

Bætt heilbrigðisþjónusta og heilbrigði ungs fólks á aldrinum 14–23 ára

skýrsla starfshóps velferðarráðherra

September 2011



Velferðarráðuneyti: Bætt heilbrigðisþjónusta og heilbrigði ungs fólks á aldrinum 14–23 ára
September 2011

Útgefandi: Velferðarráðuneyti
Hafnarhúsinu við Tryggvagötu
150 Reykjavík
Sími: 545 8100
Bréfasími: 551 9165
Netfang: postur@vel.is
Veffang: velferdarraduneyti.is

Umbrot og textavinnsla: Velferðarráðuneyti

© 2011 Velferðarráðuneyti

ISBN 978-9979-799-45-0

Efnisyfirlit

| | |
|--|-----------|
| EFNISYFIRLIT | 2 |
| STARFSHÓPUR UM BÆTTA HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU OG HEILBRIGÐI UNGS FÓLKS | 3 |
| INNGANGUR | 5 |
| 1 OFÞYNGD OG OFFITA HJÁ UNGU FÓLKI | 8 |
| 2 TANNHEILSA | 9 |
| 3 GEÐHEILBRIGÐI | 10 |
| 4 SJÁLFSVÍG OG SJÁLFSVÍGSHUGLEIÐINGAR | 12 |
| 5 VÍMU- OG FÍKNIEFNI | 13 |
| 5.1 REYKINGAR ÍSLENSKRA UNGMENNA | 13 |
| 5.2 ÁFENGISNEYSLA ÍSLENSKRA UNGMENNA | 13 |
| 5.3 KANNABISNEYSLA ÍSLENSKRA UNGLINGA | 14 |
| 5.4 ÖNNUR ÓLÖGLEG VÍMUEFNI | 14 |
| 5.5 VANDAMÁL TENGD VÍMUEFNANEYSLU | 14 |
| 6 SLYS OG MEIÐSLI MEÐAL UNGMENNA | 16 |
| 7 OFBELDI | 17 |
| 7.1 KYNFERÐISLEGT OFBELDI | 17 |
| 7.2 EINELTI | 18 |
| 8 KYNHEILBRIGÐI | 20 |
| 9 KYNHEGDUN | 22 |
| 10 UNGT FÓLK MEÐ LANGVINNAN HEILSUVANDA | 24 |
| 11 NÆSTU SKREF | 26 |
| HEIMILDASKRÁ | 27 |

Starfshópur um bætta heilbrigðisþjónustu og heilbrigði ungs fólks

Í byrjun september 2010 skipaði þáverandi heilbrigðisráðherra starfshóp sem leita átti leiða til að bæta heilbrigðisþjónustu og heilbrigði ungs fólks á aldrinum 14–23 ára. Starfshópurinn var þannig skipaður: Katrín Davíðsdóttir, barnalæknir Þroska- og hegðunarstöð HH, formaður nefndarinnar, Auður Axelsdóttir, forstöðumaður Geðheilsu eftirfylgd og Hugarafli HH, Bryndís Þorvaldsdóttir, sérfræðingur í heilbrigðisráðuneytinu, Helga Ágústsdóttir, deildarstjóri í heilbrigðisráðuneytinu, Orri Smáráson, sálfræðingur hjá Heilbrigðisstofnun Austurlands, Sigurlaug Hauksdóttir, yfirfélagsráðgjafi hjá landlæknisembættinu, Sveinbjörn Kristjánsson, verkefnisstjóri hjá Lýðheilsustöð, og Þóroddur Bjarnason, prófessor hjá Háskólanum á Akureyri.

Í skipunarbréfi frá 1. september 2010 kemur eftirfarandi meðal annars fram:

Mikill árangur hefur náðst í bættri heilsu og betri lífsgæðum ungbarna og barna fram að unglingsárum. Þörf er á að hlúa betur að því æviskeiði sem þá tekur við og leggja sérstaka áherslu á góða, aðgengilega og samfellda heilbrigðisþjónustu við ungmenni. Hér er ekki gert ráð fyrir að miðað sé við 18 ára aldur líkt og oft tíðkast þar sem margt bendir til þess að skörp skil við þann aldur valdi einmitt vandkvæðum og hindri nauðsynlega samfellu í heilbrigðisþjónustu við einstaklinga. Er starfshópnum falið að kanna hvort svo sé og gera tillögur um úrbætur.

Sérstaklega skal litið til áhættuþátta og áhættuhópa en á þessum aldri móta einstaklingar gjarnan lífsstíl fyrir ævina. Leggja ber áherslu á forvarnir svo hægt sé að forðast slys og sjúkdóma svo sem offitu, sykursýki og hjartasjúkdóma síðar á ævinni. Þá ber að hafa í huga misnotkun áfengis og annarra vímuefna, kynferðislega misnotkun, kynheilbrigði og kynsjúkdóma. Gefa þarf sérstakan gaum að jaðarhópum t.d. þeim sem hafa hætt í námi, eru félagslega einangraðir, eignast börn á unga aldri, eru heimilislausir, dvelja á unglungaheimilum eða í fangelsum. Einnig hefur verið bent á að stöðu ungra nýbúa þurfi að skoða sérstaklega. Í öllu starfi skal hópurinn leitast við að kalla eftir upplýsingum með tilliti til kynferðis og búsetu svo unnt sé að greina hvort og þá hvar sértækra úrræða sé þörf.

Starfshópurinn skal kalla til valda fulltrúa með þekkingu á málaflokknum, rýnihópa, svo glögg mynd fái af stöðu mála. Í framhaldinu skulu unnar tillögur að því hvernig breyta megi skipulagi, fjölga úrræðum eða bæta heilbrigðisþjónustu. Þarf bæði að líta til gæða og samfellu þjónustunnar, sem og þess hvort þörf sé á sérhæfðri þjónustu fyrir þennan aldurshóp svo hægt sé að tryggja betur velferð hans og þar með hafa jákvæð áhrif á það hvernig honum farnast í framtíðinni. Sérstaklega ber að kanna hvernig bæta má viðmót heilbrigðisþjónustunnar, svo aðlaðandi verði fyrir þennan aldurshóp að leita viðeigandi þjónustu, sem og hvort kostnaðarpáttöku þurfi að breyta m.a. hvað varðar getnaðarvarnir.

Hópurinn hefur átt 14 fundi og unnið milli funda. Fyrsti áfanginn í starfi hópsins fólst í því að kortleggja heilbrigðisþjónustu og heilbrigði ungs fólks á Íslandi. Í þeirri vinnu var einkum litið til íslenskra rannsókna á heilsu og högum ungs fólks. Einnig var horft til reynslu annarra þjóða. Þá var einnig rætt við heilbrigðisstarfsmenn.

Í þessari skýrslu birtist yfirlit um stöðu mála í einstökum málaflokkum og tillögur að næstu skrefum. Skýrslan tekur engan veginn á öllum málaflokkum og er ekki tæmandi. Sama gildir um tillögur að úrræðum en þær þarf að vinna betur í samráði við þá sem veita þjónustu og þá skjólstæðinga sem njóta hennar, meðal annars með rýnihópum. Verði unnið áfram með

skýrsluna og tillögur að úrbótum er hópurinn sammála um að ráða þurfi sérstakan starfsmann til að halda utan um framhaldið.

Inngangur

Samkvæmt þjóðskrá þjuggu 318.452 manns á Íslandi í janúar 2011. Þar af voru 51.336 á aldrinum 14–24 ára (Hagstofa Íslands, 2011a). Skólaskylda á Íslandi er að 16 ára aldri en flest ungmenni hefja nám í framhaldsskólum að loknum grunnskóla. Brottfall úr framhaldsskólum er mikið hér á landi, hærra en í nágrannalöndunum sem Ísland ber sig gjarnan saman við. Samkvæmt nýlegum tölum er brottfall úr íslenskum framhaldsskólum um 30% eða um 10% á ári (Hrefna Pálsdóttir o.fl., 2010). Eftir að kreppan skall á 2008 hefur atvinnuleysi aukist mjög á Íslandi, einkum meðal ungs fólks.

Árið 2007 var atvinnuleysi skráð 2,3% (Hagstofa Íslands, 2011b). Samkvæmt tölum frá Vinnumálastofnun var skráð atvinnuleysi á Íslandi í mars 2011 8,6%. Mest var atvinnuleysið 16,1% hjá fólki á aldrinum 25–29 ára og 15,3% á aldrinum 20–24 ára (Vinnumálastofnun, 2011a). Reynsla annarra þjóða, einkum Finna eftir kreppuna á fyrri hluta tíunda áratugarins, er að standa þurfi vörð um unga fólkið til að sporna við neikvæðum afleiðingum fjármálakreppu og atvinnuleysis á geðheilsu barna og ungmenna og forðast langtímaheilsufarsvanda af þeim sökum (Solanteus o.fl., 2004).

Hér á Íslandi hefur verið brugðist við atvinnuleysi ungs fólks á margvíslegan hátt. Á vegum Vinnumálastofnunar er nú í gangi áttak til að hjálpa ungu fólki til að fá atvinnu, *Ungt fólk til athafna*, sem er ætlað fólki á aldrinum 16–29 ára. Vinnumálastofnun og velferðarráðuneytið auglýstu 900 sumarstörf fyrir námsmenn og atvinnuleitendur sumarið 2011 (Vinnumálastofnun, 2011b). Reykjavíkurborg og nokkur önnur bæjarfélög ákváðu að leggja fram aukafjárveitingu í sumarstörf fyrir ungt fólk. Þá hefur mennta- og menningarmálaráðuneytið ákveðið að auka námsframboð og að frá og með haustinu 2011 fái öll ungmenni, yngri en 25 ára, aðgang að námi í framhaldsskólum landsins (mennta- og menningarmálaráðuneyti, 2011a).

Ungt fólk getur leitað eftir heilbrigðisþjónustu víða og er ekki alltaf sjálfgefið hvert það leitar. Heilsugæslan er opin öllum en svo virðist sem ungt fólk nýti sér síður þann möguleika en þeir sem eldri eru (Rúnar Vilhjálmsson o.fl., 2001). Hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins er verið er að skoða fjölda samskipta ungs fólks við heilsugæsluna miðað við skráningu í Sögukerfinu, en nákvæmar tölur liggja ekki fyrir ennþá. Margir einstaklingar leita beint til viðeigandi sérfræðinga á stofu eða á göngudeildir sjúkrahúsa.

