltpørsmål som omfatter elevenes opplevelse av skolehelsetjenestens/helsesøsters funksjon og velutviklede skalaer som er godt utprøvd nasjonalt og internasjonalt for å måle hvordan ungdom opplever sin helse og personlige og kontekstuelle faktorer som har betydning for helsa.

Temaområder i spørreskjemaet:

- Livskvalitet og psykisk velvære
- Symptomer på angst og depresjon
- Psykiske og fysiske helseplager
- Informasjon og kunnskap om helse og psykisk helse
- Sosial støtte, kvalitet i sosiale relasjoner og skoletrivsel
- Helseatferd (rusmidler, kosthold, fysisk aktivitet, søvn)
- Stress og mestringsressurser som selvfølelse, resiliens, mestringsstro
- Skolehelsetjenestens rolle og funksjon og betydning av MEST

Oppsummering av resultatene

Ungdomstid er en periode i livet der det skjer forandringer både fysisk, psykisk, kognitivt og sosialt. Den unge skal finne ut hvem man er og se seg selv i et større perspektiv. Det skjer også en løsrivelsesprosess fra foreldre/foresatte, samtidig som venner får en større betydning. I tillegg øker krav og forpliktelser relatert til ulike livsområder som den unge må lære og mestre. De fleste unge opplever ungdomstiden som en fin og spennende fase og kommer vellykket gjennom den med de endringer og utfordringer man møter på mange områder; men enkelte kan også oppleve den som vanskelig. Å få informasjon om ungdoms hverdagsliv, helse og trivsel, samt hvordan ungdom opplever skolehelsetjenesten er viktig for helsefremmende og forebyggende folkehelsearbeid blant ungdom der skolen er en viktig arena for tiltak på befolknings-, gruppe-, og individnivå.

Psykisk helse og velvære: Ungdommene i undersøkelsen rapporterte å ha overordnet «god» eller «svært god» selvvardert helse (66%-73%), middels høye skårer på tilfredshet med livet og over middelverdien på psykisk velvære både høst (T1) og vår (T2). De rapporterte relativt lave skårer på fysiske helseplager og nokså «midt på skalaen» når det gjelder symptomer på angst og depresjon i begge datainnsamlingene. Skåren på symptomer på depresjon og angst var høyere på våren (T2) enn høsten (T1) for elever som hadde svart på

begge måletidspunktene. Jenter hadde signifikant høyere skåre på symptomer på depresjon og angst og fysiske helseplager enn gutter og gutter rapporterte signifikant høyere skåre på psykisk velvære og tilfredshet med livet. Jevnt over var det ingen store aldersforskjeller på ungdommenes gjennomsnittsskåre på noen av de ovennevnte skalaene.

Stress og mestring: Når det gjelder opplevelse av stress og personlige mestringsressurser, skåret ungdommene omtrent «midt på skalaen» i begge datasamlingene på områdene som omhandlet stress, mestringstro, resiliens (motstandskraft) og selvfølelse. Jenter hadde signifikant høyere stressnivå enn gutter, mens gutter hadde signifikant høyere mestringstro og selvfølelse enn jenter på begge måletidspunktene. Når det gjelder opplevelse av resiliens var det imidlertid ingen kjønns-, - eller aldersforskjeller. Spørreskjemaet inneholdt også en skala vedrørende kunnskap om faktorer som er viktig for god psykisk helse, der ungdommene hadde høy gjennomsnittsskåre på begge måletidspunkt. Ingen kjønns- eller aldersforskjeller ble funnet på skalaen, men ungdommene som hadde deltatt på begge datainnsamlingene hadde signifikant høyere skåre på våren (T2) enn høsten (T1).

Sosial støtte: En viktig mestringsressurs for psykisk helse er opplevelse av sosial støtte og kvalitet i sosiale relasjoner med familie og venner. Ungdommene hadde relativt høye skåre på opplevelse av sosial støtte på begge måletidspunkt. Dette indikerer at ungdommene opplever høy grad av støtte fra «signifikante andre» og opplever at de har noen som er der når de trenger det. Det var imidlertid en andel på ca. 11% i T1 og 19% i T2 som svarte at de «ofte» eller «svært ofte» er ensomme. På spørsmål om ungdommene opplever å bli mobbet/plaget av jevnaldrende, svarte majoriteten at de «aldri» blir det, mens ca. ¼ opplever at jevnaldrende «av og til» erter/hvisker/gjør narr. Ca. 5% opplever at de «av og til» blir fysisk plaget og 8% opplever at de «av og til» blir plaget på sosiale media. Samtidig er skoletrivselen høy og majoriteten trives med lærere og medelever, der en liten andel (2.8% - 6%) svarte at de trives dårlig på skolen.

Helseatferd: Spørreskjemaet inneholdt også spørsmål om helseatferd som inkluderer spørsmål om fysisk aktivitet, søvnvaner, kosthold og bruk av rusmidler. Majoriteten (70%) av ungdommene rapporterte at de drikker alkohol sjelden eller én gang i uka. Det samme gjelder bruk av snus og røyk. Det var også en liten andel (2.2%-3.8%) som rapporterte at de røyker hver dag, mens andelen som bruker snus hver dag var over fire ganger høyere (15%) sammenlignet med andelen som røyker. Når det gjelder kosthold, spiser de fleste (63%-88%) alle måltider 5-7 dager i uka; likevel er det en andel på 14%-19% som sjelden eller aldri spiser frokost. Når det gjelder fysisk aktivitet svarte de fleste (25%) at de er aktive så intensivt at de blir andpustne og svette 2-3 dager i uka eller mer, fulgt av fysisk aktivitet 4-6 dager i

uka (24%). En liten andel på ca. 4% er aldri eller sjelden fysisk aktive. Når det gjelder søvnvaner, ble disse spørsmålene justert noe fra første til andre datasamling etter anbefalte retningslinjer for søvn. I T2 svarte ca. 58% at de sover ca. 6-7 timer om natten, 21% sover 8-9 timer, ca. 19% sover under 6 timer og 1.7% sover over 9 timer. Når det gjelder søvn på ettermiddagen, svarte 15% at de sover inntil 30 min og ca. 16% sover fra 30 min -1 time, mens ca. 5.6% sover over 2 timer på ettermiddagen.

Skolehelsetjenesten: Når det gjelder rolle og betydning av skolehelsetjenesten og helsesøster ble det spurt hvor ofte ungdommene hadde gått til helsesøster, samt hvilke behov og hvilken funksjon ungdommene mente at helsesøster/skolehelsetjenesten skal ha. Når det gjelder spørsmål om hvor ofte ungdommene hadde oppsøkt helsesøster svarte ca. 25% (hovedsakelig jenter) at de hadde oppsøkt helsesøster 1-3 ganger. Godt over halvparten (60%) i T1 mente at skolehelsetjenesten fungerer «bra» eller «svært bra» (hovedsakelig jenter), mens en lavere andel (42%) svarte tilsvarende i T2. Omtrent 28% i T1 og 48% i T2 svarte at de er nøytrale eller at de ikke har noen formening om kvaliteten på tjenestetilbudet og ca. 10% svarte at tjenestetilbudet fungerer dårlig/svært dårlig. Når det gjelder ungdoms syn på helsesøsters rolle/funksjon, var det spredning i svarene, men en noe større andel mente at helsesøster er tilstrekkelig tilstede, at de har tillit til helsesøster og opplever at det er nyttig at helsesøster har seminar/undervisning og individuelle samtaler. Når det gjelder ungdommenes ønsker fra skolehelsetjenesten var det også spredning i svarene, men de fleste svarte i retning av å «i stor grad» ha behov for åpen dør/individuelle samtaler, resept/prevensjonsveiledning, samt undervisning om psykisk/fysisk/seksuell helse, der behovet var noe høyere blant jenter enn gutter. En andel på ca. 30% svarte at de hadde deltatt på MEST i løpet av det siste skoleåret og ca. 50% svarte at de ikke hadde deltatt på MEST. Av de som hadde deltatt, var det på enkelte spørsmål spredning i svarene angående utbytte av å delta på MEST, men flertallet svarte i retning av at de hadde stort utbytte av å delta.

Del 1. Gruppeintervju med ungdom om MEST og skolehelsetjenesten

Her følger en oppsummering fra fire gruppeintervju som ble gjennomført våren 2016 med elever fra videregående skoler ved Tiller, Heimdal og Skjetlein. Intervjuene ble gjennomført for å undersøke ungdoms opplevelse av hva som er «utfordringsbildet» når det gjelder psykisk helse hos ungdom, samt ungdoms opplevelse av å delta på MEST og skolehelsetjenestens rolle og funksjon.

Hva bruker ungdommer helsesøster til?

Ungdommene svarte at de kontakter helsesøster for vaksiner, resepter, råd og veiledning, «alt generelt», og skole, venner og familie. Ungdommene mente at de kan komme til helsesøster med hvilket som helst problem, og at de kan spørre helsesøster om alt. Helsesøster er en «diten lege».

Sitat fra ungdommene:

- «Hjelp rett og slett».
- «Helsesøster er nesten som Google».

Hva ønsker ungdommer av skolehelsetjenesten?

Ungdommene svarte at de ønsker en mer tilgjengelig helsesøster som er mer tilstede på skolen. Ungdommene ønsker flere helsesøstre, men vil samtidig snakke med den samme personen. Ungdommene ønsket mulighet for timebestilling. Videre ville ungdommene ha mer informasjon om hva skolehelsetjenesten tilbyr (i form av hefte, plakat, og informasjon på tv-skjermer). Ungdommene ønsker både tilbud med åpen dør og MEST undervisning/seminar.

Hva trekker ungdommene frem som positivt med MEST-seminarene?

Alle ungdommene hadde deltatt på to eller flere seminarer og syntes temaene hadde vært relevante og viktige (søvn, stress, eksamen og tankevirus). Ungdommene svarte at de føler seg tryggere på helsesøster når hun er ute i klassene, der de får informasjon som de ellers ikke ville ha turt å spørre om. Ungdommene fortalte at seminarene bidrar til at det ikke blir like fremmed/stor terskel å spørre helsesøster om noe og at de blir kjent med helsesøster på en annen måte. Ungdommene ønsket seminarer oftere, gjerne en-to ganger i måneden. Sitat: «Interessante tema, så det blir ikke kjedelig selv om det er teori».

Hvilke tema ønsker ungdommene å ha seminar om?

Elevene ønsket seminar som omhandler søvn, stress, motivasjon, kroppspress, sosialt press, samhold, hvordan ta vare på de som er alene og kosthold.

Ungdommene sine tips til mulige endringer av seminarene

Elevenes tips omfattet å begrense antall plasser på seminarene. De ønsket også at helsesøster og andre som leder seminarene kommer med flere praktiske råd, gir konkrete eksempler som ungdommene kan sammenligne seg med og åpne opp for diskusjon og dialog med medelever.

Undervisning om psykisk helse

Ungdommene ønsket undervisning om psykisk helse, psykiske lidelser og kroppspress på skolen. Det kan holdes av både helsesøster, psykolog og lærer.

Ungdoms syn på resultatene fra Ungdataundersøkelsen i Trondheim

Her presenteres utvalgte funn fra ett gruppeintervju som omfatter ungdoms syn på hva de mener resultatene fra Ungdataundersøkelsen reflekterer når det gjelder forståelse av utfordringer i ungdomspopulasjonen. Intervjuet ble gjennomført i desember 2015 med ungdom fra Trondheim Katedralskole. Deltakerne inkluderte fem jenter og to gutter der alle klassetrinn var representert.

Ungdommene fortalte at det er et stort press fra mange områder når det gjelder å prestere på skolen, trening, og sosialt. Når det gjelder betydning av skolen ble respekt og likeverd fremhevet som to viktige faktorer som er positivt med skolen. Ungdommene svarte at de trives bedre på videregående enn på ungdomsskolen.

Viktige faktorer for å oppleve skoletrivsel er «det sosiale» og «muligheten til å velge hvilke fag man vil ha». Det ble også snakket om hvorfor ungdom hadde fravær på skolen; disse årsakene handlet om opplevelse av stort press.

Mulige årsaker til fravær:

- Ta seg en dag for å hente seg inn
- «Jeg trenger å ta meg igjen litt av og til»
- «Det er noen timer at man tenker at i dag så lærer jeg ingenting»

Mulige årsaker til at 20 % av ungdommene sier at de sliter psykisk

- «Press fra lærer»
- «Vil komme inn på skole senere og da må jeg ha et høyt snitt»
- Press fra seg selv og vennegjeng: «Du ser jo på de rundt deg og hvor bra de gjør det. Og du vil jo henge med»
- «Aldri noe rom til å ta en pause»
- «Generasjon prestasjon»
- «Du skal helst trene fem ganger i uka, eller hver dag hvis du får det til, og så få seks på hvert fall halvparten av tingene du gjør. Det er jo ikke sunt»

Hva ønsker ungdommene?

- «Spesielt foreldre bør kanskje stresse det her med at: Hei, vi er stolte av deg uansett hvor du havner i verden»
- «Tror vi mangler litt skolering i livet»
- Trenger noen som sier at det går bra uansett
- Flere helsesøstre som er mer tilgjengelige
- «Alle elever burde innom psykolog eller helsesøster i løpet av et skoleår. Da blir grensa lavere, hvis alle har vært det fra før»

Del 2 Spørreundersøkelsen «Skolehelsetjenesten og psykisk helse hos ungdom»

Bakgrunnsinformasjon for deltakere i spørreundersøkelsen

Tabell 1 viser en oversikt over bakgrunnsinformasjon til ungdommer som deltok i spørreundersøkelsen. Den største andelen deltakere var i alderen 16-18 år med relativt lik fordeling av jenter og gutter i alle aldersgrupper. De fleste rapporterte at både mor og far har høyere utdanning opptil fire år, eller mer enn fire år og at både mor og far er i arbeid på heltid. De fleste rapporterte også at de opplever at familien stort sett har hatt god råd de siste to årene. Når det gjelder ungdommenes fødested i T1/T2 (ikke vist i tabell), rapporterte ungdom at ca 90% er født i Norge og 7% er født i et annet land; 85% har mor som er født i Norge og 12% har mor født i et annet land. En andel på 83% rapporterte å ha far som er født i Norge og 13% har far født i et annet land.

Tabell 1: Bakgrunnsvariabler for deltakere i undersøkelsen

Kjønn og alder	T1 Total Frekvens (%)	T1 Jenter %	T1 Gutter %	T2 Total Frekvens (%)	T2 Jenter %	T2 Gutter %
15	34 (1.9)	1.2	0.7			
16	702 (38.9)	19.0	19.9	267 (27.1)	12.9	14.2
17	475 (26.3)	13.5	12.9	367 (37.2)	17.8	19.4
18	446 (24.7)	14.4	10.3	227 (23.0)	12.9	10.1
19	106 (5.9)	2.6	3.3	82 (8.3)	3.7	4.7
20	25 (1.4)	0.8	0.6	35 (3.5)	0.8	2.7
21	17 (0.9)	0.2	0.7	8 (0.8)	0.3	0.5
Familieøkonomi						
Vi har hatt dårlig råd hele tiden	34 (1.9)	1.2	0.7	16 (1.7)	0.6	1.0
Vi har stort sett hatt dårlig råd	76 (4.3)	2.9	1.4	43 (4.5)	2.8	1.7
Vi har verken hatt dårlig råd eller god råd	405 (22.9)	11.9	10.9	179 (18.7)	9.9	8.8
Vi har stort sett hatt god råd	577 (32.6)	16.1	16.5	365 (38.1)	18.4	19.7
Vi har hatt god råd hele tida	680 (38.4)	19.5	18.8	354 (37.0)	17.1	19.9
Missing	44			38		
Foreldres utdanning						
	T1 Total Mor Frekvens (%)	T1 Total Far Frekvens (%)		T2 Total Mor Frekvens (%)	T2 Total Far Frekvens (%)	
Grunnskole	70 (4.0)	91 (5.3)		43 (4.5)	53 (5.6)	
Videregående skole	302 (17.3)	353 (20.5)		237 (24.8)	264 (27.9)	
Høgskole/universitet, opptil 4 år	450 (25.7)	307 (17.8)		255 (26.7)	187 (19.7)	
Høgskole/universitet, mer enn 4 år	452 (25.8)	450 (26.1)		216 (22.6)	227 (24.0)	

Vet ikke	476 (27.2)	521 (30.3)	203 (21.3)	216 (22.8)
Missing	66	94	41	48
Foreldres yrkesmessige status				
I arbeid på heltid	1257 (72.3)	1425 (83.4)	645 (67.9)	777 (82.7)
I arbeid på deltid	219 (12.6)	74 (4.3)	145 (15.3)	44 (4.7)
Permittert/arbeidsløs	48 (2.8)	53 (3.1)	27 (2.8)	24 (2.6)
Hjemmeværende	128 (7.4)	49 (2.9)	83 (8.7)	36 (3.8)
Annet	87 (5.0)	108 (6.3)	50 (5.3)	58 (6.2)
Missing	77	107	45	56
Totalt antall ungdommer	1816 (100)	1816 (100)	995 (100)	995 (100)

T1 = første datainnsamling, T2 = andre datainnsamling

Tabell 2 viser hvilken studieretning elever som har besvart undersøkelsen tilhører. I T1/T2 gikk den største andelen studiespesialisering, idrettsfag, og påbygging til generell studiekompetanse. De resterende elevene fordelte seg på yrkesfaglige og studieforberedende studieretninger.

Tabell 2 Studieretning elever i T1 og T2

Studieretning	T1 frekvens (%)	T2 frekvens (%)
Bygg-og anleggsteknikk	143 (7.9)	137 (13.8)
Design og håndverk	38 (2.1)	47 (4.7)
Elektro	27 (1.5)	19 (1.9)
Helse-og oppvekstfag	106 (5.8)	74 (7.4)
Idrettsfag	199 (11)	85 (8.5)
IKT Servicefag	2 (0.1)	1 (0.1)
Media og kommunikasjon	133 (7.3)	42 (4.2)
Musikk dans drama	109 (6.0)	30 (3.0)
Naturbruk	66 (3.6)	73 (7.3)
Påbygging og generell studiekompetanse	217 (11.9)	83 (8.3)
Service og samferdsel	98 (5.4)	83 (8.3)
Studiespesialisering	596 (32.8)	259 (26.0)
Teknikk og industriell produksjon	31 (1.7)	38 (3.8)
Toppidrett og fotball	12 (0.7)	1 (0.1)
Annet	22 (1.2)	4 (0.4)
Missing	17 (0.9)	19 (1.9)
Total	1816 (100)	995 (100)

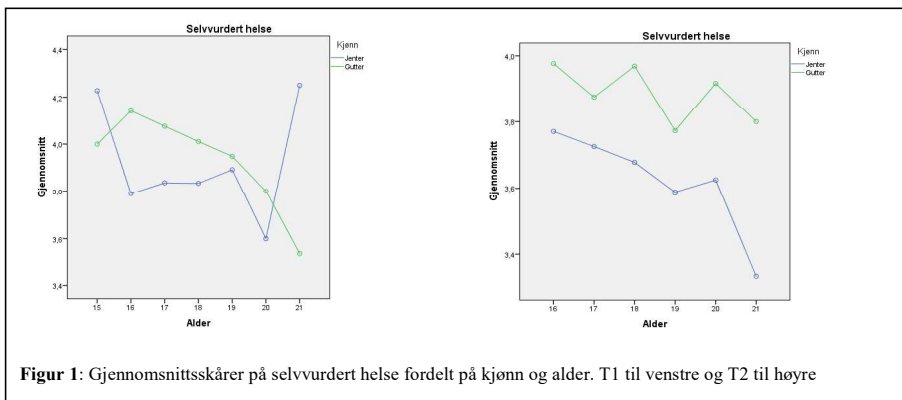
Selvurdert helse

Ungdomstiden er en periode der de aller fleste har overordnet god helse; imidlertid vet man også at en del unge fra starten til midten av ungdomstida rapporterer økende forekomst av ulike helseplager som psykiske problemer og psykosomatiske helseplager [1-3]. I den nasjonale Ungdatarapporten for 2017 rapporterte 64% av ungdom på VGS å være litt eller svært fornøyde med sin egen helse, der gutter jevnt over vurderte helsa si som mer positiv enn jenter [4]. Forståelse av helse er komplekst og beror på mange faktorer; imidlertid er det i helseforskning vanlig å finne en sosial gradient i helse. Jevnt over er det slik at jo høyere man befinner seg i det sosioøkonomiske hierarkiet, desto bedre er helsen [5], der de sosioøkonomiske variablene er uttrykk for en tilgang til en rekke ressurser – materielle, personlige og psykososiale – som igjen gir bedre helse. Ungdommene i undersøkelsen ble spurt et enkelt spørsmål om hvordan de vurderer sin egen helse; dette spørsmålet er funnet å være en god indikator på hvordan den faktiske helsa er [6,7]. De fleste ungdommene (73.4%) i T1 rapporterte å ha «god» eller «svært god» helse og 7.7 % av ungdommene svarte at de opplever «dårlig» eller «svært dårlig» helse (Tabell 3). Når en ser på kjønnsforskjeller ser man at det ikke er store ulikheter, men flere gutter enn jenter er mer fornøyde med egen helse. Det samme mønsteret ser man for ungdommer som svarte i T2. De aller fleste (66%) rapporterte «god» eller «svært god» helse mens 7% svarte at de har «dårlig» eller «svært dårlig» helse.

Tabell 3: Selvvurdert helse hos gutter og jenter (T1 N = 1816; T2 N = 995).

	T1 Jenter	T1 Gutter	T1 Total	T2 Jenter	T2 Gutter	T2 Total
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Svært dårlig	18 (1.0)	11 (0.6)	29 (1.6)	5 (0.5)	8 (0.9)	13 (1.4)
Dårlig	62 (3.5)	45 (2.6)	107 (6.1)	30 (3.2)	22 (2.4)	52 (5.6)
Veken god eller dårlig	194 (11.0)	137 (7.8)	331 (18.8)	144 (15.6)	105 (11.4)	249 (26.9)
God	426 (24.2)	334 (19.0)	760 (43.2)	194 (21.0)	198 (21.4)	392 (42.4)
Svært god	215 (12.2)	317 (18.0)	532 (30.2)	86 (9.3)	133 (14.4)	219 (23.7)
Total	915 (52.0)	844 (48.0)	1759 (100.0)	459 (49.6)	466 (50.4)	925 (100.0)

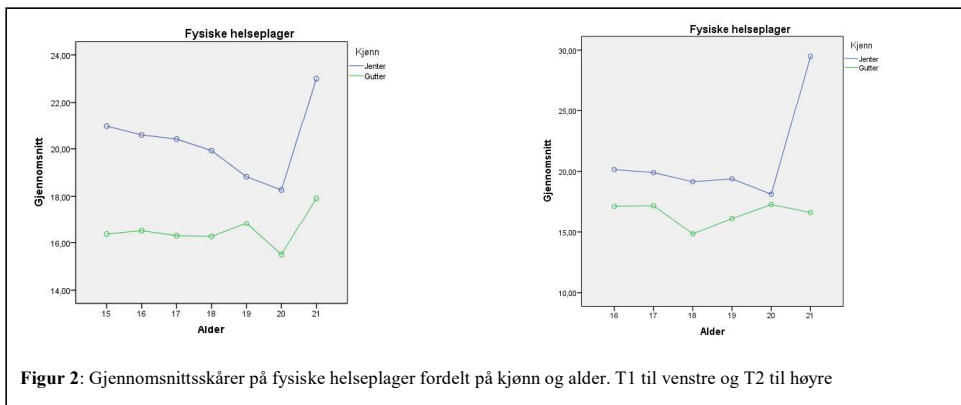
T1 = første datainnsamling (høst) T2 = andre datainnsamling (vår)



Figur 1 viser gjennomsnittsskårer på det samme spørsmålet om selvurdert helse for gutter og jenter i de ulike aldersgruppene. I T1 rapporterte gutter sin helse som bedre enn jenter i aldersgruppene 16-20 år, og jenter rapporterte sin helse som bedre enn gutter i aldersgruppene 15 og 21 år, men totalt sett var det ingen signifikante kjønnsforskjeller. Ingen signifikante forskjeller ble funnet på selvurdert helse mellom de ulike aldersgruppene, som indikerer at ungdom vurderer sin helse som relativt stabil i alle aldersgruppene. Resultatene i T2 viste at gutter rapporterte sin helse som signifikant bedre sammenlignet med jenter; men ingen forskjeller ble funnet mellom de ulike aldersgruppene. Når man sammenligner ungdommer som svarte på begge datainnsamlingene, hadde ungdommene signifikant lavere skåre (mer negativ vurdering) av selvurdert helse på våren (T2) sammenlignet med høsten (T1).

Når det gjelder fysiske helseplager innebærer det rapportering av smerter i nakke/rygg, armer og bein, brystkassen, mage og hodepine [9,10]. Skalaen som måler disse fysiske plagene er summert i en totalskåre som går fra 11 til 55 der høyere skåre indikerer mer plager. I begge datainnsamlingene rapporterte ungdommene i nedre del av skalaen (T1 gj.snitt 18.45; T2 gj.snitt 18.26), der ingen signifikant forskjell i plager ble funnet for ungdom som hadde svart på begge måletidspunktene. Når man ser på hver enkelt plage var nakke/skuldersmerter den hyppigst forekommende plagen, fulgt av hodepine og ryggmerter, spesielt hos jenter. Jenter hadde signifikant mer helseplager enn gutter på begge måletidspunkt; det var imidlertid ingen forskjeller mellom aldersgruppene (Figur 2). Funnene sammenfaller med

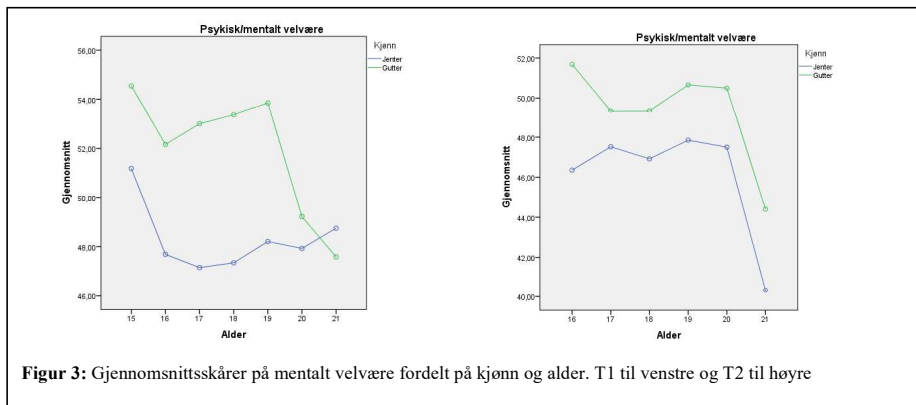
Ungdataresultater som også viser at de mest utbredte plagene er hodepine og smerter i nakke og skuldre, spesielt hos jenter [4].