Skólaheilsugæslan er ókeypis og aðgengileg öllum sem eru í grunnskóla. Skólahjúkrunarfræðingar bera þungann af starfinu innan skólaheilsugæslunnar en heimilislæknar koma einnig nokkuð að málum. Í skólum eru einnig námsráðgjafar og skólasálfræðingar sem koma frá sérfræðiþjónustu skóla. Hlutverk skólasálfræðinga er að mestu takmarkað við greiningu á námsvanda og ráðgjöf til skólanna. Í nokkrum skólum veita aðrir fagaðilar, svo sem félagsráðgjafar og iðjubjálfar, nemendum þjónustu.

Félagsmiðstöðvar þjóna ákveðnu hlutverki svo og Hitt Húsið og Foreldrahúsið í Reykjavík. Víða eru grasrótarsamtök starfandi og einnig er hægt að fá ráðgjöf, til dæmis gegnum 6h-heimasíðuna (www.6h.is). Um tíma voru starfræktar unglíngamóttökur á nokkrum stöðum, einkum á höfuðborgarsvæðinu og á Akureyri, þar sem móttaka fyrir ungt fólk er opin einu sinni í viku.

Staða ungs fólks hefur lengi verið í umræðunni og í seinni tíð hefur áhugi aukist á að bæta þjónustu heilbrigðis-, félags- og menntakerfis við þennan aldurshóp. Þekking á sérstöðu ungs fólks hefur aukist á síðustu áratugum og í öðrum löndum hefur í vaxandi mæli verið komið á fót sérstökum unglíngamóttökum og annarri þjónustu við ungt fólk. Má í þessu samhengi benda á reynslu nágrannalanda, einkum áratugareynslu Svía af unglíngamóttökum (Nils Lundin, 2010; Margareta Krabbe, 2010). Þá hafa ákveðin barnasjúkrahús í Stokkhólmi og

Kaupmannahöfn sérsniðið þjónustu sína við langveikt ungt fólk og gert þjónustuna meira aðlaðandi og aðgengilegri fyrir þennan aldurshóp (Vilhelm Marzelius, 2010).

Hérlendis hafa verið gerðar all margar rannsóknir á högum, hegðun og líðan ungs fólks, einkum unglinga í grunn- og framhaldsskólum. Hér má nefna langtímarannsókn sem fylgir heilum árgangi barna í Reykjavík frá 1995 og fram á fullorðinsár (Sigrún Aðalbjarnardóttir o.fl., 2003), rannsóknirnar *Ungt fólk* sem náð hefur til nemenda á unglिंगastigi grunnskóla (Margrét Lilja Guðmundsdóttir, 2009) og í framhaldsskólum (Álfgeir Logi Kristjánsson, 2007) frá árinu 1992, *Heilsa og lífskjör skólanema* (HBSC) sem að tilstuðlan WHO hefur borið saman heilsu og heilsutengda hegðun unglinga á Vesturlöndum og Ísland hefur tekið þátt í frá árinu 1990 (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2010), evrópsku vímuefnarannsóknina ESPAD sem veitir upplýsingar um breytingar vímuefnaneyslu unglinga á Íslandi í samanburði við evrópska jafnaldra frá 1995 til 2011 (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2011) og *Börn og sjónvarp* sem veitir upplýsingar um líðan og hegðun unglinga frá 1968 til 2008 (Þorbjörn Broddason o.fl., 2009).

Undanfarinn áratug hafa heilbrigðisyfirvöld einnig látið gera nokkrar kannanir á vanda barna og unglinga með hegðunar- og geðraskanir og vanda langveikra barna með það að markmiði að bæta þjónustuna (landlæknir, 2000; Kristján Már Magnússon, 2004; heilsugæslan, 2007). Í framhaldi af þeirri vinnu hefur fé verið veitt til að efla þjónustu við þennan hóp, bæði innan og utan sjúkrahúsa. Á síðustu árum hafa meðal annars verið ráðnir sálfræðingar og annað fagfólk til heilsugæslunnar og stendur til að auka enn frekar sálfélagslega þjónustu innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis með aukafjárveitingu frá velferðarráðuneytinu.

Samvinna milli stofnana sem sinna börnum og unglingum með hegðunar- og geðraskanir hefur einnig aukist. Innan heilsugæslunnar hefur frá 2006 verið til staðar greiningar- og meðferðarúrræði vegna ADHD og skyldra raskana á Þroska- og hegðunarstöð Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis. Þjónustan, sem er á landsvísu, er þó ennþá einkum fyrir börn að 10–12 ára aldri og vantar sambærilega þjónustu fyrir unglinga og unga fullorðna einstaklinga.

Á nokkrum stöðum sinna teymi börnum og unglingum með hegðunar- og geðraskanir í samvinnu við aðrar stofnanir, svo sem skólaþjónustu og félagsþjónustu. Má í því sambandi nefna verkefnið *Aðstoð við börn með geðrænan vanda* (ABG) á Austurlandi. Þá hefur lengi verið starfandi teymi á Akranesi sem er samstarfsverkefni sérfræðiþjónustu skóla og heilsugæslu og svipuð þjónusta er veitt á Suðurlandi (Selfossi). Jafnframt var gert átak til að vinna á löngum biðlista á Barna- og unglिंगageðdeild Landspítalans.

Skólaheilsugæsla hefur eflst með aukinni menntun og þjálfun skólahjúkrunarfræðinga og aukinni samræmingu vinnunnar. Áform eru nú um að efla skólaheilsugæslu í framhaldsskólum en hún er mjög brotakennd (heilsugæslan, 2007). Lýðheilsustöð vann mikið forvarnastarf, frá stofnun hennar 2003, og var í öflugum samstarfi við heilsugæsluna, landlækni og aðra sem vinna með forvarnir. Með sameiningu stofnananna hefur það starf nú flust til landlæknisembættisins.

Heimasíðan <http://www.6h.is/> er samstarfsverkefni Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH), Lýðheilsustöðvar, landlæknisembættisins, Barnaspítala Hringins og Barna- og unglिंगageðdeildar LSH (BUGL) og er heilsuvefur fyrir börn, unglinga og foreldra, unninn af fagfólki þessara stofnana. Í fjárlögum 2011 er gert ráð fyrir fjárveitingu til að auka sálfræðiþjónustu við langveik börn og til að koma á meðferðarteymi á Barnaspítala Hringins fyrir börn sem eiga við offitu að stríða.

Geðheilsa-eftirfylgd og Hugarafl, samstarfshópur notenda og fagfólks, voru sett á laggirnar innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins árið 2003. Þar er unnið forvarna- og eftirfyldarstarf með fólki með geðraskanir frá 18 ára aldri og aðstandendur þeirra. Ungmenn

hafa leitað í auknum mæli til stöðvarinnar síðustu ár og fengið stuðning til endurhæfingar og til virkrar þátttöku í samfélaginu. Stuðlað er að samstarfi við aðstandendur, skólakerfið og fleiri þar sem við á. Unghugahópur Hugarafis sem hefur verið starfræktur frá 2009 hefur unnið við að styrkja ungmenni út í lífið á ný og brjótast úr félagslegri einangrun. Hugarafi hefur stuðlað að fræðslu og umræðu um geðheilbrigðismál. Geðfræðsla Hugarafis er nú starfrækt þriðja árið í röð þar sem farið er í grunn- og framhaldsskóla. Rannsókn (Antonía María Gestsdóttir o.fl., 2010) leiddi í ljós að það verkefni hefur skilað marktækum árangri í baráttunni gegn fordómum, auk þess sem það leiddi til aukinnar þekkingar ungmenna um geðheilbrigði.

Embætti landlæknis vinnur að verkefni sem kallast *Þjóð gegn þunglyndi* og er hér um að ræða samstarfsverkefni með ýmsum öðrum opinberum aðilum. Markmiðið er að fækka sjálfsvígum og sjálfsvígstilraunum með fræðslu um þunglyndi (landlæknir, 2011a).

Ýmislegt hefur verið lagt af mörkum í kynheilbrigðismálum á undanförunum árum og ýmsar framfarir átt sér stað. Upplýsingar um kynheilbrigði hafa fengist í landskönnunum og af reynslu frá unglingsmóttökum, nýjar tegundir hormónagetnaðarvarna hafa litið dagsins ljós, neyðargetnaðarvörn kom á markaðinn árið 2006 og fóstureyðingar með lyfjum hafa orðið algengt val á síðustu árum. Þá hefur aðgengi að smokkum aukist þar sem meðal annars er hægt að kaupa þá á Netinu. Kynfræðsla í skólum hefur jafnframt eflst en auk skólahjúkrunarfræðinga eru ýmis grasrótarsamtök með fræðslu í grunn- og framhaldsskólum, til dæmis Ástráður, félag læknanema, HIV-Ísland og ýmsir sérfræðingar.

Mikil og víðtæk breyting hefur orðið á lífsstíl fólks á Íslandi undanfarna áratugi. Á yngri árum mótast oft lífstíll einstaklinga fyrir ævina. Fyrstu æviárin eru foreldrar og nánustu aðstandendur aðaláhrifavaldarnir í þeim efnum en á unglingsárum skiptir umhverfi og vinir oft meira máli. Viðhorfsmótun á þeim árum sem ungmenni breytast í fullorðna einstaklinga getur haft afgerandi áhrif á heilsuhegðun, svo sem matarvenjur, hreyfing, kynhegðun og áhættuhegðun, og þannig haft áhrif á velferð þeirra til framtíðar.

Margir þættir í samfélaginu og í nánasta umhverfi einstaklinga hafa áhrif á heilbrigði þeirra og lífsstíl. Með það í huga hafa heilbrigðisyfirvöld reynt að hafa áhrif með ýmsum almennum fyrirbyggjandi og viðhorfsmótandi þáttum. Í heilbrigðisáætlun til ársins 2010 voru sett fram ýmis markmið og leiðir til að hafa áhrif á lífsstíl og heilbrigði ungmenna (heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Má þar nefna leiðir til að draga úr áhrifum þjóðfélagsstöðu foreldra á börn og ungmenni og áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir. Áætlunin grundvallast á samþykkt alþjóðaheilbrigðisþingsins árið 1998, áætlun Evrópudeildar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (Health21) og almennri stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda.

Unnið er að endurskoðun á heilbrigðisáætluninni og mun ný áætlun marka stefnuna til ársins 2020. Í samræmi við stefnu heilbrigðisyfirvalda hafa einnig verið sett lög og reglugerðir til að stuðla að æskilegum samfélagsaðstæðum og viðhorfum með heilbrigða lífshætti í huga, til dæmis um markaðssetningu og þjónustu.

1 Ofþyngd og offita hjá ungu fólki

Ofþyngd og offita á Íslandi hefur aukist á undanförunum áratugum og á það sér margar, samþættar skýringar. Í alþjóðlegu WHO-rannsókninni *Health Behaviours in School-Aged Children* - HBSC (Currie o.fl., 2008) kom í ljós að tæplega 20% 15 ára unglinga á Íslandi voru yfir kjörþyngd og voru piltar þar nokkuð fjölmennari en stúlkur. Það eru svipaðar niðurstöður og víða í Evrópu, en í Bandaríkjunum eru þessi ungmenni fleiri eða u.þ.b. 30% af þátttakendum. Aukning á offitu og ofþyngd virðist hins vegar hafa stöðvast árið 2000, bæði hér á landi og í Evrópu. Þess ber samt að geta að fáar þjóðir hafa yfir að ráða miðlægum gagnagrunni þar sem skráð er nákvæm mæling á hæð og þyngd barna. Fjölbjóðlegur samanburður á þyngd barna byggir oft á gögnum sem fengin eru með spurningalistum fyrir börn. Upplýsingar sem þannig eru fengnar eru ekki eins nákvæmar og þegar heilbrigðisstarfsmaður mælir sjálfur hæð og þyngd barnanna.

Forvarnir gegn ofþyngd og offitu eru mjög mikilvægar. Heilsugæslan er þar í lykilhlutverki en börn eru vigtuð og mæld reglulega í ung- og smábarnavernd og í skólaheilsugæslu. Með rafrænum vaxtarlínuritum fyrir öll börn mætti finna snemma þau börn sem eru að þyngjast of mikið þannig að mögulegt sé að bregðast við snemma með ráðgjöf og eftirfylgd. Oft þarf mjög lítið inngrip til að hindra að barn haldi áfram að þyngjast og fyrirbyggja þannig heilsuvanda síðar á ævinni. Æskilegt er að innan heilsugæslunnar séu til staðar bæði fjölbreytt og aðgengileg forvarna- og meðferðarúrræði.

Í samstarfi við ýmsar stofnanir velferðarráðuneytisins og sveitarfélög hefur verið unnið að því að hafa áhrif á lífsstíl og holdafar ungmenna. Sem dæmi um slíkt samstarf má nefna þróunarstarf um heilsuefningu í grunn- og framhaldsskólum í samstarfi við skóla, mennta- og menningarmálaráðuneytið, Samband íslenskra sveitarfélaga, Lýðheilsustöð og fleiri aðila. Í tengslum við það samstarf býðst skólum ýmiss konar stuðningsefni og námskeið til að vinna heilðrænt að heilsuefningu nemenda og starfsfólks, meðal annars til að vinna að aukinni hreyfingu og betri næringu meðal þeirra.

Samningur frá 2007 um heilsuefningu og forvarnir í framhaldsskólum (HOFF) var endurnýjaður og undirritaður í byrjun október 2010 milli heilbrigðisráðuneytisins, mennta- og menningarmálaráðuneytisins, Lýðheilsustöðvar, Sambands íslenskra framhaldsskólanema, Hagsmunaráðs íslenskra framhaldsskólanema, Félags íslenskra framhaldsskóla og ráðgjafanefndar um æskulýðsrannsóknir (heilbrigðisráðuneytið, 2010). Ýmis konar fræðsluefni sem snertir heilbrigða lífshætti og hreyfingu hefur einnig verið gefið út. Í skólaheilsugæslu fer fram fræðsla um mataræði og hreyfingu þar sem er meðal annars lögð áhersla á forvarnir gegn ofþyngd og offitu.

Í fjárlögum fyrir 2011 voru veittar 10 milljónir króna til Landspítala til að koma þar á fót þverfaglegu meðferðarteymi fyrir börn og unglinga með alvarlega offitu. Á Reykjalundi er sérhæft teymi sem sinnir einstaklingum frá 18 ára aldri með offitu. Ýmis félög og heilsuræktarstöðvar hafa enn fremur verið með ákveðin úrræði í boði, bæði hvað varðar hreyfingu og mataræði, meðal annars í samstarfi við heilsueflandi framhaldsskóla.

2 Tannheilsa

Árið 2005 var gerð viðamikil rannsókn á tannheilsu íslenskra ungmenna, Munnheilsa Íslendinga - MUNNÍS, þar sem skoðað var stórt úrtak 6, 12 og 15 ára barna á Íslandi (Helga Ágústsdóttir, 2004). Þá kom í ljós að tannheilsa íslenskra ungmenna var mun verri en jafnaldr þeirra á Norðurlöndunum (Helga Ágústsdóttir o.fl., 2010). Tannskemmdir voru t.a.m. tvöfalt fleiri að meðaltali hjá 12 ára börnum á Íslandi en í Svíþjóð á sama tíma og glerungseyðing fannst hjá 37% pílta og nær 20% 15 ára stúlkna. (Inga B. Árnadóttir o.fl., 2010).

Í viðtölum hópsins við heilbrigðisstarfsfólk kom fram að tannheilsu innflytjenda virðist sérstaklega ábótavant. Svo virðist einnig sem tannheilsu sé misskipt eftir tekjum (Stefán Hrafn Jónsson, 2006; Jón Óskar Guðlaugsson o.fl., 2009). Samkvæmt HBSC 2009–2010 fara 49% unglinga (15–16 ára) til tannlæknis tvisvar á ári og 42% árlega, tæp 5% annað hvert ár og tæp 5% sjaldnar (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2010). Í þeim hópi sem fer sjaldnar en annað hvert ár er mikill munur milli innflytjenda og annarra. Meðal unglinga þar sem íslenska er töluð á heimili fara 3% sjaldnar en annað hvert ár til tannlæknis en 21% þar sem annað mál er talað.

Mikil gosdrykkjaneysla íslenskra unglinga er talin vera helsta ástæða þess að svo hátt hlutfall glerungseyðingar finnst hér. Íslenskir piltar drekka mun meira af glerungseyðandi gosdrykkjum en stúlkur á sama aldri.

Tannburstun unglinga og þá sérstaklega pílta er einnig ábótavant hér á landi, sé miðað við nágrannalöndin Svíþjóð, Danmörk og Noreg. Í spurningakönnun meðal 10. bekkinga árið 2006 kom fram að aðeins 54% pílta burstuðu tennur sínar a.m.k tvisvar á dag, meðan 74% stúlkna sögðust bursta a.m.k. tvisvar á dag. Hlutfallið var aðeins hærra fjórum árum seinna, árið 2010, en þá sögðust 56% pílta og 79% stúlkna bursta tennur sínar a.m.k. tvisvar á dag (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2010). Góð dagleg tannhirða með flúorbættu tannkremi er ein öflugasta forvörn gegn tannskemmdum sem völ er á í dag (Marinho VCC o.fl., 2003).

Lýðheilsuaðgerðir sem stuðla að því að bæta daglega tannhirðu almennings geta skilað miklu, en þá ber að hafa í huga að piltar virðast þurfa aðra nálgun en stúlkur að þessu leyti eins og sést á þeim könnunum sem gerðar hafa verið á tannburstunarvenjum ungmenna.

Drykkjarvatn er ekki flúorbætt hér á landi en 6, 12 og 15 ára grunnskólabörn eiga völ á flúorskolun hálfsmánaðarlega í skólanum á vegum heilsugæslunnar samkvæmt tilmælum landlæknis (landlæknir, 2003). Tannkrem sem flutt eru inn til landsins eru flest með nægilegum styrk flúors sem þarf að vera a.m.k. 1.000 ppm til að veita vörn gegn tannskemmdum (Walsh T. o.fl., 2010). Hins vegar eru tannhirðuáhöld, tannþráður og tannkrem með há vörugjöld og því væri æskilegt að breyta þannig að verð á slíkum vörum lækkaði.

Hér á landi er kostnaðarpáttaka foreldra í tannlækningum barna mun meiri en á hinum Norðurlöndunum. Tannlæknar vinna hér á samkeppnismarkaði og eru með frjálsa verðlagningu á sinni vinnu. Endurgreiðslur vegna tannlækninga fara hins vegar eftir fastri gjaldskrá sem ekki hefur fylgt verðþróun í landinu.

Á öllum hinum Norðurlöndunum eru tannlækningar barna að fullu greiddar af hinu opinbera og víðast hvar eru börn boðuð í reglulegt eftirlit hjá tannlækni eða tannfræðingi. Líklegt má telja að það myndi bæta tannheilsu íslenskra ungmenna ef tannlækningar væru þeim að mestu gjaldfrjálsar og skipulagt eftirlit væri haft með tannheilsu þeirra.

3 Geðheilbrigði

Áætla má út frá rannsóknum að 12–15% ungmenna glími við vægan geðrænan vanda og að 2–5% eigi við alvarlegar hegðunar- eða geðraskanir að stríða (Kristján Már Magnússon, 2004). Niðurstöður nýlegrar könnunar á vegum Lýðheilsustöðvar á líðan íslenskra ungmenna eru í samræmi við slíkar tíðnitölur (Stefán Hrafn Jónsson o.fl., 2011). Í Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 (heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001) er sett fram það markmið að geðheilbrigðisþjónustan nái til um 2% barna 0–18 ára árið 2010, sem virðist í samanburði við áður nefndar tíðnitölur heldur lágt hlutfall.

Í desember 2009 voru öryrkjar á Íslandi um 15.000 talsins. Algengi örorku vegna geðraskana hefur farið vaxandi hér á landi sem eins og annarsstaðar og er nú um 37% og vegna stoðkerfisvanda 28%. Samtals eru þetta um 65% allra öryrkja (Rannveig Traustadóttir o.fl., 2010).