Figur 2: Gjennomsnittsskårer på fysiske helseplager fordelt på kjønn og alder. T1 til venstre og T2 til høyre

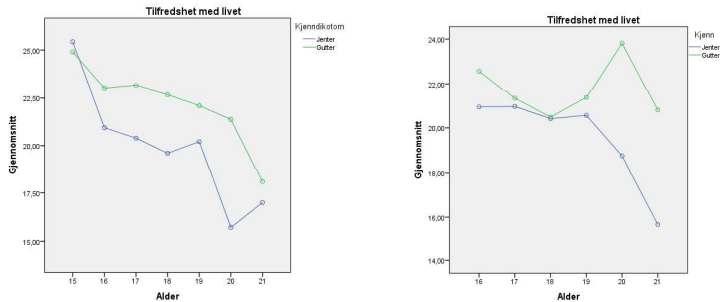
Psykisk helse og velvære og tilfredshet med livet

Psykisk helse er en viktig dimensjon i forståelsen av helse og livskvalitet og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser [8]. WHO definerer psykisk helse som ”En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.” Denne definisjonen av psykisk helse vektlegger betydningen av individets opplevelse av velvære og livskvalitet (well-being) som inkluderer opplevelse av positive følelser og tilfredshet, samt opplevelse av tilhørighet, utvikling og vekst, opplevelse av mening og autonomi og evne til å mestre påkjenninger [11,12]. Når det gjelder ungdoms opplevelse av god psykisk helse/velvære de siste to ukene ble dette målt med en skala som går fra 14 – 70, der høyere skåre indikerer bedre psykisk helse [13]. I begge datainnsamlingene rapporterte ungdommene i retning av den positive enden av skalaen (T1 gj.snitt 50.0; T2 gj.snitt 48.57); det var imidlertid ingen signifikant forskjell i gjennomsnittsskårer for ungdom som hadde svart på begge måletidspunktene. Gutter rapporterte signifikant bedre psykisk/mentalt velvære enn jenter (Figur 3) i begge datainnsamlingene, men ingen signifikante forskjeller ble funnet mellom aldersgruppene.



Figur 3: Gjennomsnittsskåre på mentalt velvære fordelt på kjønn og alder. T1 til venstre og T2 til høyre

Ungdommene ble spurt om å besvare en 5-spørsmål skala som måler ungdoms opplevelse av tilfredshet med livet [14]. Dette begrepet omfatter individets kognitive vurdering av å være tilfreds med livet som helhet og er en viktig dimensjon i forståelsen av subjektivt velvære og livskvalitet. Hvert spørsmål besvares på en skala fra 7 til 35, der høyere skåre indikerer høyere grad av tilfredshet. Resultatene viste at ungdommene i T1 skåret relativt midt på skalaen (nokså tilfreds) (21.04) der gutter hadde signifikant høyere skåre sammenlignet med jenter. Når man ser på alder hadde aldersgruppen 15 år signifikant høyere skåre enn aldersgruppene 18, 20, og 21 år (Figur 4). Når man ser på totalutvalget for T2 var gjennomsnittsskåren 20.64, der gutter hadde signifikant høyere skåre enn jenter. Det ble ikke funnet signifikante aldersforskjeller i utvalget. Når man sammenligner gjennomsnittsskårene for de som svarte på begge måletidspunktene, rapporterte ungdommene signifikant høyere gjennomsnittsskåre på tilfredshet med livet på høsten (T1) sammenlignet med våren (T2).

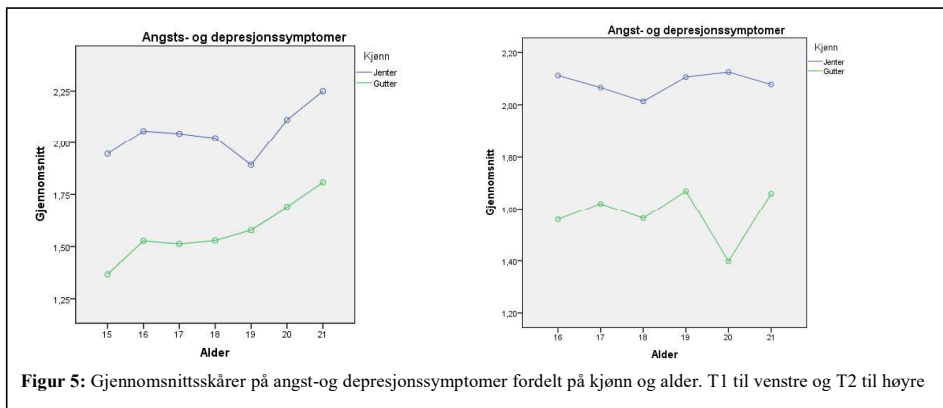


Figur 4: Gjennomsnittsskårer på tilfredshet med livet fordelt på kjønn og alder. T1 til venstre og T2 til høyre

Symptomer på depresjon og angst

Selv om de aller fleste ungdommer i ungdomsårene har god helse er denne perioden også en sårbar periode der man i starten til midten av ungdomsårene ser en økende forekomst av psykiske problemer, spesielt hos jenter [8,11]. I forskningslitteraturen er det relativt stor enighet om at psykiske plager utvikles i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer hos den enkelte [8]. Det er også vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager er tilstander som oppleves som belastende, men som ikke tilfredsstillende diagnosekriterier, mens psykiske lidelser brukes når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Felles for alle er at de i ulik grad påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte, relasjoner med andre og livskvalitet. I Norge regner man med at ca 15-20% av barn og ungdom mellom 3-18 år opplever symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser i en slik grad at det påvirker hverdagslivets fungering. Andelen jenter mellom 15 og 20 år som får diagnostisert en psykisk lidelse har økt markant de siste fem år [8]. De vanligste psykiske lidelsene hos jenter i denne aldersgruppen er depresjon, angst, tilpassingsforstyrrelser og spiseforstyrrelser [8,12]. I spørreundersøkelsen ble ungdommene spurt om å besvare en 10-spm skala som måler symptomer på depresjon og angst i løpet av de siste to ukene [15]. Hvert spørsmål besvares fra 1 til 4, der høyere skåre indikerer mer plager. I begge datainnsamlingene rapporterte ungdommene relativt midt på skalaen (T1: gj.snitt 1.79; T2: gj.snitt 1.82). Jenter rapporterte signifikant mer symptomer enn gutter i begge datainnsamlingene; det var imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom

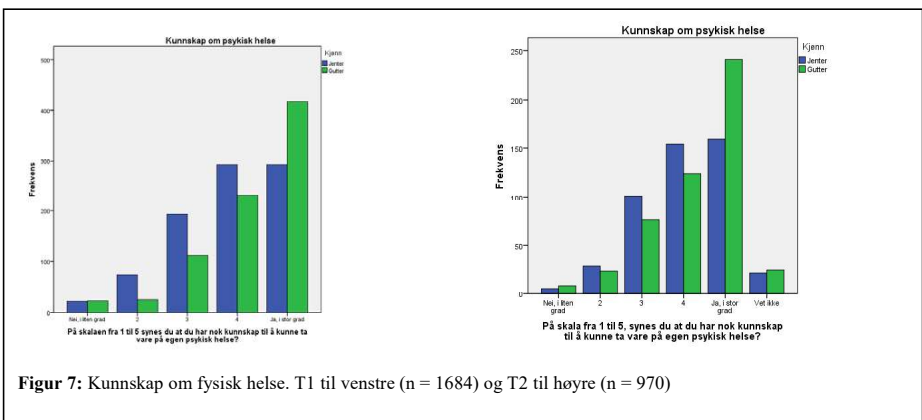
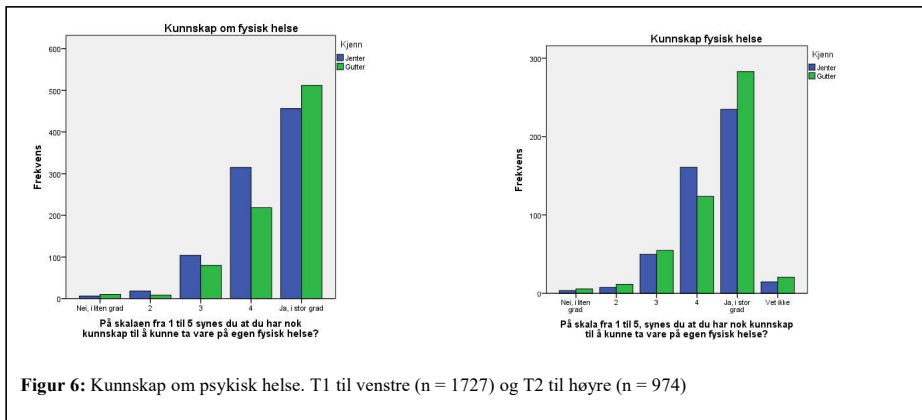
aldersgruppene (Figur 5). Når man sammenligner gjennomsnittsskårene for de som svarte på begge måletidspunktene, rapporterte ungdommene signifikant høyere skåre på symptomer på angst og depresjon i T2 (vår) sammenlignet med T1 (høst).



Figur 5: Gjennomsnittsskårer på angst-og depresjonssymptomer fordelt på kjønn og alder. T1 til venstre og T2 til høyre

Kunnskap om psykisk og fysisk helse

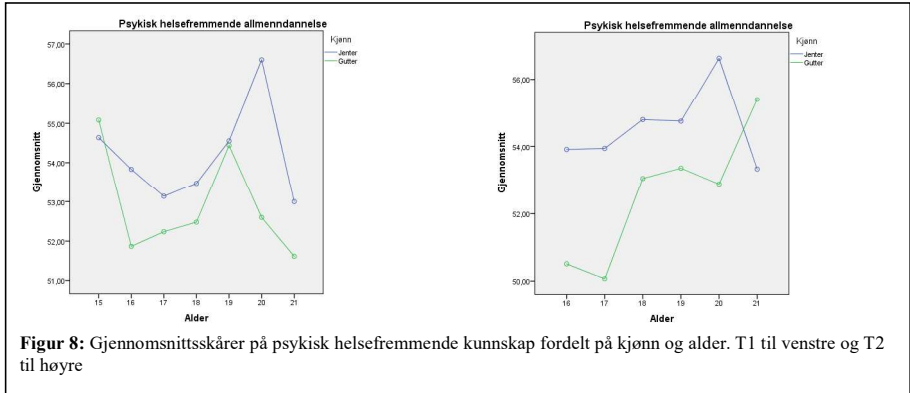
Når det gjelder ungdoms opplevelse av å ha kunnskap relatert til å ta vare på egen helse ble det spurt et enkelt spørsmål om ungdommene opplevde av de har nok kunnskap til å ta vare på egen helse fysisk og psykisk. Hvis man ser på skalaen uten å ta høyde for kjønn (1733 besvarte spørsmålet), rapporterte 56% i T1 og 53.3% i T2 (980 besvarte spørsmålet) at de i stor grad opplever å ha tilstrekkelig kunnskap om fysisk helse. Når det gjelder psykisk helse, rapporterte totalt 42.1% i T1 og 41.1% i T2 at de i stor grad opplever å ha tilstrekkelig kunnskap, der andelen var noe høyere blant gutter enn jenter på hver av områdene (Figur 6 og Figur 7). Bare 0.9% rapporterte at de opplever å i liten grad ha kunnskap om fysisk helse og 2.7% rapporterte å i liten grad ha kunnskap om psykisk helse i T1. I T2 rapporterte bare 1% å ha dårlig kunnskap om fysisk helse og 1.5% dårlig kunnskap om psykisk helse.



Psykisk helsefremmende kunnskap

Figur 8 viser hvordan ungdom svarer på en skala om psykisk helsefremmende kunnskap, som omfatter kunnskap om faktorer som er viktig for å ta vare på og fremme egen psykisk helse der autonomi, tilhørighet og kompetanse er viktige områder [16]. Skalaen går fra 10 (manglende kunnskap) til 60 (høy grad av kunnskap). Ungdom i T1 hadde en gjennomsnittsskåre på 53.04 og i T2 var gjennomsnittsskåren 52.82, noe som indikerer at de fleste svarer relativt høyt på skalaen. Figuren viser gjennomsnittsskåre på skalaen for gutter og jenter i de ulike aldersgruppene for begge datasamlingene. Ingen signifikante kjønns- eller

aldersforskjeller ble funnet når det gjelder nivå av kunnskap om faktorer som er viktig for god psykisk helse, til tross for at jenter stort sett hadde høyere gjennomsnittsskårer enn gutter. Når man ser på ungdom som svarte på begge måletidspunktene, rapporterte de en signifikant høyere gjennomsnittsskåre i T2 sammenlignet med T1.



Helseatferd

I undersøkelsen ble det spurt om hvor ofte ungdom drikker alkohol, røyker og bruker snus, samt spurt om hvor ofte de spiser måltider. I T1 (Tabell 4) svarte de fleste ungdommene at de aldri røyker og andelen som svarte at de røyker flere ganger i uka eller hver dag er nokså liten. Når det gjelder bruk av snus svarte totalt 68.6% at de aldri bruker snus mens 15% svarte at de bruker snus daglig. Når det gjelder alkohol svarte majoriteten at de sjelden eller aldri drikker alkohol. En liten andel på 1% rapporterte at de drikker alkohol flere ganger i uka. Når det gjelder kosthold rapporterte de aller fleste at de spiser frokost, skolemåltid og middag hver dag og en langt mindre andel svarte at de sjelden eller aldri spiser disse typene måltider. I T2 (Tabell 5) ser man det samme svarmønsteret, der majoriteten rapporterte at de aldri eller sjelden røyker, bruker snus eller drikker alkohol, samt at de fleste rapporterte at de spiser både frokost, skolemåltid og middag 5 – 7 dager i uka. Funnene om bruk av røyk og snus i Ungdataundersøkelsen viste at en andel på 8% av guttene og 4% av jentene på VGS rapporterte å røyke ukentlig og en andel på 24% av guttene og 18% av jentene rapporterte å bruke snus ukentlig [4].

Tabell 4: Kosthold og rusmidler T1

Frekvens (%)	Aldri	Sjelden	1 dag i uka	2-4 dager i uka	5-7 dager i uka	Missing	Total
Røyker	1293 (71.2)	305 (16.8)	47 (2.6)	40 (2.2)	69 (3.8)	62 (3.4)	1816 (100)
Snuser	1210 (68.6)	197 (10.8)	30 (1.5)	54 (3.0)	272 (15.0)	53 (2.9)	1816 (100)
Drikker alkohol	523 (28.8)	771 (42.5)	395 (21.8)	53 (2.9)	19 (1.0)	55 (3.0)	1816 (100)
Spiser frokost	71 (3.9)	196 (10.8)	52 (2.9)	309 (17.0)	1146 (63.1)	42 (2.3)	1816 (100)
Spiser skolemåltid	37 (2.0)	83 (4.6)	42 (2.3)	344 (18.9)	1270 (69.9)	40 (2.2)	1816 (100)
Spiser middag	12 (0.7)	16 (0.9)	17 (1.0)	133 (7.3)	1598 (88.0)	40 (2.2)	1816 (100)

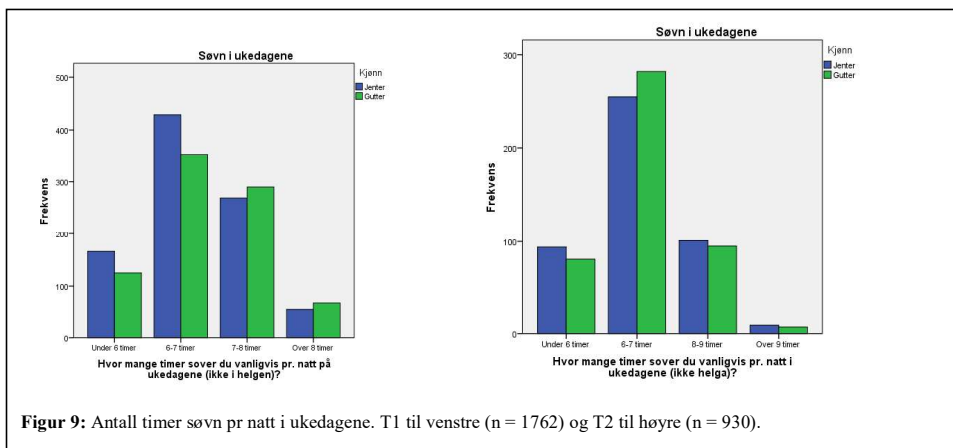
Tabell 5: Kosthold og rusmidler T2

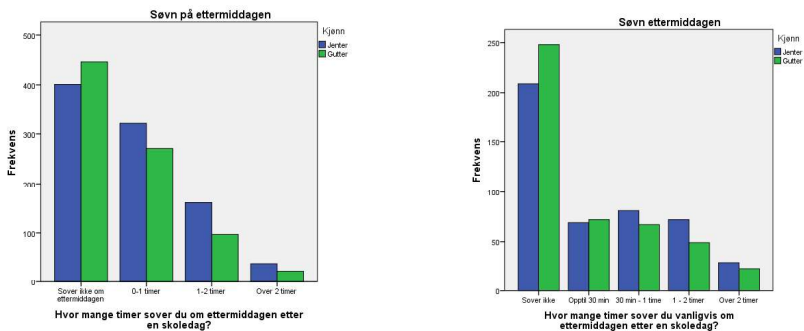
Frekvens (%)	Aldri	Sjelden	1 dag i uka	2-4 dager i uka	5-7 dager i uka	Missing	Total
Røyker	667 (67.0)	171 (17.2)	39 (3.9)	29 (2.9)	35 (3.5)	54 (5.5)	995 (100)
Snuser	624 (62.7)	88 (8.8)	23 (2.3)	24 (2.4)	180 (18.1)	56 (5.7)	995 (100)
Drikker alkohol	243 (24.4)	393 (39.5)	227 (22.8)	53 (5.3)	22 (2.2)	57 (5.8)	995 (100)
Spiser frokost	61 (6.1)	129 (13.0)	44 (4.4)	190 (19.1)	513 (51.6)	58 (5.8)	995 (100)
Spiser skolemåltid	12 (1.2)	44 (4.4)	25 (2.5)	188 (18.9)	671 (67.4)	55 (5.6)	995 (100)
Spiser middag	6 (0.6)	7 (0.7)	14 (1.4)	78 (7.8)	834 (83.8)	56 (5.7)	995 (100)

Søvn

God søvn er helt avgjørende for god helse og velvære [17-19]. Det er store forskjeller på hvor mye søvn vi trenger for å føle oss uthvilt, det er derfor viktig å ikke vurdere søvnen utelukkende basert på antall timer man sover der søvnkvaliteten er vel så viktig som antall timer. Spørreskjemaet inkluderte to spørsmål om ungdoms søvnvaner som omfattet hvor mye de sover om natten og på ettermiddagen etter en skoledag (Figur 9 og 10). Når man ser på ungdoms søvnvaner/søvnmonster i ukedagene i T1, svarte 44.5% (spesielt gutter) at de sover mellom 6-7 timer pr natt, fulgt av 7-8 timer (31.9%). Andelen som sover over 8 timer pr natt var på 7.1% og 16.5% sover mindre enn 6 timer pr natt. Når man ser på antall timer ungdom sover på ettermiddagen etter en vanlig skoledag (1766 bevarte spørsmålet), rapporterte 48.1% at de ikke sover på ettermiddagen, 33.7% sover 0-1 timer, 14.7% sover 1-2 timer og 3.5% sover over 2 timer. Andelen som sover på ettermiddagen var noe høyere hos jenter enn gutter. En andel på 0.4% sover over 8 timer pr natt og sover over 2 timer om ettermiddagen og en andel på 1.8% som sover under 6 timer pr natt sover over 2 timer på ettermiddagen.

I T2 ble spørsmålene om søvn redigert noe, der svarkategoriene som omhandler antall timer søvn pr natt ble inndelt etter om man sover omtrent 8 timer og om man sover mindre eller mer enn 8 timer. Søvn på ettermiddagen ble også differensiert mer, der man skilte mellom de som sover opp til 30 min og de som sover mer. De aller fleste av de 930 som var i utvalget svarte at de sover 6 – 7 timer pr. natt (58.3%), fulgt av 8 – 9 timer pr. natt (21.1%). Andelen som sover under 6 timer var 18.9% og 1.7% sover over 9 timer. Halvparten (49.6%) svarte også at de ikke sover på ettermiddagen, mens 15.3 % sover opptil 30 min og 16.4% svarte at de sover mellom 30 min – 1 time på ettermiddagen. En andel på 13.1% rapporterte at de sover 1-2 timer og 5.6% rapporterte at de sover over 2 timer om ettermiddagen. En andel på 0.7% rapporterte at de sover over 9 timer pr natt og sover over 2 timer på ettermiddagen og en andel på 2.4% oppgir at de sover under 6 timer pr natt og sover over 2 timer om ettermiddagen.

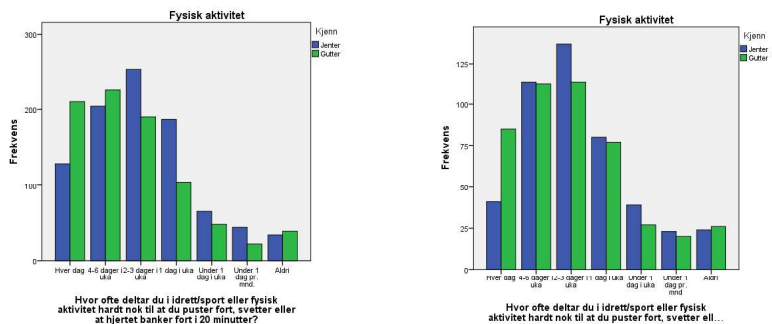




Figur 10: Antall timer søvnet på ettermiddagen etter en skoledag. T1 til venstre (n = 1766) og T2 til høyre (n = 926)

Fysisk aktivitet pr uke

Fysisk aktivitet er et overordnet begrep. I dette inngår mange termer som for eksempel lek, mosjon, idrett, trening og kroppsøving. Fysisk aktivitet kan grovt sett defineres som det å bevege seg og bruke kroppen. Å kartlegge fysisk aktivitet er derfor utfordrende og kan måles med frekvens, intensitet, varighet, type aktivitet og konteksten aktiviteten utføres. Et gjennomgående trekk er at gutter har et høyere aktivitetsnivå enn jenter. Videre ser man at det fysiske aktivitetsnivået synker jevnt fra seks-årsalderen til slutten av tenårene [20,21]. Figur 11 viser en fordeling av hvor ofte ungdommene i de to datainnsamlingene er aktive hver uke så intensivt at man puster fort, svetter og at hjertet banker fort i 20 minutter. De fleste av de totalt 1766 ungdommene som besvarte spørsmålet i T1 rapporterte å være fysisk aktive 2-3 dager i uka (25.4%), fulgt av fysisk aktivitet 4-6 dager i uka (24.4%) og fysisk aktivitet hver



Figur 11: Fysisk aktivitet pr. uke fordelt på kjønn. T1 til venstre (n = 1766) og T2 til høyre (n = 926)

dag (19.2%). En andel på 4.2% rapporterte at de er inaktive og 26.8% rapporterte å være aktive fra 1 dag i uka til under 1 dag pr. måned. Når en ser nærmere på kjønnsforskjeller, ser man at det er noe flere jenter som er aktive 1 dag i uka til 2-3 dager i uka. Det er imidlertid en noe høyere andel gutter enn jenter som er aktive 4-6 dager pr uke og som er aktive hver dag.

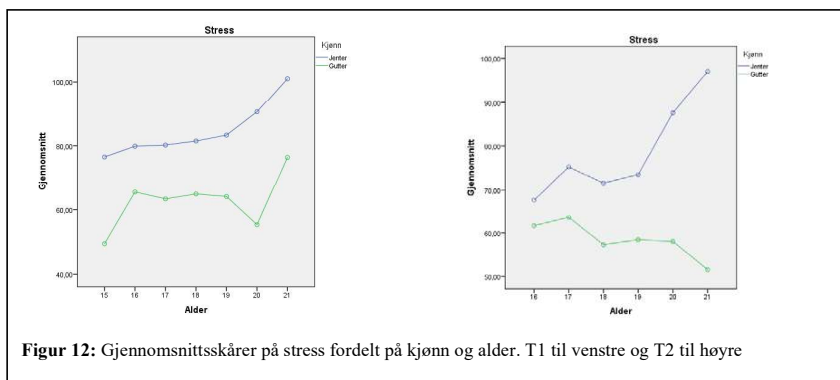
I T2 ser man det samme mønsteret for hvor ofte ungdommene er aktive pr uke, der den største andelen av de 926 som besvarte spørsmålet svarte at de er fysisk aktive 2-3 dager i uka (27.3%), 4-6 dager i uka (24.6%), fulgt av 1 dag i uka (17.1%). En andel på 13.6% er aktive hver dag. Når man ser på de som er mer inaktive, rapporterte 7.2% at de er aktive under 1 dag pr uke, 7.2% at de er aktive under 1 dag pr. måned, og 5.4% at de er inaktive. Når en ser på kjønnsforskjeller viser det seg at det ikke er store forskjeller, men en noe høyere andel jenter rapporterte å være aktive fra under 1 dag i mnd til 4-6 dager i uka. Det var imidlertid en høyere andel gutter som er aktive hver dag.

Stress

Skalaen som måler opplevelse av stress inneholder 30 spørsmål om vanlige kilder til stress i ungdoms hverdagsliv, som f.eks krav i forbindelse med skole, hjemmesituasjon, stress relatert til jevnaldrende og familie, samt økende voksenansvar [22]. Skalaen er summert som en totalskåre og går fra 30 (lav stresskåre) til 150 (høy stresskåre). Resultatene viste at ungdommene i T1 skåret omtrent midt på skalaen (gj.snitt 73.19) og noe lavere i T2 (gj.snitt 66.59). Jenter rapporterte signifikant høyere stressnivå enn gutter i begge datainnsamlingene. Figur 12 viser gjennomsnittsskårer på stress for gutter og jenter fordelt i aldersgrupper. Jenter hadde signifikant høyere skåre enn gutter i alle aldersgrupper, det var imidlertid ingen signifikante aldersforskjeller i stressnivå. Når vi sammenligner ungdommer som svarte på begge datainnsamlingene hadde ungdom en signifikant høyere gjennomsnittsskåre på stressnivå i T2 sammenlignet med T1.