Undanfarin ár hefur notkun geðlyfja farið mjög vaxandi og kostnaður vegna þeirra aukist. Sérstaklega er þessi þróun áberandi varðandi lyf til meðhöndlunar ADHD hjá fullorðnum, en hennar gætir einnig víðar, meðal annars í kvíðastillandi lyfjum. Þess ber einnig að geta að notkun þunglyndislyfja og kvíðastillandi lyfja er mest á Íslandi af öllum Norðurlöndunum (NOMESCO, 2010).

Ljóst má vera að sporna þarf við þessari þróun og talið árangursríkast að auka áherslu á forvarnir, snemmtæka íhlutun, fjölbreytt gagnreynd meðferðarúrræði og aukna eftirfylgd. Vert er að benda á aðrar meðferðarleiðir eða meðferðarform en lyfjameðferð skila góðum árangri við meðferð geðrænna vandamála og geta stuðlað fyrr að bata og aukinni þátttöku í samfélaginu. Þær leiðir eru ekki eins aðgengilegar, sérstaklega ekki þegar komið er út fyrir stærri þéttbýliskjarna landsins. Þau geta sum hver einnig verið mjög kostnaðarsöm fyrir sjúklinginn og eru sjaldan niðurgreidd af sjúkratryggingum. Önnur meðferðarform svo sem eins og aukin eftirfylgd í nærþjónustu og samvinna við fjölskyldu á heimavelli geta hins vegar sparað mikla fjármuni.

Haustið 2010 var stofnaður vinnuhópur á vegum heilbrigðisráðuneytisins sem falið var að bregðast við vaxandi misnotkun á rítalíni og skyldum geðlyfjum. Í desember 2010 sendi fíkniefnadeild Sameinuðu þjóðanna aðvörun til heilbrigðisyfirvalda á Íslandi þar sem lýst var áhyggjum af notkun Íslendinga af metýlfenidat-lyfjum. Tillögur vinnuhópsins fela meðal annars í sér að yfirumsjón með frumgreiningu ADHD hjá fullorðnum og eftirlit með meðferð verði bundin göngudeild og bráðasviði LSH.

Á LSH eru sem stendur ekki framkvæmdar ADHD greiningar hjá fullorðnum, en verið er að skoða þann málaflokk og hvernig og hvar þjónustu við þennan hóp sé best háttað. Teknar eru gildar greiningar frá BUGL, Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins (GRR) og Þroska- og hegðunarstöð en á þessum stöðum nær þjónustan eingöngu að 18 ára aldri. Geðlæknar hafa séð um ADHD greiningu hjá fullorðnum en barna- og unglingageðlæknar, sérhæfðir barnalæknar og sérstök greiningarteymi auk BUGL og GRR sjá um greiningu á ADHD hjá börnum og unglingum að 18 ára aldri. Eftirfylgd er í höndum sömu aðila eða hjá heilsugæslulæknum. Klínískar leiðbeiningar landlæknis eru í endurskoðun og reglur um hverjir mega ávísa rítalín-lyfjum hafa nýlega verið hertar.

Þessi málaflokkur, sem snýr að geðröskunum hjá ungu fólki, er flókinn þar sem margar stofnanir sem ýmist eru á vegum ríkis eða sveitarfélaga koma oft að sömu málunum. Samvinnu milli stofnana hefur verið ábótavant, mál hafa tekið of langan tíma og þeir sem eru hjálparþurfi líða fyrir það. Stuðla þarf að aukinni samvinnu kerfa og samstarfi með foreldrum og aðstandendum frá byrjun því aukinn stuðningur í nærumhverfi getur oft skilað góðum árangri.

Að mörgu leyti er óheppilegt að ungt fólk frá 18 ára aldri og unglingar með alvarlegar geðraskanir séu nær undantekningalaust vistaðir á fullorðinsgeðdeildum og skoða þarf sérstaklega hvernig geðheilbrigðiskerfið tekur á yfirfærslu mála þegar einstaklingur nær sjálfræðisaldri.

Í viðræðum við forsvarsmenn fullorðinsgeðdeildar LSH og BUGL hefur komið fram að þegar ungmenni útskrifast frá BUGL er vægari tilfellum vísað á heilsugæslu eða viðkomandi bent á að fara til geðlæknis á stofu. Þyngrri tilfellum er vísað á göngudeild geðdeildar LSH.

Nú er um helmingur sjúklinga á dagdeild LSH undir 25 ára aldri og langflestir 18–35 ára. Stuðla þarf að aukinni samvinnu milli geðdeilda LSH og BUGL. Forsvarsmenn telja þörf á betra skipulagi til að tryggja samfellu í meðferðinni. Flutningur frá BUGL til geðdeilda LSH reynist mörgum erfiður og ungmennin virðast í kjölfarið missa af ýmsum sálfélagslegum úrræðum. Bent er á mikilvægi þess að rýmka aldursmörk göngudeildar BUGL, til dæmis til 20 ára aldurs, og efla um leið þverfaglega fjölskyldumiðaða nálgun sem sé æskilegust fyrir þennan aldurshóp. Göngudeildir fullorðinna geti svo tekið við.

Einnig er bent á að sumar þjóðir hafa sérstakar ungmennamóttökur, til dæmis fyrir aldurshópinn 16–22 ára. Á fullorðinsgeðdeild LSH eru nú sérstakir HAM (hugræn atferlismeðferð) hópar fyrir þennan aldurshóp. Flestir fá þó hefðbundna meðferð, einstaklingsviðtöl, iðjuþjálfun, fjölskyldunálgun og lyfjameðferð þar sem það á við. Margir í þessum aldurshópi sækja meðferð á dagdeild Hvítabandsins og í átröskunarteymi.

Bent er á mikilvægi þess að hafa sértækt úrræði fyrir þá sem þurfa markvissustu endurhæfinguna, þ.e. fólk með geðrofssjúkdóm með eða án fíknar. Unnið er að því að efla þá þjónustu fyrir þennan hóp á LSH. Þar sé mikilvægur farvegur til að reyna sem allra mest að koma í veg fyrir að ungt fólk dagi uppi á stofnun. Að lokum má nefna að á fullorðinsgeðdeild LSH hefur skort fagþekkingu til að greina og meðhöndla raskanir á einhverfurófi þannig að þegar unglingsárunum sleppir skortir þjónustu við þennan hóp. Reyndar er einnig skortur á úrræðum (greiningu, meðferð og eftirfylgd) grunnskólabarna og unglinga með þroskaröskun á einhverfurófi, einkum þeirra sem eru með eðlilega greind og tilheyra ekki sjálfgefið skjólstæðingahópi GRR eða BUGL.

4 Sjálfsvíg og sjálfsvígshugleiðingar

Samkvæmt dánarmeinasrá Hagstofu Íslands (2011) hafa undanfarin ár verið framin 33–37 sjálfsvíg á hverju ári hér á landi. Þetta þýðir að um þrjú dauðsföll eru skráð sem sjálfsvíg í hverjum mánuði á Íslandi. Karlar eru mun líklegri en konur til að svipta sig lífi, en konur gera mun fleiri sjálfsvígstilraunir sem leiða ekki til dauða. Um 500–600 sjálfsvígstilraunir eru gerðar á hverju ári.

Samkvæmt niðurstöðum HBSC-rannsóknarinnar veturinn 2009–2010 sögðust um 7% nemenda í 10. bekk einhvern tímann hafa gert tilraun til sjálfsvígs en ekki er ljóst í hversu mörgum tilvikum var um alvarlegar tilraunir að ræða (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2010).

Sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir hafa tilhneigingu til að hnappast saman á stuttum tíma og afmörkuðum landsvæðum (Gould o.fl., 1989; Phillips, 1979; Shaffer, 1988; Seiden og Spence, 1984; Stack, 2000). Slík hneppi sjálfsvígsatferlis eru algengari og stærri en skýrt verður með einskærri tilviljun.

Á sama hátt er mikil seigla í sjálfsvígstíðni mismunandi samfélaga sem kemur fram í hárrí fylgni sjálfsvígstíðni milli einstakra ára og bylgja sjálfsvíga sem rísa og hníga á lengri tíma (Messner o.fl., 2002). Slíkar bylgjur verða aðeins skýrðar með vísan til kerfisbundinna ferla innan einstakra samfélaga.

Mikilvægt er að öðlast aukinn skilning á þáttum sem tengjast sjálfsvígum og sjálfsvígstilraunum meðal ungs fólks. Piltar eru í miklum meirihluta þess unga fólks sem fyrirfer sér á Vesturlöndum og sveiflur í sjálfsvígstíðni pilta eru mun meiri en gerist meðal stúlkna (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2002).

Sjálfsvígstilraunir eru til marks um mikla vanlíðan og slíkar tilraunir eru jafnframt nátengdar ýmsum öðrum vandamálum meðal ungs fólks. Þættir á borð við þunglyndi, kvíða, siðrof, félagslega einangrun, skort á félagslegum stuðningi, neyslu löglegra og ólöglegra vímuefna og kynni af sjálfsvígsatferli annarra einkenna íslensk ungmenni sem gert hafa tilraun til sjálfsvígs (Þóroddur Bjarnason, 1994, 2009a; Þóroddur Bjarnason o.fl., 2002; Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson, 1994).

Forvarnir vegna sjálfsvíga þarf að bæta og er vert að styðja betur við það forvarnastarf sem nú fer fram. Undanfarin þrjú ár hefur óformlegur samstarfshópur staðið fyrir að halda alþjóðlegan dag vegna sjálfsvígsforvarna. Hópur þessi er nú að störfum og vinnur markvisst að því að gera þetta alvarlega vandamál sýnilegt. Hópurinn er samansettur af aðilum frá Þjóðkirkjunni, landlæknisembættinu, Geðheilsu-eftirfylgd og Hugarafli, Landspítalanum, Rauða krossinum og aðstandendum. Stefna hópsins er að opna heimasíðu til að auðvelda upplýsingar og aðstoð, að stuðla að forvörnum, að stofna „geðbjörgunarsveit“ sem gæti farið á vettvang þegar um alvarlega neyð er að ræða og að fylgja eftir aðstandendum í sorgarferli.