I T2 ble det også spurt enkeltspørsmål om ungdommene følte press fra andre enn seg selv relatert til utseende, skoleprestasjoner, idrettsprestasjoner, når det gjelder å være sosial og vellykket, der rangeringen gikk fra 1 «I liten grad» til 5 «I stor grad» (ikke vist i figur). Når det gjelder spørsmål om utseende, fordelte svarene seg jevnt utover skalaen for de 920 elevene som besvarte spørsmålet, der de fleste (52.3%) (dobbelt så mange gutter som jenter) svarte under middelveidien i retning av at de i «liten grad» opplevde press, og 25.2% svarte over middelveidien i retning av at de i «stor grad» opplevde press relatert til utseende (dobbelt så mange jenter som gutter) (22.5% svarte middelveidi). Det samme mønsteret ser

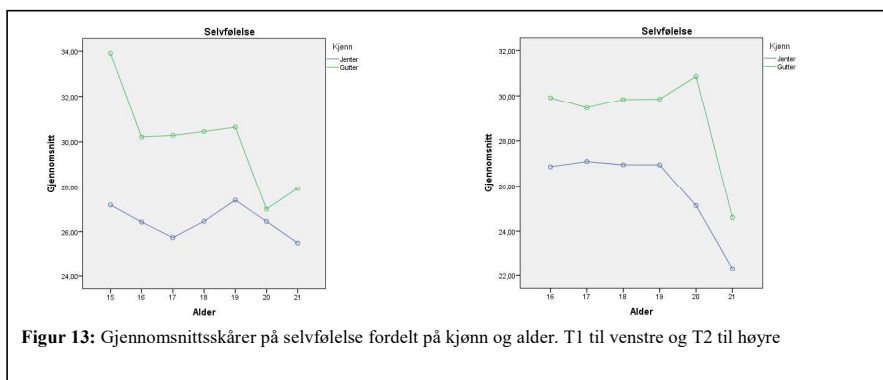
man relatert til skoleprestasjoner (922 besvarte spørsmålet), der ungdommenes svar fordelte seg jevnt på skalaen; 39.8% rapporterte i retning av å «i liten grad» oppleve press (dobbeltså stor andel gutter som jenter) og 36.5% rapporterte i øvre del av skalaen (i retning stor grad av press), med dobbelt så stor andel jenter som gutter (23.7% middelvei). Når det gjelder idrettsprestasjoner (921 besvarte spørsmålet), rapporterte 51.8% over middelveien på skalaen i retning av å oppleve høyere grad av press, med høyere andel jenter. En andel på 25.7% rapporterte i retning av å oppleve «liten grad» av press relatert til idrettsprestasjoner, med ganske jevn kjønnsfordeling (22.5% middelvei). På spørsmål om ungdommene opplever press relatert til å være sosial (917 besvarte spørsmålet), var det også en nokså jevn fordelingen av hvordan ungdommene svarte på skalaen, der 33.4% svarte i øvre del av skalaen i retning av å oppleve høyt press (høyere andel jenter enn gutter) og 41.1% svarte i nedre del av skalaen, med dobbelt så høy andel gutter på laveste verdi (liten grad av press) (25.5% middelvei). På spørsmålet om ungdommene opplever press relatert til det å være vellykket, var det nokså jevn fordeling av hvordan de 916 ungdommene svarte, der 37.2% rapporterte i retning av den øvre delen av skalaen med noe høyere andel jenter enn gutter, mens 40.6% svarte i den nedre delen av skalaen, med noe høyere andel gutter enn jenter (22.2% middelvei).



Figur 12: Gjennomsnittsskåre på stress fordelt på kjønn og alder. T1 til venstre og T2 til høyre

Selvfølelse

Selvfølelse er en viktig del av ungdoms selvforståelse og omfatter en helhetlig opplevelse av å ha egenverdi samt hvordan man oppfatter og tenker om seg selv [23]. Selvfølelse er viktig for opplevelse av psykisk helse og velvære der lav selvfølelse spesielt er relatert til symptomer på depresjon [23]. Skalaen som måler selvfølelse går fra 10 (lav selvfølelse) til 40 (høy selvfølelse). I T1 hadde ungdommene en gjennomsnittsskåre på 28.16, noe som viser at de skårer i retning av den positive enden av skalaen. Gutter rapporterte signifikant høyere selvfølelse sammenlignet med jenter; det var imidlertid ingen signifikante aldersforskjeller i selvfølelse. I T2 var gjennomsnittsskåren (gj.snitt 28.29) nokså lik som i T1 der gutter hadde signifikant høyere gjennomsnittsskåre på selvfølelse sammenlignet med jenter; ingen signifikante forskjeller ble funnet for alder. Det var heller ingen signifikante forskjeller i selvfølelse for ungdommer som svarte på begge måletidspunktene.

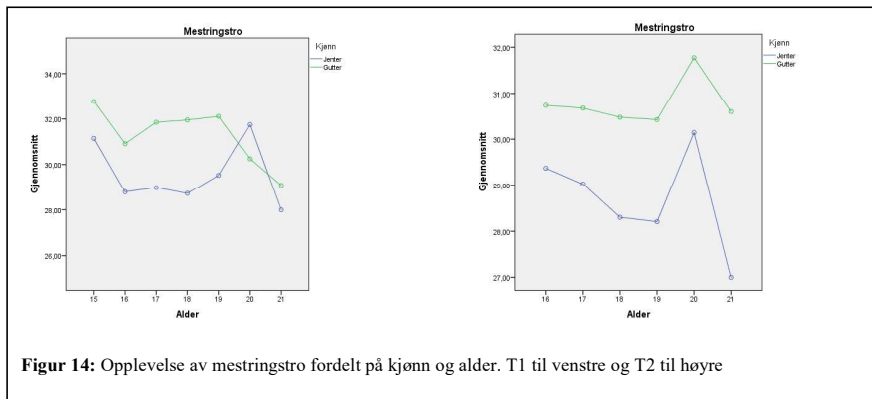


Figur 13: Gjennomsnittsskårer på selvfølelse fordelt på kjønn og alder. T1 til venstre og T2 til høyre

Mestringstro

Mestringstro omfatter i hvilken grad individet har en opplevelse og tro på at man har ressurser og kapasitet til å mestre utfordringer man opplever på ulike områder i livet [24,25]. Når man møter utfordringer er det ikke bare situasjonen i seg selv som er avgjørende for opplevelse av mestring, men også individet sin tro på at man har ressursene som trengs for å håndtere utfordringene. Denne opplevelsen kan variere med tanke på hvilke utfordringer det gjelder og er knyttet til individets tanker om seg selv og tidligere erfaringer med hvordan man mestrer ulike utfordringer. Skalaen som måler mestringstro går fra lav (10) til høy (40) mestringstro. Totalt hadde ungdom i T1 en gjennomsnittsskåre på 30, som vil si at ungdom overordnet har

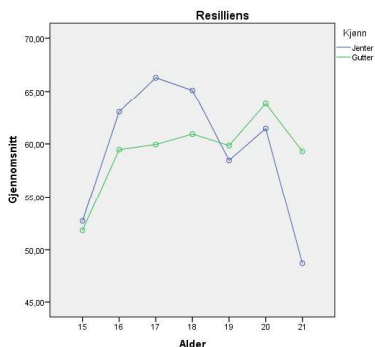
positiv tro på egen mestring. Gutter hadde signifikant høyere gjennomsnittsskåre på mestringstro enn jenter, men ingen forskjeller ble funnet for alder. I T2 hadde ungdom totalt en gjennomsnittsskåre på 29.75 og gutter hadde signifikant høyere skåre enn jenter. Ingen forskjeller ble funnet med hensyn til alder. Det ble heller ikke funnet signifikante forskjeller i gjennomsnittsskåre på mestringstro for ungdommer som svarte på begge måletidspunktene.



Resiliens (motstandskraft)

Resiliens er personlig ressurs som kjennetegnes av individets evne til positiv tilpasning i situasjoner der det er risiko for negativt utfall, psykisk eller atferdsmessig [26]. Å være resiliert kjennetegnes av å være psykisk «robust» eller motstandsdyktig og omhandler forståelse av faktorer i individet (f.eks evne til problemløsning, gode kommunikasjonsevner) og i miljøet (sosial støtte fra venner, familie) som virker beskyttende i situasjoner der man er utsatt for større stressende hendelser og påkjenninger. Å være resiliert innebærer slik å ha evne til å identifisere og ta i bruk ressurser man har i seg selv og omgivelsene slik at man mestrer utfordrende situasjoner på en helsefremmende måte. Et ofte brukt eksempel på denne egenskapen er barn som karakteriseres som «løvetannbarn» og som kjennetegnes av å inneha en robusthet slik at de klarer seg godt under unormalt vanskelige forhold. Spørsmål om resiliens var bare inkludert i T1 og ble målt med en skala som inneholder områdene å ha «positive personlige egenskaper», «familiestøtte» og ha «et støttende miljø utenfor familien». Skalaen går fra 28 (lav resiliens) til 140 (høy resiliens). Gjennomsnittsskåren for hele utvalget

var 106, noe som viser at ungdommene svarte i retning av den positive enden av skalaen. Jenter og gutter hadde nokså lik gjennomsnittsskåre på resiliens og det var ikke signifikante forskjeller i gjennomsnittsskårer på resiliens mellom kjønn eller aldersgrupper.



Figur 15: Skårer på resiliens fordelt på kjønn og alder fra T1

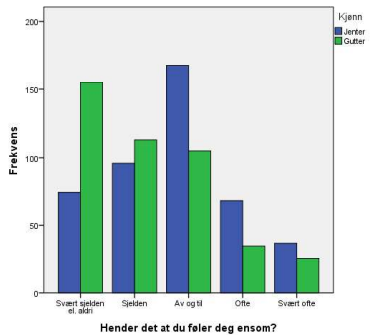
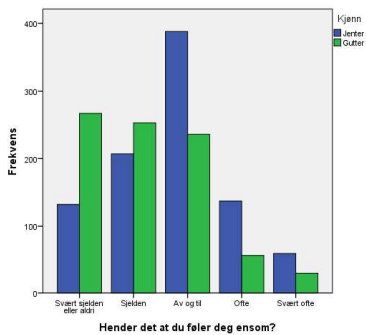
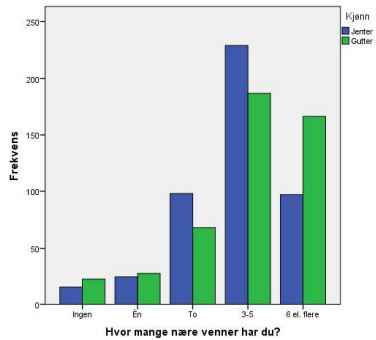
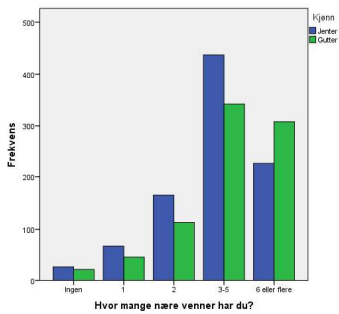
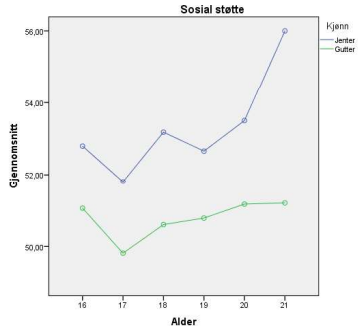
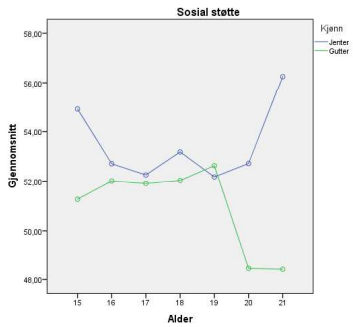
Sosial støtte fra familie og venner

Selv om en stor del av ungdomstiden handler om løsrivelse og økende selvstendighet, vedvarer som regel den emosjonelle nærheten til foreldrene som de viktigste omsorgspersonene i oppveksten. Ungdomstiden er også en fase der venner får stadig større betydning og er kilde til glede, støtte, samhörighet og bekreftelse. Sosial støtte og kvalitet i sosiale relasjoner er funnet å være viktig for ungdoms psykiske helse og livskvalitet [27] og ble målt med en skala som omfatter opplevelse av støtte fra familie og venner og signifikante andre gjennom at man opplever at man har noen som er der når man trenger det. Skalaen går fra 12 (lav sosial støtte) til 60 (høy sosial støtte) (Figur 16). I T1 skåret ungdommene relativt høyt på skalaen (gj.snitt 52.25), noe som indikerer at de fleste opplever god sosial støtte fra nær familie og omgangskrets. Jenter hadde signifikant høyere skåre enn gutter på opplevelse av sosial støtte, det var imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom de ulike aldersgruppene. I T2 hadde ungdommene noe lavere gjennomsnittsskåre på skalaen (gj.snitt 51.42), men det var ingen signifikante forskjeller mellom kjønn eller aldersgrupper. Det ble heller ikke funnet signifikante forskjeller på sosial støtte for ungdommer som svarte på begge måletidspunktene.