5 Vímu- og fíkniefni

Á undanförunum áratugum hafa allmargar rannsóknir verið gerðar á vímuefnaneyslu íslenskra ungmenna. Evrópska vímuefnarannsóknin *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) beinist sérstaklega að vímuefnaneyslu unglunga í um 40 Evrópulöndum á tímabilinu 1995–2011 (Hibell o.fl., 2009; Þóroddur Bjarnason, 2009b).

Vímuefnaneysla er jafnframt meðal fjölmargra þátta sem fylgst hefur verið með hér á landi allt frá árinu 1990 í alþjóðlegu WHO-rannsókninni *Health Behaviours in School-Aged Children* (HBSC) sem á íslensku nefnist *Heilsa og lífskjör skólanema* (Currie o.fl., 2008; Þóroddur Bjarnason o.fl., 2010) og nær til um 40 landa í Evrópu og Norður-Ameríku, sem og í íslensku rannsókninni *Ungt fólk* (Margrét Lilja Guðmundsdóttir o.fl., 2009) allt frá árinu 1992.

Þá veita rannsóknirnar *Vímuefnanotkun íslenskra framhaldsskólanema* (Álfgeir Logi Kristjánsson o.fl., 2007) og *Heilsa og líðan* (Stefán Hrafn Jónsson o.fl., 2011) helstu upplýsingar um vímuefnaneyslu ungs fólks á aldrinum 17–24 ára. Í langtímarannsókn (Sigrún Aðalbjarnardóttir o.fl., 2003) kemur fram að vímuefnaneysla og önnur áhættu hegðun ungs fólks þróast frá barnæsku til fullorðinsára í flóknu samspili við þroska, viðhorf og félagslegar aðstæður.

Í fyrstu ESPAD-rannsókninni árið 1995 voru íslenskir unglingar nálægt meðaltali evrópskra unglunga hvað varðaði tóbaksreykingar, áfengisneyslu og hlutfall þeirra sem höfðu prófað kannabísefni (Þóroddur Bjarnason, 2009b). Á næstu árum minnkaði hins vegar neysla íslenskra unglunga á flestum löglegum og ólöglegum vímuefnum og árið 2007 var hún með því lægsta sem gerðist í Evrópu.

Ástæður þessara breytinga eru fjölbættar en sýnt hefur verið fram á að eftirlit foreldra með börnum sínum jókst mikið í kjölfar þess að sjálfræðisaldurinn var hækkaður í 18 ár þann 1. janúar 1998 (Þóroddur Bjarnason, 2009). Hins vegar ber þess að gæta að samhliða þessari jákvæðu þróun meðal íslenskra unglunga almennt hefur vímuefnaneysla aukist og harðnað meðal þeirra unglunga sem á annað borð neyta slíkra efna (Þóroddur Bjarnason, 2006).

Íslenskir unglingar skera sig einkum úr hópi jafnaldra sinna annars staðar í Evrópu vegna þess hve margir unglingar héraendis hafa ekki neytt neinna vímuefna eða um 31% samanborið við 2–19% í öðrum löndum (Þóroddur Bjarnason, 2009). Þessi stóri hópur er meginástæða þess hversu lág neysla einstakra efna mælist hér á landi. Því er mikilvægt að forvarnir gegn neyslu einstakra efna séu samþættar í heildstæðu forvarnastarfi.

5.1 Reykingar íslenskra ungmenna

Mikið hefur dregið úr reykingum 10. bekkinga á síðustu áratugum eða úr 21% árið 1995 niður í 6% árið 2011 sem segjast reykja daglega og er þar lítill munur milli kynja (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2011). Minnkandi reykingar íslenskra unglunga á síðari árum fylgja svipuðu mynstri og finna má á hinum Norðurlöndunum og að nokkru leyti í Evrópu almennt. Reykingar ungmenna í eldri aldurshópum hafa einnig farið minnkandi síðasta áratuginn. Nýjustu gögn um reykingar ungmenna sýna að 7% ungmenna á aldrinum 15–19 ára reykja daglega og 14% þeirra á aldrinum 20–29 og er lítill munur milli kynja (Stefán Hrafn Jónsson o.fl., 2011).

5.2 Áfengisneysla íslenskra ungmenna

Íslenskir 10. bekkingar skera sig nokkuð úr hvað varðar tíðni áfengisneyslu á síðustu 30 dögum. Á árunum 1995–1999 lækkaði tíðnin umtalsvert á Íslandi á meðan unglingar annars staðar drukku að meðaltali oftar. Frá 1999 hefur áfengisneysla íslenskra unglunga haldið

áfram að lækka jafnt og þétt með svipuðum hætti og á flestum hinna Norðurlandanna. Hlutfall þeirra sem segist hafa drukkið áfengi síðastliðna 30 daga hefur farið úr 56% árið 1995 í 18% árið 2011 eða tæpan þriðjung þess sem var 16 árum fyrr (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2011). Niðurstöður úr *Heilsa og líðan 2007*, rannsókn Lýðheilsustöðvar, sýna að rúmlega helmingur í aldurshópnum 18–24 ára stundar ölvunardrykkju, þ.e. drekka fimm eða fleiri áfenga drykki við sama tilfelli einu sinni í mánuði eða oftar (Stefán Hrafn Jónsson o.fl., 2011).

Rannsóknir hafa sýnt að mikil munur er á áfengisneyslu innan sama árgangs milli skólastiga og hefur hann haldist í gegnum árin. Árið 2004 jókst þannig hlutfall 15–16 ára nemenda sem höfðu orðið drukknir úr 26% þegar þeir útskrifuðust úr grunnskóla í 53% þegar þau hófu nám í framhaldsskóla síðar sama ár. Árið 2010 hafði áfengisneyslan minnkað en breytingin frá vori til hausts var svipuð. Það ár jókst hlutfall 15–16 ára nemenda sem höfðu orðið drukknir úr 14% við lok grunnskóla í 33% í upphafi framhaldsskóla. Þessi breyting á hegðun ungmenna eftir að komið er í framhaldsskóla á sér stað að mestu leyti eftir að þau byrja í framhaldsskóla en ekki um sumarið eins og talið hefur verið (Álfgeir Logi Kristjánsson o.fl., 2011).

5.3 Kannabisneysla íslenskra unglunga

Veturinn 2005–2006 höfðu 11% stráka og 9% stelpna í 10. bekk notað kannabis um ævina en 2009–2010 hafði þetta hlutfall hins vegar aukist í 13% meðal stráka en minnkað í 5% meðal stelpna (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2010). Kynjamunur jókst því úr tveimur prósentustigum í átta prósentustig þótt meðaltal allra nemenda breyttist lítið. Þetta er talsvert undir meðaltali Evrópulanda en 23% evrópskra stráka og 17% evrópskra stelpna höfðu prófað einhver ólögleg efni það ár. Hér var fyrst og fremst um hass og önnur kannabisefni að ræða en aðeins 4% íslenskra unglunga höfðu prófað önnur ólögleg vímuefni árið 2007. Meðaltal Evrópu var einnig 4% og því liggur munur á neyslu ólöglegra vímuefna á Íslandi og annars staðar í Evrópu í minni útbreiðslu kannabisefna hér á landi (Hibell o.fl., 2009). Þegar lítið er til aldurshópsins 16–20 ára sem eru utan hefðbundins framhaldsskóla (Álfgeir Logi Kristjánsson o.fl., 2009) er neysla ungmenna utan skóla mun meiri en þeirra sem stunda hefðbundið framhaldskólanám. Meirihluti ungmenna 16–20 ára sem eru atvinnulaus hefur neytt kannabis eða rúmlega 50% þeirra sem eru yngri en 18 ára og rúmlega 60% þeirra sem eru á aldrinum 18–20 ára.

5.4 Önnur ólögleg vímuefni

Af öðrum ólöglegum vímuefnum er amfetamín algengast meðal nemenda í 10. bekk eða 3% vorið 2011 (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2011). Sama máli gegnir um ungt fólk á aldrinum 16–20 ára (Álfgeir Logi Kristjánsson o.fl., 2007). Aðeins lítið hlutfall eða 2% framhaldsskólanema yngri en átján ára notaði amfetamín árið 2009 sem er örlítið lægra en meðal nemenda í 10. bekk vorið 2011 samkvæmt niðurstöðum ESPAD. Þetta hlutfall er talsvert hærra meðal 18 ára og eldri framhaldsskólanema eða 15%. Meðal 16–17 ára ungmenna í vinnu er hlutfallið um 38% en 32% í aldurshópnum 18–20 ára. Allt að helmingur atvinnulausra ungmenna 16–20 ára hafði neytt amfetamíns eða 40% þeirra sem eru yngri en 18 ára og 50% þeirra sem eru á aldrinum 18–20 ára. Færri vísbendingar eru um ólöglega neyslu ungs fólks á lyfseðilsskyldum lyfjum. Þó kemur fram í niðurstöðum ESPAD 2011 að 7,5% nemenda í 10. bekk segjast hafa notað róandi lyf eða svefnlyf án lyfseðils til þess að komast í vímu (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2011).

5.5 Vandamál tengd vímuefnaneyslu

Árangur forvarnastarfs gegn vímuefnaneyslu íslenskra unglunga hefur skilað þeim árangri að færri unglingar neyta slíkra efna. Hins vegar virðist sem þeir sem neyta slíkra efna á annað borð hafi aukið neyslu sína á umliðnum árum. Þannig dróst heildarneysla 15–16 ára unglunga á áfengi (umreiknað í lítra af hreinu alkóhóli) saman um 15% milli 1995 og 2003, en

heildarneysla þeirra sem á annað borð drukku jókst um 19% á sama tímabili (Þóroddur Bjarnason, 2006).

Í alþjóðlegum samanburði hefur jafnframt komið í ljós að íslenskir unglingar drekka álíka mikið í hvert skipti sem þeir neyta áfengis og jafnaldrar þeirra í Evrópu að jafnaði en hlutfallslega fleiri unglingar hér á landi virðast lenda í vandræðum vegna áfengisneyslu sinnar (Þóroddur Bjarnason, 2009). Þótt færri íslenskir unglingar drekki en almennt tíðkast í Evrópu er því ljóst að áfengisneysla veldur þeim unglingum sem á annað borð drekka umtalsverðum vandamálum.

6 Slys og meiðsli meðal ungmenna

Slys eru ein algengasta dánarorsök barna og ungmenna alls staðar í heiminum. Slysatiðni á Íslandi er í mörgum aldurshópum hærrí en í nágrannalöndunum. Alvarlegum slysum og banaslysum hefur þó farið fækkandi hér á landi (Slysaskrá Íslands, 2011). Slysaskrá Íslands veitir enn sem komið er ekki upplýsingar um öll slys á landinu, meðal annars vegna þess að nokkrar heilsugæslustöðvar og tryggingafélög eiga eftir að hefja skráningu í slysaskrána.

Í Slysaskrá Íslands árið 2009 kemur í ljós að slys eru algengust meðal 10–14 ára og næst algengust meðal 15–19 ára eða 3.930 talsins. Þar á eftir kemur aldurshópurinn 20–24 ára eða samanlagt 3.255 slys. Umferðarslys eru algengust í aldurshópnum 15–19 ára, vinnuslys á meðal 20–24 ára og íþróttaslys barna á aldrinum 10–14 og 15–19 ára. Vinnu- og íþróttaslys eru algengari meðal drengja en stúlkna (Slysaskrá Íslands, 2011).

Í íslenskum rannsóknum hefur komið í ljós að rúmlega helmingur nemenda í 10. bekk grunnskóla hefur orðið fyrir meiðslum (til dæmis meiðsli og slys í íþróttum og við slagsmál, eitranir og bruna) síðustu tólf mánuði og er óveruleg breyting á því hlutfalli frá 2006 til 2010 (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2010). Slys utan skóla eiga sér einkum stað á íþróttavöllum og í íþróttahúsum en þar urðu 42% meiðsla. Um 12% slysa áttu sér stað í skóla eða skólalóð á skólatíma og 3% til viðbótar á skólasvæði utan skólatíma. Um 9% urðu fyrir meiðslum í heimahúsum og 8% úti á götu eða bílastæði. Ríflega fjórðungur nemenda nefndi einhvern annan stað.

Þegar slysatiðni á Íslandi var borin saman við aðrar þjóðir kom í ljós að hlutfall 15–16 ára íslenskra unglínga sem hafði orðið fyrir meiðslum var með því hæsta sem gerðist á Vesturlöndum. Um 54% sögðust hafa orðið fyrir slíku og var hlutfallið aðeins hærra á Spáni eða 57%. Á hinum Norðurlöndunum var hlutfallið 50% í Danmörku, 49% í Noregi, 40% í Finnlandi, 39% á Grænlandi og 36% í Svíþjóð. Hlutfall stelpna sem orðið höfðu fyrir meiðslum var hæst á Íslandi og á Spáni en íslensku strákarirnir voru í fjórða sæti (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2006).

7 Ofbeldi

Ofbeldi kemur víða fyrir og ákveðnir álagspættir í umhverfinu geta skipt miklu máli. Bandarísk rannsókn frá árinu 2004 sýndi skýr tengsl milli atvinnuleysis karla, fjárhagsörðugleika og aukins ofbeldis (Benson og Fox, 2004).

Um 42% kvenna á Íslandi hafa sætt ofbeldi einhvern tíma á ævinni frá 16 ára aldri (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010). Erlendar rannsóknir hafa leitt líkum að auknu ofbeldi gegn konum á tímum efnahagslæggða. Konur á öllum aldri eru beittar ofbeldi, en þó er líklegra að konur á aldrinum 18–24 ára verði fyrir ofbeldi en þær sem eldri eru (Jóhanna Rósa Arnardóttir o.fl., 2009). Mjög lágt hlutfall ofbeldismála ratar inn á borð lögreglu eða annarra opinberra aðila. Opinber tölfræði um tíðni kynbundins ofbeldis gefur því einungis hugmynd um hvernig staðan er (Eva Bjarnadóttir og Eygló Árnadóttir, 2011).

Um 22% kvenna hafa verið beittar ofbeldi af hendi maka eða fyrrverandi maka einhvern tímann á ævinni (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010). Af þeim sögðust 26% hafa verið í lífshættu þegar þær voru síðast beittar ofbeldi og 41% þeirra sagði að þeim hefði verið unnið líkamlegt mein (Jóhanna Rósa Arnardóttir o.fl., 2009). Starfsfólk félagsþjónustu og barnaverndar í níu sveitarfélögum landsins telja að andlegt ofbeldi í garð kvenna hafi aukist síðastliðin ár og að það tengist oft áfengis- og fíkniefnaneyslu (Anni Haugen, 2009).

Tilkynningum til barnaverndarnefnda hefur fjölgað á síðustu árum og skjólstæðingum Barnahúss einnig (Barnaverndarstofa, 2010). Árið 2007 var aldurshópurinn 15–17 ára fjölmennastur eða 27% allra barnaverndartilkynninga, en einna mest aukning hefur verið meðal drengja á aldrinum 13–18 ára. Sé Reykjavík skoðuð sérstaklega árið 2009 var hlutfall barnaverndartilkynninga í aldurshópnum 13–18 ára 40% meðal stúlkna og 60% meðal drengja. Árin 2007 og 2008 fjölgaði einnig skýrslutökum fyrir dómi í Barnahúsi svo og viðtölum þar. Mest aukning var meðal stúlkna á aldrinum 10–18 ára. Fjöldi viðtala árið 2008 voru 234 viðtöl og jókst um 46% frá árinu á undan.

Ástæður tilkynninga til barnaverndarnefnda fyrstu níu mánuði ársins 2010 voru í 47% tilvika vegna áhættuhegðunar, í 31% vegna vanrækslu og 21% vegna ofbeldis. Tilfinningalegt og sálrænt ofbeldi var algengast eða í 808 tilvikum, 278 þeirra tengdust heimilisofbeldi (Barnaverndarstofa, 2010).

Atvinnuleysi, fátækt og viðkvæm félagsleg staða einkennir stærstan hluta þeirra fjölskyldna sem barnavernd aðstoðar. Reynsla Finna hefur sýnt að efnahagsþrengingar koma ekki fram fyrir en fimm til sjö árum eftir að kreppa hefst, það sést meðal annars í fjölgun barna sem þurfa aðstoð og fleiri fósturráðstöfunum (Halldór Sig. Guðmundsson, 2009). Huga þarf að þessari staðreynd við niðurskurð í velferðakerfinu í kjölfar kreppunnar.

7.1 Kynferðislegt ofbeldi

Kynferðisofbeldi er alvarlegt lýðheilsuvandamál um heim allan en rannsóknir hafa sýnt að slíkt ofbeldi er algengt og getur haft alvarlegar afleiðingar fyrir einstaklinga sem verða fyrir því (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2009; Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010). Erlendar rannsóknir hafa sýnt að stelpur eru mun líklegri en strákar til að verða þolendur kynferðisofbeldis (Kilpatrick o.fl., 2003; Norris og Slone, 2007)

Frá árinu 1993 hefur verið starfrækt Neyðarmóttaka vegna nauðgunar á Landspítalanum í Fossvogi, en þangað leita aðallega stúlkur og konur sem hafa verið beittar kynferðislegu ofbeldi. Þjónustan er fyrst og fremst fyrir þolendur sem nýlega hafa verið beittir ofbeldi, en öðrum málum er vísað í viðeigandi farveg. Þolendur kynferðisofbeldis geta einnig leitað víðar og má þar nefna Stígamót, Kvennaathvarfið, Drekaslóð og Aflið.

Aldursdreifing þeirra sem leita til Neyðarmóttöku vegna nauðgunar (ókyngreint) sýnir að hópurinn 19–25 ára er langstærstur, eða 42% allra sem leituðu til móttökunnar á árunum 2005–2010. Árið 2010 voru konur 93% þolenda en það ár leituðu 117 einstaklingar þangað og er það meira en tvöföldun frá árinu 1993. Á árunum 1993–2010 leituðu 1.930 einstaklingar til móttökunnar og voru 68% þeirra á aldrinum 10–25 ára (Neyðarmóttaka vegna nauðgunar, 2011. Svar neyðarmóttöku við fyrirspurn skýrsluhöfunda, dags. 3. júní 2011).

Í rannsókn á tíðni og einkennum kynferðisofbeldis gegn konum sem leituðu til Neyðarmóttökunnar á árunum 1998–2007 kom í ljós að 72% voru vegna alvarlegs kynferðisofbeldis. Komum fjölgaði á tímabilinu, úr 12,5 í 16,9 fyrir hverjar 10.000 konur á Íslandi á aldrinum 13–49 ára. Komum vegna alvarlegs kynferðisofbeldis fjölgaði einkum meðal 18–25 ára kvenna milli tímabilanna 1998–2002 og 2003–2007. Árásur af hendi fleiri en eins geranda fjölgaði jafnframt hlutfallslega úr 14% í 19%.

Hlutfall kvenna sem hafði neytt áfengis þegar ofbeldið átti sér stað var óbreytt, en á seinna tímabilinu var hærra hlutfall kvenna sem voru mjög drukknar eða undir áhrifum ólöglegra vímuefna. Hlutfall erlendra gerenda hækkaði ekki umfram fjölgun 15–49 ára karlmannna á Íslandi með erlent ríkisfang (Agnes Gísladóttir, 2010).

Margar nauðganir eiga sér stað í kunningja- og vinahópum. Oft finnst ungum brotapolum erfitt að segja frá broti af ótta við umtal og útskýfun úr vinahópi og kæra því síður slík mál. Talið er að fjöldi koma sýni einungis toppinn á ísjakanum miðað við hina raunverulegu þörf (Neyðarmóttaka vegna nauðgunar, 2011. Svar neyðarmóttöku við fyrirspurn skýrsluhöfunda, dags. 3. júní 2011).

Í áfangaskýrslu jafnréttisvaktarinnar frá mars 2009 segir að reynsla annarra landa sýni að í versnandi efnahagsástandi séu konur sem standi illa efnahagslega í hættu á að leiðast út í vændi. Þá er helst litið til kvenna í lágláunastörfum, atvinnulausra kvenna, einstæðra mæðra, nemenda og fíkniefnaneytenda (jafnréttisvaktin, 2009). Skoða þyrfti hvort áhættan sé einnig aldurstengd. Stígamót munu á árinu opna úrræði fyrir konur á leið úr vændi.