Når det gjelder ungdoms respons på spørsmål om hvor mange nære venner de har (de man anser at man kan snakke fortrolig med og som gir støtte når en trenger det), svarte 44.4%

av de totalt 1763 som besvarte spørsmålet i T1 at de har 3-5 venner (andelen høyere blant jenter enn gutter) og 30.6% svarte at de har 6 venner eller flere (andelen høyere blant gutter enn jenter). Det var 15.8% som svarte at de har 2 venner, 6.5% som har 1 venn og 2.7% som svarte at de ikke har noen venner. I T2 svarte også 44.3% av de totalt 940 som besvarte spørsmålet at de har 3-5 venner (noe høyere andel blant jenter enn gutter), 28% svarte at de har 6 venner eller flere (flere gutter enn jenter) og 17.9% svarte at de har 2 venner (høyere andel jenter enn gutter). Andelen som svarte at de har 1 venn var 5.7% og 4.1% rapporterte å ha ingen venner.

Ensomhet er en viktig faktor for opplevelse av dårligere psykisk helse og livskvalitet i ungdomstiden og i et livsløpsperspektiv [28] og en medvirkende faktor til at elever slutter på skolen [29]. Når det gjelder spørsmål om opplevelse av ensomhet (Figur 16), svarte 22.5% av de totalt 1775 som besvarte i T1 (flere gutter enn jenter) at de «svært sjelden eller aldri» føler seg ensomme. Det var 35.3% som svarte at de «av og til» opplever ensomhet, der andelen var nokså mye høyere hos jenter enn hos gutter, mens 11% av ungdommene svarte at de «ofte» eller «svært ofte» er ensomme, der andelen var litt høyere hos jenter enn hos gutter. Det samme mønsteret ser man i T2, der 50% av de totalt 881 som besvarte spørsmålet svarte at de «svært sjelden/aldri» eller «sjelden» føler seg ensom, mens 31.2% svarte at de «av og til» føler seg ensom. Resten av utvalget (18.8%) rapporterte at de «ofte» eller «svært ofte» føler seg ensom, der fordelingen mellom kjønn var nokså lik. Når man sammenligner med Ungdataresultatene fra 2017 rapporterer ca 17% av guttene og mellom 29-34% av jentene på VGS at de er ganske eller veldig mye plaget med ensomhet [4].



Figur 16: Opplevelse av ensomhet og kvalitet i sosiale relasjoner / sosial støtte T1 til venstre (n = 1763 – 1775) og T2 til høyre (n = 937 – 943)

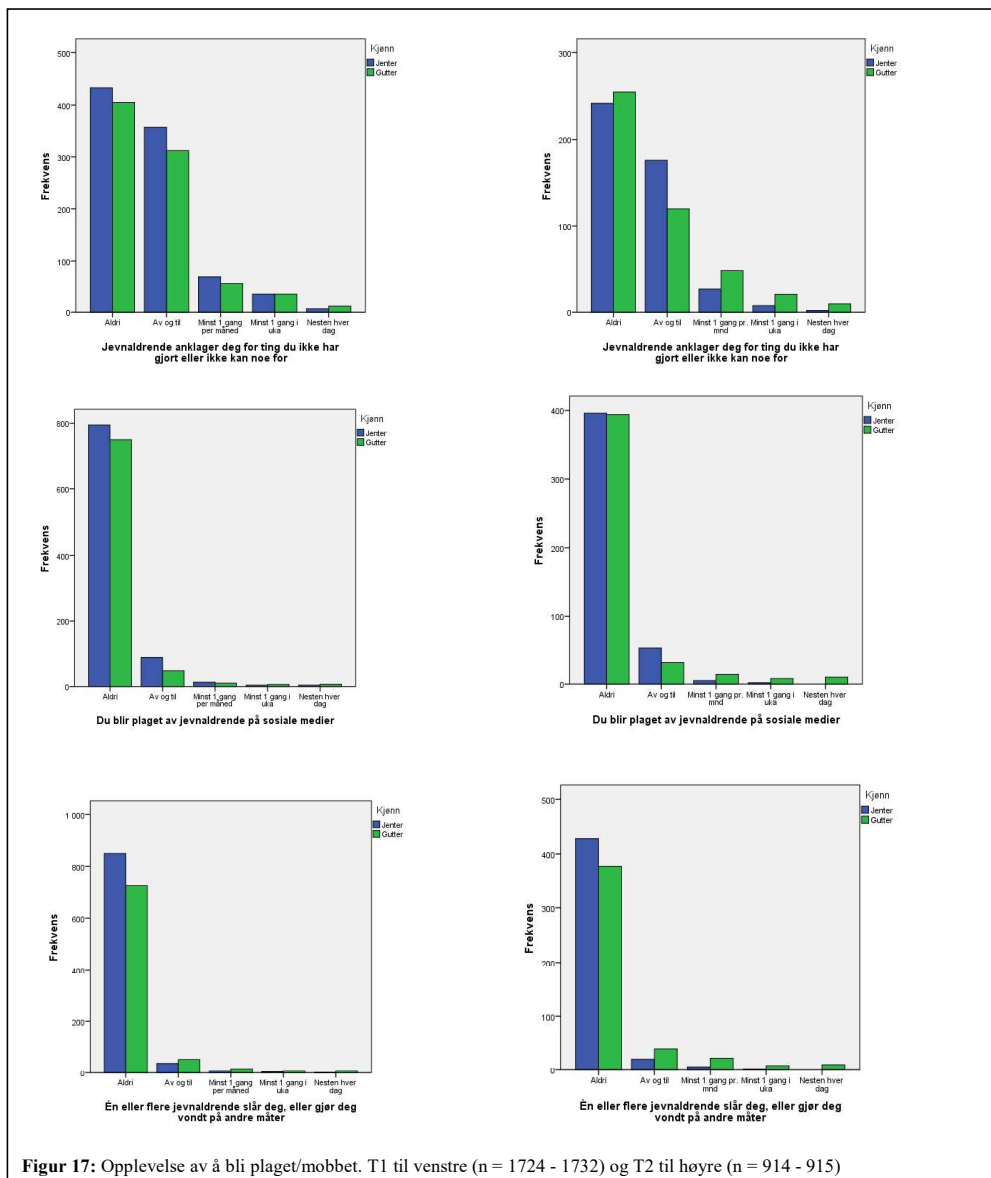
Ungdoms rapportering av å bli plaget av jevnaldrende og plage andre

Når det gjelder spørsmål om ungdoms opplevelse av å bli plaget av jevnaldrende ble det målt med tre spørsmål (Figur 17). Når det gjelder spørsmål om hvor ofte ungdom opplever at «jevnaldrende anklager deg for ting du ikke kan noe for», svarte litt under halvparten (48.5%) av de 1739 som besvarte spørsmålet i T1 at de «aldri» opplever dette, mens 38.6% rapporterte at de opplever det «av og til». En andel på 7.3% svarte at de opplever det «en gang pr. måned», 4.3% opplever det «minst en gang pr uke» og 1.3% opplever det «nesten hver dag». Det samme mønsteret ser man i T2. Når det gjelder spørsmål om «jevnaldrende viser at de ikke liker deg, f.eks ved å erte, hviske eller gjøre narr av deg» (ikke vist i figur), svarte majoriteten (66.8%) av de 1736 som besvarte spørsmålet i T1 at de «aldri» opplever det, mens 24.9% svarte at de «av og til» opplever det. En andel på 4.5% svarte at de opplever det «minst en gang pr. måned», 2.8% opplever det «minst en gang i uka» og 1% opplever det «hver dag». Det samme mønsteret rapporteres i T2 (figur ikke vist).

På spørsmålet om hvor ofte elevene opplever at «en eller flere jevnaldrende slår deg, eller gjør deg vondt på andre måter» svarte 91.3% av de totalt 1732 som besvarte spørsmålet i T1 at de «aldri» opplever dette, mens 5.4% rapporterte at de opplever det «av og til». En mindre andel på 1.7% svarte at de opplever det minst «en gang pr måned» «minst en gang i uka» (0.9%) og «nesten hver dag» (0.7%). Av de som opplever å bli plaget var andelen høyere hos gutter enn hos jenter. I T2 rapporterte ungdommene mye det samme svarmønsteret. I Ungdataundersøkelsen svarte 9% av ungdom på VGS at de blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritiden [4].

Når det gjelder ungdoms opplevelse av å bli plaget av andre på sosiale medier, svarte majoriteten (89.3%) av de totalt 1740 ungdommene som hadde besvart spørsmålet i T1 at de «aldri» blir plaget, mens 8.2% svarte at de «av og til» (flere jenter enn gutter) blir plaget. De resterende svarte at de blir plaget minst «en gang pr måned» (1.3%), «minst en gang i uka» (0.6%) og «nesten hver dag» (0.6%); de som blir plaget hver dag utgjør 11 ungdommer. Det samme mønsteret ser man i T2 (figur ikke vist), der 86.2% rapporterte at de «aldri» blir plaget, mens 9.5% (flere jenter enn gutter) svarte at de «av og til» blir plaget. En andel på 4.4%, hovedsakelig gutter, rapporterte at de blir plaget «minst en gang pr måned» til «nesten hver dag».

Når det gjelder spørsmålet hvor ofte ungdom er med på å plage jevnaldrende i T1 (1741 besvarte spørsmålet), svarte 91.4% (noen flere jenter enn gutter) at de «aldri» gjør det, mens 6.3% svarte at de «av og til» plager andre. De resterende 2.3% svarte at de «minst en gang pr



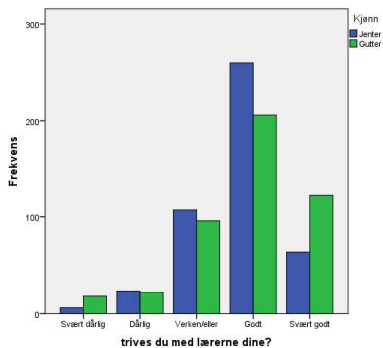
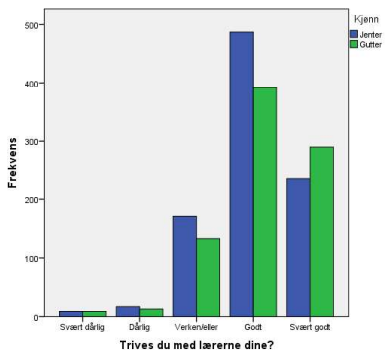
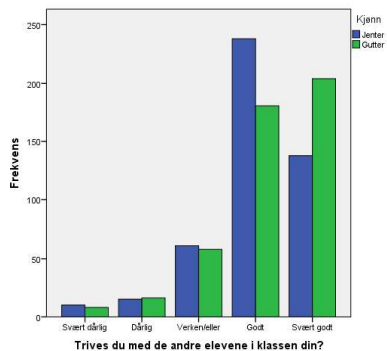
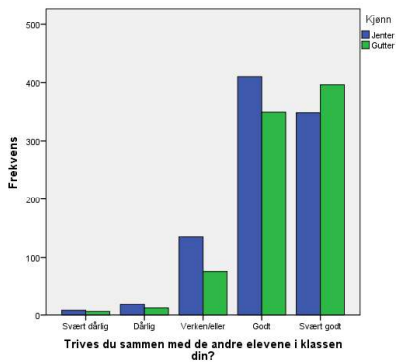
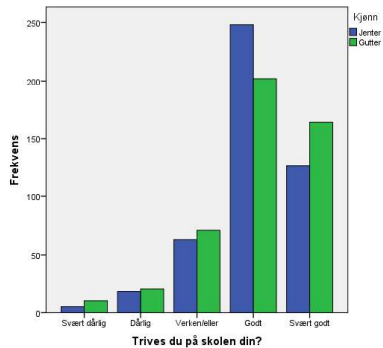
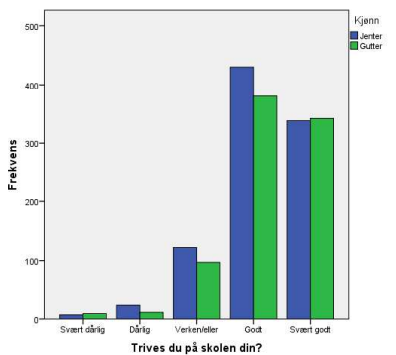
måned» til «nesten hver dag» (flere gutter enn jenter) plager andre jevnaldrende. På spørsmålet hvor ofte ungdom selv er med på å plage jevnaldrende på sosiale media i T1 (1740 besvarte spørsmålet), svarte 94.4% at de «aldri» plager andre, mens 3.5% svarer at de «av og til» gjør det, der andelen var størst blant gutter. Det samme mønsteret ser man for T2 (figur ikke vist).

Skoletrivsel

Ved siden av familien er skolen en av de viktigste sosiale arenaene ungdom tilbringer store deler av tiden. Skolen er ikke bare et sted for læring, men også er viktig arena for sosialt samvær og trivsel [4]. Undersøkelsen omfattet tre spørsmål om ungdoms opplevelse av skoletrivsel som inkluderer trivsel blant de andre elevene i klassen, trivsel med lærerne på skolen og generelt hvor godt man trives på skolen (Figur 18). Når det gjelder skoletrivsel svarte 1768 på dette spørsmålet i T1 hvorav majoriteten (46%) svarte at de trives «godt» på skolen, mens 38.6% svarte at de trives «svært godt». Andelen som svarte at de trives «dårlig» eller «svært dårlig» var på 2.8% og 12.6% svarte «verken/eller». Det samme mønsteret ser man i T2 (934 besvarte spørsmålet), der 48.4% svarte at de trives «godt» og 31.4% svarte at de trives «svært godt» på skolen. En andel på 4.3% rapporterte at de trives «dårlig» og 1.6% svarte at de trives «svært dårlig» (14.3% svarte verken/eller).