Afleiðingar kynferðisofbeldis geta verið mjög víðtækar og birst á mjög mismunandi hátt, svo sem líkamlegar umkvartanir, breytt hegðun, vanlíðan, geðræn einkenni og jafnvel sjálfsvíg. Ákveðinn kynjamunur sést í einkennamynstri, stúlkur beina vanlíðan frekar inn á við meðan einkenni birtast meira í hegðun hjá strákum (Kilpatrick o.fl., 2003).

7.2 Einelti

Einelti er alvarlegt vandamál í skólum víða um heim og á síðari árum hefur skilningur aukist á afleiðingum slíks ofbeldis til skemmri og lengri tíma fyrir þolendur þess. Í einelti felast endurteknar árásir í orðum eða gjörðum sem eru ætlaðar til þess að valda fórnarlambinu vanlíðan og fela í sér valdaójafnvægi milli þolenda og gerenda (Ársæll Már Arnarsson og Þóroddur Bjarnason, 2009). Erlendar rannsóknir hafa sýnt að börn og unglingar sem verða fyrir einelti eru oft einangruð og einmana (Nansel o.fl., 2001; Olweus, 1994), líður verr í skóla og standa sig síður í námi (Hugh-Jones og Smith, 1999; Rigby og Slee, 1993; Sharp, 1995), þjást af þunglyndi og kvíða og eru líklegri til vímuefnaneyslu og sjálfsvígstilrauna (Craig, 1998; Due o.fl., 2005; Molcho o.fl., 2004; Olweus, 1991).

Á Íslandi hefur um árabíl verið unnið gegn einelti með skipulegum hætti á vegum hins svonefnda Olweusar-verkefnis (Gegn einelti, 2011). Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála birti fyrir rúmum áratug rannsókn á umfangi og eðli eineltis á Íslandi þar sem 13% nemenda í 5. bekk sögðust stundum eða oftast hafa verið lögð í einelti (Ragnar F. Ólafsson o. fl., 1999). Hlutfall þolenda lækkaði með aldri þannig að í 7. bekk sögðust 7%

nemenda hafa verið lögð í einelti en 3% nemenda í 9. bekk. Í könnun Olweusar-verkefnisins frá 2005 kom með svipuðum hætti í ljós að 4% stelpna og 5% stráka í 8.–10. bekk höfðu orðið fyrir einelti (Gegn einelti, 2011).

Í íslenskum grunnskólum eru 4% nemenda í 6.–10. bekk þolendur eineltis, 4% eru gerendur og 1% eru bæði þolendur og gerendur (Ársæll Már Arnarsson og Þóroddur Bjarnason, 2009). Þeir sem eru aðeins þolendur eða bæði þolendur og gerendur eru líklegri til að vera félagslega einangraðir í skóla og vera í slökum tengslum við foreldra sína. Þeir sem aðeins eru gerendur í eineltismálum eru hins vegar líklegri til að vera félagslega sterkir og eiga í góðum samskiptum við foreldra og vini.

Útbreiðsla eineltis meðal ellefu til fimmtán ára nemenda á Íslandi er með því lægsta sem gerist á Vesturlöndum (Currie o.fl., 2008). Af 39 löndum og svæðum sem tóku þátt í alþjóðlegu samanburðarrannsókninni *Health Behaviours in School-Aged Children* (HBSC) veturinn 2005–2006 voru 11 ára nemendur á Íslandi í 35. sæti, 13 ára íslenskir nemendur í 37. sæti en 15 ára íslenskir nemendur í 39. sæti hvað varðar hlutfall þeirra sem orðið hafa fyrir einelti að minnsta kosti tvisvar á undanfórnum mánuðum. Í HBSC-rannsókninni veturinn 2009–2010 kom fram að á Íslandi hafði 8% 11 ára, 6% 13 ára og 4% 15 ára nemenda orðið svo oft fyrir einelti, en það eru eilítið hærri hlutfall en fram kom í sömu rannsókn veturinn 2005–2006.

8 Kynheilbrigði

Kynheilbrigði, sem er hluti af heilbrigði hvers einstaklings og hefur áhrif á velferð hans, varðar bæði kynlífs- og frjósemisheilbrigði (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2011a). Sé kynheilbrigði skoðað út frá klamydíu, kynfæravörtum, barneignum og fóstureyðingum meðal ungs fólks og þessir þættir bornir saman við sambærilega þætti á Norðurlöndunum og jafnvel ríki í Evrópu, þá er samanburðurinn gjarnan okkur í óhag.

Klamydía er algengasti tilkynningarskyldi kynsjúkdómurinn hér á landi, en sé klamydía ómeðhöndluð er viss hættu á ófrjósemi. Oftast finnur fólk ekki fyrir neinum einkennum sjúkdómsins og getur því verið smitað og smitað aðra án þess að átta sig á því. Árið 2009 og 2010 greindust fleiri með klamydíu en nokkru sinni áður sem er aðallega talið vera vegna næmari greiningaraðferða. Árið 2010 greindust samtals 2.211 manns eða 695 á hverja 100.000 íbúa, en árið 2000 greindust 1.819 manns eða 647 á hverja 100.000 íbúa. Tæplega þrjú fjórðu hlutar greindra árið 2010 var ungt fólk á aldrinum 15–24 ára, konur í meirihluta (landlæknir, 2011b).

Sé íslenska heilbrigðisáætlunin til ársins 2010 skoðuð kemur í ljós að markmiðið að draga úr nýgengi klamydíu um 50% hefur ekki verið uppfyllt (heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Í mörg ár hefur tíðni klamydíu jafnframt verið hærrí hér á landi en á hinum Norðurlöndunum. Sé fjöldi greindra með klamydíu á hverja 100.000 íbúa borin saman á Norðurlöndunum var Ísland árið 2008 með 558 greinda, Noregur kom næst með 493, síðan Svíþjóð með 457, Danmörk árið 2007 með 472 og Finnland rak lestina með 262 árið 2008 (NOMESCO, 2010).

Norræn rannsókn á tíðni kynfæravartna af völdum Human Papilloma Virus (HPV) meðal 18–45 ára gamalla kvenna árið 2006 leiddi í ljós að 12% íslenskra kvenna voru með kynfæravörtur sem var nokkuð hærrí tíðni en meðal kynsystra þeirra á Norðurlöndunum, en Norðmenn voru með lægstu tíðnina eða 10%. Því yngri sem þær voru því meiri líkur voru á smiti, en nýgengið var orðið 20% fyrir 26 ára aldur hjá íslensku stúlkunum. Þær voru jafnframt yngstar við greiningu eða að meðaltali 21,3 ára á meðan þær voru elstar í Noregi 22,7 ára. Tíðni smitunar tengdist sterklega fjölda bólfélaga sem var hæstur á Íslandi. Hér á landi var hröðust aukning á smiti og fjölda bólfélaga og jókst fjöldinn í takt við yngri aldur, en þeir voru 11 í árganginum 1974–78. Til eru margar tegundir af HPV-veirunni og valda sumar þeirra 60–70% alls leghálskrabbameins meðal kvenna (Kjaer o.fl., 2007).

Barneignum í yngsta aldurshópnum hefur fækkað hér á landi á undanförunum árum. Tíðnin er þó enn mun hærrí en á hinum Norðurlöndunum, einkum í yngsta aldurshópnum. Árið 2008 var fjöldi barna á hverjar 1.000 konur 15–19 ára á Íslandi 14,6, í Noregi 9,3, Finnlandi 8,6 og í Danmörku og Svíþjóð 6,0 (NOMESCO, 2010).

Fóstureyðingum á Íslandi hefur fækkað nokkuð undanfarinn áratug úr 231 á 1.000 lifandi fædda árið 1999 í ríflega 193 á 1.000 lifandi fædda árið 2009. Af alls 971 fóstureyðingu árið 2009 var 41% meðal 15–25 ára stúlkna, en fóstureyðingar voru algengastar í aldurshópnum 20–24 ára. Umtalsverð fækkun hefur verið meðal 15–19 ára gamalla kvenna eða úr 21 konu á hverja 1.000 árið 1999 í 12 konur árið 2009 (landlæknir, 2011c).

Í samanburði við Norðurlöndin voru hlutfallslega flestar fóstureyðingar framkvæmdar í Svíþjóð eða 335 á hverja 1.000 lifandi fædda en fæstar í Finnlandi 172, á meðan þær voru næstfæstar á Íslandi eða 193. Séu fóstureyðingar meðal 15–19 ára stúlkna skoðaðar fóru 23,6 sænskar stúlkur í fóstureyðingu árið 2008, 18,0 norskar, 17,6 danskar, 15,1 íslensk og 12,7 finnskar miðað við 1.000 lifandi fædda (NOMESCO, 2010). Þess er vert að geta að mismunandi skilyrði geta legið til grundvallar aðgerð í löndunum. Þannig geta til dæmis konur

Í Svíþjóð farið að eigin frumkvæði í fóstureyðingu fram að 19. viku en hér á landi eru þær ekki framkvæmdar eftir 12. viku á meðgöngu nema með rökstuddu álitni sérfræðinga.

9 Kynhegðun

Því fyrr sem byrjað er að stunda kynlíf, því meiri líkur eru á neikvæðum afleiðingum þess (Kjaer o.fl., 2007). Í rannsókninni Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) árið 2006 kom fram að í Evrópu og Norður-Ameríku höfðu að meðaltali 30% 15–16 ára drengja og 24% stúlkna stundað kynmök (Currie o.fl., 2008). Meðal íslenskra drengja á þessum aldri var hlutfallið 29% eða rétt um meðaltal á Vesturlöndunum. Meðal íslenskra stúlkna var hlutfallið hins vegar 36% og var það einungis hærra meðal danskra (40%) og grænlenkskra stúlkna (66%).