Når det gjelder spørsmål om ungdommene trives med de andre som går i klassen (1767 besvarte i T1), svarte majoriteten (85.4%) at de trives «godt» eller «svært godt» med de andre elevene, med nokså lik kjønnsfordeling. Andelen som svarte at de trives «svært dårlig» eller «dårlig» med medelevene var på 2.6% og 12.0% svarte «verken/eller» på dette spørsmålet. I T2 (934 besvarte spørsmålet) svarte 81.9% at de trives «godt» eller «svært godt» sammen med medelevene og 5.3% svarte at de trives «dårlig» eller «svært dårlig» (12.8% svarte verken/eller).

På spørsmål om ungdommene trives med lærerne (1765 besvarte spørsmålet i T1) svarte 50% at de trives «godt» (noe høyere andel jenter) og 30% svarte at de trives «svært godt» (noe høyere andel gutter) med lærerne på sin skole. En andel på 3.7% svarte at de trives «svært dårlig» eller «dårlig» med lærerne og 16.3% svarte «verken/eller» på dette spørsmålet. Det samme mønsteret ser man i T2 (930 besvarte spørsmålet), der 70.5% svarte at de trives «godt» eller «svært godt» med lærerne. Av de som rapporterte at de ikke trives med lærerne, svarte 4.9% at de trives «dårlig» og 2.7% at de trives «svært dårlig» (21.9% svarte verken/eller). Oppsummert kan man si at de aller fleste av elevene som har besvart undersøkelsen opplever høy skoletrivsel og trives godt blant medelever og lærere.

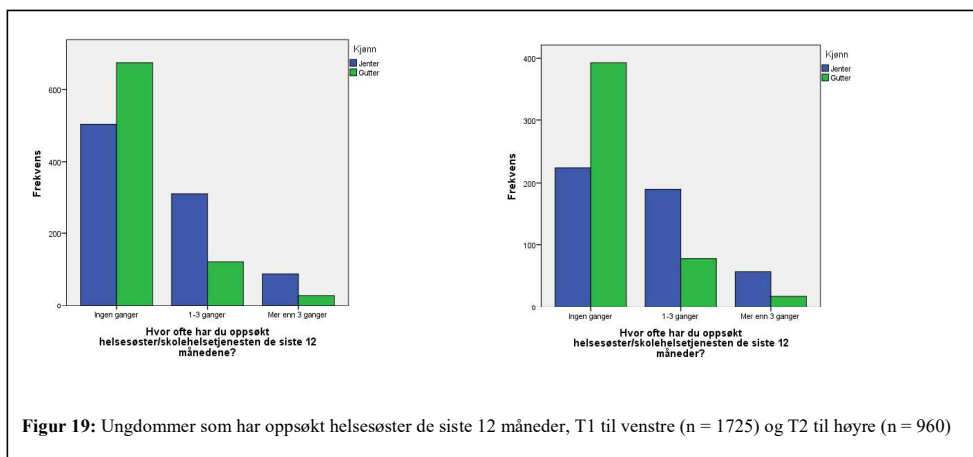


Figur 18: Elevers opplevelse av skoletrivsel, T1 til venstre (1757 - 1760 og T2 til høyre (n = 925 - 929)

Skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle og funksjon

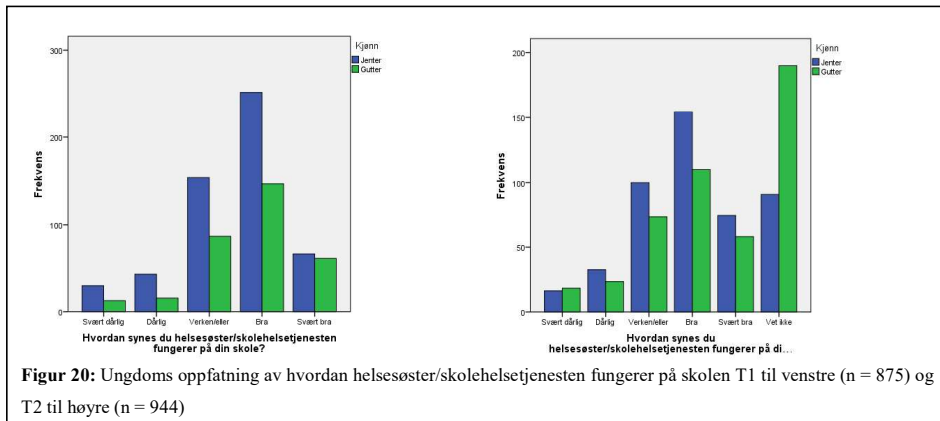
Undersøkelsen inneholdt en del spørsmål om ungdoms oppfatning av

helsesøster/skolehelsetjenesten sin rolle og funksjon. Spørsmålene omhandlet hvor ofte ungdom hadde oppsøkt helsesøster og opplevelse av kvalitet og funksjon på tjenesten. Figur 19 viser hvor mange ganger elevene har oppsøkt helsesøster eller skolehelsetjenesten de siste 12 månedene fordelt på kjønn. Når man ser samlet på de elevene som besvarte spørsmålet i T1 (totalt 1733 elever), svarte de aller fleste (68.1%) at de «aldri» har oppsøkt helsesøster, der andelen var noe høyere hos gutter enn hos jenter. Det var også 25.2% som rapporterte at de hadde oppsøkt skolehelsetjenesten 1-3 ganger og 6.7% hadde oppsøkt skolehelsetjenesten mer enn 3 ganger, der andelen er høyere blant jenter enn gutter. I T2 besvarte totalt 965 elever spørsmålet der 64.1% rapporterte at de ikke har oppsøkt helsesøster de siste 12 månedene, 28.0% svarte at de hadde oppsøkt helsesøster 1-3 ganger og 7.9% svarte at de hadde oppsøkt helsesøster mer enn 3 ganger.



Figur 19: Ungdommer som har oppsøkt helsesøster de siste 12 måneder, T1 til venstre (n = 1725) og T2 til høyre (n = 960)

Når det gjelder spørsmålet om elevene har ønsket å gå til helsesøster/skolehelsetjenesten, men ikke gjort det, svarte 23.6% av de totalt 1745 som besvarte spørsmålet «ja» og 73.5% «nei» (figur ikke vist). Av de som svarte «ja» var majoriteten jenter. I T2 svarte 22% av de 936 som besvarte spørsmålet «ja» (dobbel så mange jenter som gutter) og resterende «nei» på dette spørsmålet (figur ikke vist).



Av de totalt 882 elevene i T1 som hadde besvart spørsmålet om hvordan de synes helsesøster/skolehelsetjenesten fungerer på sin skole, svarte nesten halvparten (45.6%) at de synes helsesøster/skolehelsetjenesten fungerer «bra» (hovedsakelig jenter) og 14.7% svarte at de synes tjenesten fungerer «svært bra» (Figur 20). En andel på 6.9% svarte at de synes tjenesten fungerer «dårlig», fulgt av 5.2% som svarte «svært dårlig» og 27.6% som svarte «verken/eller». I T2 svarte totalt 950 elever på dette spørsmålet, hvorav 28.2% synes helsesøster/skolehelsetjenesten fungerer bra, fulgt av 14% som svarte at den fungerer «svært bra», der en høyere andel jenter var positive. En andel på 6.1% svarte at tjenesten fungerer «dårlig» og 3.8% at den fungerer «svært dårlig» med nokså jevn kjønnsfordeling. På dette spørsmålet svarte også 18.3% «verken eller» og 29.6% «vet ikke», som tyder på at en nokså stor andel er nøytrale eller ikke har noen klar formening om tjenestetilbudet på skolen.

Når det gjelder elevenes opplevelse av helsesøsters funksjon og tilstedeværelse på skolen (Tabell 6) ble det undersøkt med fire utsagn som ungdommene ble bedt om å besvare på en skala fra (1) «svært uenig» til (5) «svært enig», i tillegg til «uaktuelt» (verdien «uaktuelt» gjelder for T2). Elevenes svar fordelte seg nokså jevnt på skalaen for alle utsagnene, imidlertid var det flere som svarte retning «enig» eller «verken/eller» på at helsesøster er tilstrekkelig til stede på skolen på begge måletidspunktene. De aller fleste svarte også i retning av «enig» eller «verken eller» på at de har tillit til helsesøster, at de synes det er

nyttig at helsesøster kommer i klassen og har undervisning, samt at det er nyttig å ha mulighet til å snakke med helsesøster individuelt.

Tabell 6: Elevenes opplevelse av helsesøsters funksjon og tilstedeværelse på skolen (T1 N = 1816; T2 N = 995)

		Frekvens/n	Uenig%	Verken/eller%	Enig%	Uaktuelt%
Jeg synes helsesøster/skolehelsetjenesten i tilstrekkelig grad er tilgjengelig på skolen	T1 Totalt	1550	20.9	27.5	51.6	
	T1 Jenter	858	27.7	24.9	47.4	
	T1 Gutter	692	12.2	13.8	56.9	
	T2 Totalt	929	23.2	24.9	44.3	7.6
	T2 Jenter	465	31.6	23.0	43.0	2.4
	T2 Gutter	464	14.9	26.7	45.5	12.9
	Jeg har tillit til helsesøster/skolehelsetjenesten	T1 Totalt	1540	10.1	26.1	63.8
T1 Jenter		850	13.3	23.1	63.6	
T1 Gutter		690	6.1	29.9	64.0	
T2 Totalt		923	10.0	26.1	55.9	8.0
T2 Jenter		463	11.9	23.3	62.2	2.6
T2 Gutter		460	8.1	28.9	49.5	13.5
Det er nyttig at helsesøster skolehelsetjenesten kommer til klassen og har undervisning/seminar med oss		T1 Totalt	1599	7.6	27.0	65.4
	T1 Jenter	872	6.6	23.1	70.3	
	T1 Gutter	727	8.7	31.8	59.5	
	T2 Totalt	926	7.0	23.7	62.9	6.4
	T2 Jenter	462	6.5	17.7	73.5	2.2
	T2 Gutter	464	7.5	29.5	52.2	10.6
	Det er nyttig å snakke med helsesøster/skolehelsetjenesten individuelt	T1 Totalt	1569	5.2	26.0	68.8
T1 Jenter		865	4.7	21.8	73.5	
T1 Gutter		704	5.9	31.1	63.0	
T2 Totalt		921	4.1	26.0	62.0	7.9
T2 Jenter		459	3.5	20.5	72.8	3.3
T2 Gutter		462	4.8	31.4	51.3	12.5

Når det gjelder spørsmål om ungdommenes ønsker når det gjelder helsesøsters rolle/funksjon, ble det målt med seks utsagn besvart på en skala fra (1) «i liten grad» til (5) «i stor grad». De fleste svarte i retning «i stor grad» ønskelig på alle områder som gjelder åpen dør/individuelle samtaler, prevensjonsveiledning/resept prevensjon, undervisning om psykisk helse, fysisk helse og seksuell helse. På alle områdene var det flere jenter enn gutter som svarte i retning av å ha behov for disse tjenestene (Tabell 7).

Tabell 7: Elevers ønske fra helsesøster/skolehelsetjenesten (T1 N = 1816; T2 N = 995)

		Total frekv / n	I liten grad %			I stor grad %	
Åpen dør og individuelle samtaler	T1 Jenter	908	2.9	2.2	15.0	22.9	57.0
	T1 Gutter	808	5.0	3.0	22.3	25.0	44.8
	T1 Total	1716	3.8	2.6	18.4	23.9	51.3
	T2 Jenter	457	2.6	3.1	14.0	24.7	55.6
	T2 Gutter	456	7.0	3.5	26.5	20.6	42.3
	T2 Total	913	4.8	3.3	20.3	22.7	49.0
Prevensjonsveiledning	T1 Jenter	902	6.4	6.8	20.9	29.0	36.9
	T1 Gutter	798	10.9	6.8	29.9	25.8	26.6
	T1 Total	1700	8.5	6.8	25.1	27.5	32.1
	T2 Jenter	456	6.8	7.7	12.5	24.8	48.2
	T2 Gutter	448	13.4	5.1	27.9	19.0	34.6
	T2 Total	904	10.1	6.4	20.1	21.9	41.5
Resept på prevensjon	T1 Jenter	906	6.5	4.1	15.9	23.3	50.2
	T1 Gutter	794	11.7	5.7	29.5	23.6	29.5
	T1 Total	1700	8.9	4.8	22.2	23.4	40.7
	T2 Jenter	457	5.9	4.4	12.9	20.6	56.2
	T2 Gutter	448	12.5	5.8	26.6	17.6	37.5
	T2 Total	905	9.2	5.1	19.6	19.1	47.0
Undervisning om fysisk helse	T1 Jenter	911	4.2	7.5	24.3	28.2	35.8
	T1 Gutter	799	9.9	7.8	30.7	26.5	25.1
	T1 Total	1710	6.8	7.6	27.3	27.4	30.9
	T2 Jenter	459	8.1	8.9	21.8	25.5	35.7
	T2 Gutter	450	13.1	6.0	28.9	22.4	29.6
	T2 Total	909	10.6	7.5	25.3	24.0	32.6
Undervisning om psykisk helse	T1 Jenter	912	2.6	3.3	17.0	24.2	52.9
	T1 Gutter	797	8.4	6.9	27.6	26.7	30.4
	T1 Total	1709	5.3	5.0	21.9	25.4	42.4
	T2 Jenter	460	3.7	4.6	16.3	27.4	48.0
	T2 Gutter	455	11.0	4.4	27.3	24.2	33.1
	T2 Total	915	7.3	4.5	21.7	25.8	40.7
Undervisning om seksuell helse	T1 Jenter	902	4.4	5.8	23.2	25.6	41.0
	T1 Gutter	799	9.8	5.9	29.9	26.7	27.7
	T1 Total	1701	6.9	5.8	26.3	26.1	34.9
	T2 Jenter	458	6.6	6.1	19.7	24.7	43.0
	T2 Gutter	451	10.4	7.3	25.3	20.8	36.1
	T2 Total	909	8.5	6.7	22.4	22.8	39.6

I datainnsamlingen på våren (T2) ble elevene spurt om de hadde deltatt i MEST i løpet av skoleåret, samt erfaringer med å delta på MEST. På spørsmål om elevene hadde deltatt på seminar, grupper eller undervisning i regi av MEST i løpet av skoleåret hadde total 918 besvart dette spørsmålet, der 292 (31.8%) svarte «ja», 485 (52.8%) svarte «nei» og 141 (15.4%) svarte «vet ikke» (ikke vist i tabell). De 292 elevene som hadde svart «ja» på at de hadde deltatt på noe i regi av MEST i løpet av skoleåret ble spurt nærmere angående om de ville anbefale MEST til andre elever i VGS. Av de 278 som besvarte dette spørsmålet, svarte 74.8% at de ville anbefale MEST til andre, 5.4% svarte «nei» og 19.8% svarte «vet ikke». Når man kun ser på de 351 elevene som deltok på både T1 og T2 og som også rapporterte at de har deltatt på MEST dette skoleåret (108 elever), svarte kun 1 % at de *ikke* vil anbefale MEST til andre elever i VGS og ca. 80% svarte at de vil anbefale MEST til andre elever i VGS og resterende vet ikke. I den samme gruppen svarte 75 % av elevene at det er nyttig at helsesøster kommer til klassen og har undervisning. I denne gruppen ser man også at elevene rapporterer signifikant høyere kunnskap om psykisk helse og signifikant lavere stress knyttet til oppmøte på skolen (ikke vist i tabell).

I spørreskjemaet ble det gitt en beskrivelse av hva MEST innebærer i form av seminar og undervisning i regi av skolehelsetjenesten og at elever som hadde deltatt på noe av dette kunne besvare spørsmålene relatert til erfaringer med deltagelse i MEST. Presentasjonen av funn gjelder for de 292 elevene som hadde svart at de hadde deltatt i MEST i løpet av det siste skoleåret. Det er likevel viktig å understreke at det på disse spørsmålene kan være stor variasjon angående hvor mye elevene har deltatt og har kjennskap til MEST. Andelen som hadde besvart de 12 spørsmålene om erfaring av å delta i MEST varierte mellom 262 – 267 elever. På enkelte utsagn var responsen nokså spedt, men overordnet var det en nokså stor andel med nokså jevn kjønnsfordeling som svarte at de hadde positivt utbytte av å delta på MEST (Tabell 8).

Tabell 8: Elevers oppfatning av nytte og relevans av MEST (N = 292)

		Frekvens /valid n	Uenig %	Verken/eller %	Enig %
Tema som har vært tatt opp har vært relevant for meg	Total	266	5.7	18.4	75.9
	Jenter	171	5.9	14.0	80.1
	Gutter	95	5.3	26.3	68.5
Seminarene har vært strukturerte	Total	265	6.1	22.3	71.6
	Jenter	170	7.6	20.0	72.4
	Gutter	95	3.2	26.3	70.5
Jeg ønsker flere seminar	Total	267	9.8	25.5	64.7
	Jenter	171	11.1	24.6	64.3
	Gutter	96	7.3	27.1	65.6
Seminarene har vært nyttige for meg	Total	266	15.0	26.7	58.3
	Jenter	170	17.7	24.7	57.6
	Gutter	96	10.5	30.2	59.3
Jeg ønsker andre tema på seminarene enn de som har vært tatt opp	Total	266	8.7	37.6	53.7
	Jenter	171	11.1	35.1	53.8
	Gutter	95	4.2	42.1	53.7
Tidspunkt for seminarene har vært passende	Total	264	16.7	25.8	57.5
	Jenter	170	17.6	24.7	57.7
	Gutter	94	14.9	27.7	57.4
Seminarene har vært engasjerende	Total	262	14.9	30.1	55.0
	Jenter	169	17.1	27.8	55.1
	Gutter	93	10.8	34.4	54.8
Lengden på seminarene har vært passende	Totalt	263	9.8	26.3	63.9
	Jenter	170	12.4	25.9	61.7
	Gutter	93	5.4	26.9	67.7
Jeg har lært noe ved å delta på seminarene	Totalt	263	13.7	22.4	63.9
	Jenter	170	17.1	20.6	62.3
	Gutter	93	7.5	25.8	66.7
Jeg har lært nyttige verktøy/teknikker på seminarene som jeg har brukt i ettertid	Totalt	265	27.2	34.3	38.5
	Jenter	170	31.8	29.4	38.8
	Gutter	95	19.0	43.2	37.8
Jeg skulle ønske det var mindre grupper på seminarene	Totalt	264	31.8	35.2	33.0
	Jenter	170	32.4	31.8	35.8
	Gutter	94	30.9	41.5	27.6
Jeg skulle ønske det var mer tid til aktiv deltakelse på seminarene (diskusjon med medelever, praktiske øvelser)	Totalt	262	29.1	36.5	34.4
	Jenter	169	33.2	32.5	34.3
	Gutter	93	21.5	44.1	34.4

Spørsmålene ble bare stilt elever som deltok i T2.

Oppsummering

Denne rapporten har presentert deskriptive funn om ungdoms subjektive helse og velvære samt deres rapportering av personlige og kontekstuelle faktorer som er av betydning for ungdoms helse og velvære. Rapporten har også omfattet elevers opplevelse av skolehelsetjenestens rolle og funksjon på VGS og erfaringer med deltakelse på skolehelsetjenestens initiativ og arbeid med MEST. Å «investere» i helse er viktig i alle deler av folkehelsearbeidet overfor mennesker i alle deler av livsløpet; men spesielt viktig er det i barne- og ungdomsårene. Skolen representerer en viktig arena for folkehelsearbeid rettet mot ungdom med fokus på utvikling av personlige og sosiale mestringsressurser, kunnskap om livsmestring, forming av identitet, etablering av sosiale relasjoner og dannelse for videre liv. Dette kan ses i sammenheng med WHO's definisjon av en helsefremmende skole som en arena der helse er en integrert del av skolens verdigrunnlag, miljø og pedagogiske plan [30]. I WHO's handlingsplan for mental helse er videreutviklingen av skolebaserte tiltak/programmer en av de nevnte strategier for generelt å implementere og fremme psykisk helse hos barn og ungdom [30]. I den forbindelse viser studier til betydningen av universelle psykisk helsefremmende tiltak i tillegg til målrettede tiltak som velfungerende framfor kun individuelle målrettede tiltak [31-33]. Det trengs imidlertid mer kunnskap om hvilke tiltak som har effekt og hvordan tiltak skal implementeres best mulig i skolen. En viktig forutsetning for å lykkes er samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste, samt overordnet tverrsektorielt samarbeid. Skolehelsetjenesten har en unik kompetanse i å drive folkehelsearbeid og med stort potensiale for tverrfaglig samarbeid med ulike faggrupper innad i skolehelsetjenesten og med skolen. En annen forutsetning for å lykkes med folkehelsearbeid rettet mot ungdom er styrking av kunnskapsbasert folkehelsearbeid, som innebærer samarbeid mellom praksisfeltet, forskning og involvering av ungdom som vet hvor «skoen trykker».

Referanser

1. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Välimaa R, Danielson M, and Overpeck M. (2006). Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science Medicine*, 62, 815–827.
2. Wiklund M, Malmgren-Olsson EB, Öhman A, Bergström E, and Fjellman-Wiklund A. Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender - a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health* 2012, 12, 993-1006.
3. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Volleberg W, Cavallo F, Jericek H. et al. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54, 151-159.
4. Bakken, A. (2017). Ungdata 2017 Nasjonale resultater. Nova Rapport 10/17.
5. Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K.A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
6. Breidablik HJ, Meland E, and Lydersen S. Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. (2008). *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 12-20.
7. Breidablik HJ, Meland E, and Lydersen S. (2008). Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *European Journal of Public Health*, 19, 73-78.
8. Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Rapport Folkehelseinstituttet
9. Hoftun, G.B., Romundstad, P.R., & Rygg, M. (2012). Factors associated with adolescent chronic non-specific pain, chronic multisite pain, and chronic pain with high disability: The Young-HUNT study 2008. *The Journal of Pain*, 13, 874-883.

10. Hoftun, G.B., Romundstad, P.R., & Rygg, M (2013). Association of parental chronic pain with chronic pain in the adolescent and young adult. Family linkage data from the HUNT study. *JAMA Pediatric*, 167, 61-69.
11. Dedikman-Eiron, R., Indredavik M.S., Bratberg, G.H., Taraldsen, G., Bakken, E.J., & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem, and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: Findings from the Nord-Trøndelag health study. *Personality and Social Psychology*, 52, 261-267.
12. Helsedirektoratet (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. Rapport 12/2014.
13. Ringdal, R.; Eilertsen, M.E.B.; Bjørnsen, H.N.; Espnes, G.A.; Moksnes, U.K. (2017) Validations of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale among Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health* doi: 10.1177/1403494817735391
14. Proctor C.L., Linley, P.A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10, 583-630.
15. Kleppang A.L. & Hagquist, C. (2016). The psychometric properties of the Hopkins Symptom Checklist-10: a Rasch analysis based on adolescent data from Norway. *Family Practice*, 33, 740-745 doi: 10.1093/fampra/cmz106
16. Bjørnsen, H.N.; Eilertsen, M.E.B.; Ringdal, R.; Espnes, G.A.; Moksnes, U.K. (2017) Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17, 717
doi.org/10.1177/1059840517732125

17. Hysing, M., Pallesen, S., Stomark, K.M., Lundervold A.J. og Sivertsen, B. (2013).
Patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. *Journal of Sleep Research*, 22, 549-546 doi: 10.1111/jsr.12055.
18. Bjorvatn, B. (2016). Søvnproblemer blant ungdom. Sykepleien 27.10.16
19. Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S.M., Alessi, C., Bruni, O, DonCarlos, L., et al.
(2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations:
methodology and results summary. *Sleep Health*, 1, 40-43.
20. Helsedirektoratet (2011). Fysisk aktivitet blant 6,-9.- og 15-åringer i Norge. Resultater
fra en kartlegging i 2011. Rapport 06/2012.
21. HEMIL-senteret Universitetet i Bergen. Trender I helse og livsstil blant barn og unge
1985-2005. Norske resultater fra studien «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-
undersøkelse i flere land.» HEMIL-rapport 2/2009.
22. Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2011). Evaluation of the Norwegian version of the
Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-N): Factorial validity across samples.
Scandinavian Journal of Psychology, 52, 601-608. doi:10.1111/j.1467-
9450.2011.00907.x
23. Orth, U., Robins, R.W., & Widaman, K.F. (2011). Life-span development of self-
esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social
Psychology*, 26, 1- 18.
24. Cicognani, E. (2011). Coping strategies with minor stressors in adolescence:
Relationships with social support, self-efficacy, and psychological well-being. *Journal
of Applied Social Psychology*, 41, 559-578.
25. McKay, M.T., Dempster, M., & Byrne, D. (2014). An examination of the relationship
between self-efficacy and stress in adolescents: the role of gender and self-esteem.
Journal of Youth Studies, 17, 1131-1151.

26. Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T.C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 314-321.
27. Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycocock, C., & Coyle, S. (2016). A Meta-Analytic Review of the Association Between Perceived Social Support and Depression in Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*, 142, 1017-1067. doi:10.1037/bul0000058
28. Goosby, B.J., Bellatorre, A., Walsemann, K.M., & Cheadle, J.E. (2013). Adolescent loneliness and health in early adulthood. *Sociological Inquiry*, 83, 505-536.
29. Frostad, P., Pijl, S., & Mjaavatn, P.E. (2015). Losing all interest in school: Social participation as predictor of the intention to leave upper secondary school early. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 59, 110-122.
30. Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulidou, T., Murphy, S., (2015). The WHO's health promoting schools framework. A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 130 DOI 10.1186/s12889-015-1360-y
31. Weare K, Nind M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26 (Suppl 1), 29-69.WHO.
32. Rampazzo, L. Mirandola, M., Davis, R.J., Carbone, S., Mocanu, A., Campion, J. et al. (2015). *Joint action on mental health and well-being. Mental health and schools.* Situation analysis and recommendations for action. Report EU.
33. O'Mara, L. & Lind, C. (2013). What do we know about school mental health promotion programmes for children and youth? *Advances in School Mental Health*, 6, 203 – 224.

ISBN 978-82-93158-xx-x
ISSN 1892-62xx