Í norrænni rannsókn (Ísland, Noregur, Svíþjóð og Danmörk) frá árinu 2006 kom í ljós að 35% íslenskra stúlkna höfðu haft kynmök fyrir 15 ára aldur en tíðnin var lægst eða 25% í Noregi. Í aldurshópnum 16–17 ára sást svipaður munur milli landanna, eða 60% við 16 ára aldur á Íslandi samanborið við 49% í Noregi og 77% við 17 ára aldur samanborið við 66% í Noregi (Kjaer o.fl., 2007). Einnig kom fram að fjöldi bólfélaga var hæstur á Íslandi eða að meðaltali 8,8 bólfélagar miðað við 7,4 í Noregi þar sem hann var lægstur. Yngsti aldurshópurinn í rannsókninni hafði átt flesta bólfélaga, en þeir voru að meðaltali um 11,0 bólfélagar í árganginum 1974–78 en um 8,0 í Noregi í sama árgangi, en þar var tíðnin lægst (Kjaer o.fl., 2007).

Áfengisneysla unglunga hefur sterk tengsl við það að byrja snemma að stunda kynlíf (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2006). Meðal þeirra unglunga sem aldrei hafa orðið drukknir hafa aðeins 14% haft samfarir við lok 10. bekkjar. Þetta hlutfall fer hins vegar ört hækkandi eftir því sem unglingarnir hafa oftari orðið drukknir. Hæst er hlutfall þeirra sem orðið hafa drukknir 20 sinnum eða oftari, af þeim höfðu 83% haft samfarir.

Þá sýna niðurstöður rannsókna jafnframt að áfengisneysla tengist því að nota ekki smokk og því að sjá eftir kynmökum næsta dag. Samkvæmt niðurstöðum *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) árið 2007 sögðu 8% 15–16 ára drengja og 12% stúlkna hér á landi að þau hefðu, vegna neyslu áfengis, haft kynmök án þess að nota smokk síðastliðna tólf mánuði (Þóroddur Bjarnason, 2009b). Jafnframt sögðust 7% drengja og 9% stúlkna á þessum aldri að áfengisneysla hefði síðastliðna tólf mánuði orðið til þess að þau hefðu haft kynmök sem þau sáu eftir næsta dag.

Árið 2006 kom í ljós að 37% stelpna og 25% stráka á aldrinum 16–19 ára höfðu séð eftir því að hafa stundað kynlíf í eitt skipti eða oftari (Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir, 2006). Ungur aldur, ónógar eða misvísandi upplýsingar og umræður um hinar ýmsu hliðar kynlífs eru mögulegar ástæður þessa. Félagslegur þrýstingur, ófullnægjandi aðgengi að getnaðarvörnum og áhrif áfengis eða vímuefna eru líka áhættuþættir.

Í nýlegri viðtalsrannsókn við eldri og yngri konur kom með sama hætti fram að fyrsta kynlífsreynslan hafði valdið flestum þeirra vonbrigðum (Ásta A. Pétursdóttir og Elvía G. Hreinsdóttir, 2010). Helstu ástæður þess voru meðal annars þrýstingur frá strákum og vinkvennahópnum til að stunda kynlíf áður en þær voru tilfinningalega tilbúnar, skortur á samskiptum milli aðila um væntingar og óskir og þáttur áfengisneyslu.

Að meðaltali notuðu 77% 15–16 ára unglunga í Evrópu og Norður-Ameríku árin 2005–2006 smokk við síðustu samfarir (Currie o.fl., 2008) en aðeins 66% íslenskra nemenda sem var með því lægsta á Vesturlöndum. Árið 2009–2010 var notkunin komin niður í 62% hjá íslenskum unglingum (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2011). Veturinn 2005–2006 kom fram að 15% nemendanna notuðu engar getnaðarvarnir við síðustu samfarir og 5% til viðbótar notuðu rofnar samfarir til að forðast þungun sem telst ekki getnaðarvörn. Um fjórðungur unglunganna sagði hins vegar að stelpa hefði verið á pillunni en meðaltal Vesturlanda samkvæmt HBSC-rannsókninni var 21% veturinn 2005–2006 (Currie o. fl., 2008).

Notkun hormónagetnaðarvarna hefur minnkað hérlendis á undanförunum árum hjá konum á aldrinum 15–49 ára. Árið 2008 rak Ísland lestina á Norðurlöndum með því að nota 161 hormónagetnaðarvörn á hverjar 1.000 konur, Danmörk notaði þá 284, Svíþjóð 252, Noregur 212 og Finnland 204. Sala neyðargetnaðarvarna fjórfaldaðist aftur á móti á árunum 2000–2009. Árið 2008 seldu Íslendingar næstmest af neyðargetnaðarvörn, en salan hefur dregist saman eftir að kreppan skall á (NOMESCO, 2010).

Svo virðist sem íslenskir drengir horfi mun meira á klámefni en jafnaldrar þeirra annars staðar á Norðurlöndunum. Árið 2010 horfðu 44% íslenskra drengja á aldrinum 16–19 ára á klám oft í viku en meðaltal Norðurlandanna, Færeyja, Álandseyja og Grænlands var aðeins 29%. Aðeins 2% íslenskra stúlkna á þessum aldri sögðust hins vegar horfa á klámefni oft í viku (Margrét Lilja Guðmundsdóttir o.fl., 2010).

Samkvæmt þessu yfirliti um kynheilbrigði og kynhegðun byrjar ungt fólk á Íslandi tiltölulega snemma að sofa hjá, sérstaklega stúlkurnar, og þær eiga flesta bólfélaga miðað við hin Norðurlöndin. Barneignir eru mun fleiri í þessum aldurshópi en á hinum Norðurlöndunum, þótt þeim hafi fækkað á undanförunum árum, en tíðni fóstureyðinga er næstlægst. Kynsjúkdómar eins og klamydía og kynfæravörtur eru algengastir hér á landi, einnig klámáhorf ungra drengja. Notkun hormónagetnaðarvarna er lægst hér á landi af Norðurlöndunum, sala neyðargetnaðarvarna næsthæst og notkun smokks í yngstu aldurshópunum einna minnst hér af Vesturlöndunum.

10 Ungt fólk með langvinnan heilsuvanda

Miðað við erlendar og innlendar rannsóknir má ætla að um það bil 15–20% barna og ungmenna glími við langvinnan heilsuvanda sem krefst langtímaeftirlits og -meðferðar hjá sérfræðingum ýmist innan eða utan sjúkrahúsa. Hegðunar- og geðraskanir eru algengastar, þar af er ofvirkniroöskun langalgengust en tíðni ADHD á Íslandi er um 7% (Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2005). Þá er kvíði, þunglyndi, átraskanir og önnur geðræn vandamál ekki óalgeng hjá ungu fólk. Fyrir utan langvinna líkamlega sjúkdóma glímir umtalsverður hópur ungs fólks við þroskatengdan vanda sem er hamlandi og krefst stuðnings og eftirfylgdar, svo sem þroskahömlun, einhverfurófröskun, námserfiðleika af ýmsum toga, lesblindu og aðrar þroskatengdar raskanir (Miðstöð heilsuverndar barna, 2005; Karin Ahlberg, 2010).

Af langvinnum sjúkdómum má meðal annars nefna sykursýki, asma og ofnæmi, heila- og taugasjúkdóma, meðfædda hjartagalla og aðra meðfædda galla, krabbamein og langtímaafleiðingar þess. Framfarir í læknávisindum hafa leitt til þess að fleiri börn og ungmenni lifa af alvarlega sjúkdóma en glíma þá gjarnan við afleiðingar þeirra og afleiðingar meðferðarinnar síðar á ævinni. Þá hafa lífslíkur mjög lítilla fyrirbura aukist mjög en sum þeirra barna glíma við heilsuvanda eða vanda tengdan þroska, hegðun og líðan síðar á ævinni (Ingibjörg Georgsdóttir o.fl., 2003). Þá er offita vaxandi heilsufarsvandi á Íslandi eins og annars staðar í heiminum (sjá frammar umfjöllun um offitu).

Barnadeildir sjúkrahúsanna, Barna- og unglíngageðdeild Landsspítalans (BUGL), barna- og unglíngageðdeild Sjúkrahússins á Akureyri og Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins (GRR) sinna börnum og unglíngum með langvinna sjúkdóma, hegðunar- og geðraskanir og þroskatengdan vanda að 18 ára aldri. Ekki eru til sérstakar unglíngadeildir, móttökur fyrir unglínga eða sérstök unglíngaherbergi við barnadeildirnar en á BUGL eru ákveðin rými eða herbergi sem höfða einkum til unglínga. Barnalæknar og aðrir fagaðilar sem sinna unglíngum með langvinnan heilsuvanda hafa lagt sig fram um að laga þjónustuna að þörfum þeirra. Á Barnaspítala Hringisins var sérstakt „unglíngaherbergi“ um tíma en það er nú notað undir aðra starfsemi. Unglíngrar upplífa gjarnan barnadeildir sjúkrahúsa óaðlaðandi og finnst þær miðast um of við þarfir smábarna.

Unglíngrsárin reynast einstaklíngrum með langvinnan heilsuvanda oft erfið því til viðbótar venjulegum áhyggjum og vanda unglíngrsáranna þurfa þeir að taka tillit til sjúkdómsins og meðferðarinnar. Meðferðarheldni verður gjarnan slakari og það reynir mikið á unga fólk, fjölskyldurnar og meðferðaraðila. Breytingin frá því að vera barn yfir í að verða unglíngrur er oft flókin og sama gildir um tímabilið frá unglíngrsárum yfir á fullorðinsár. Því þarf að huga vel að sérstöðu hvers aldurshóps og laga þjónustuna að þörfum og þroskastígi hvers og eins. Þá þarf að standa sérstaklega vel að yfirfærslu þjónustunnar frá barnadeildum yfir á fullorðinsdeildir (Berg-Kelly, 2010).

Skortur er á samhæfðri þjónustu við börn og ungmenni með hinar ýmsu fatlanir en þjálfun þeirra fer fram á mörgum stöðum og oft er lítið um upplýsingaflæði á milli. Víða erlendis, til dæmis í Svíþjóð, eru sérstakar stofnanir og starfsstöðvar fyrir börn og ungmenni með fatlanir eða sérþarfir (habilitering) þar sem þekking, reynsla, sérfræðiþjónusta og þjálfun er öll á sama stað.

Við 18 ára aldur flýst þjónustan frá barnadeildum til fullorðinsdeilda. Misjafnt er hvernig staðið er að yfirfærslu ungmenna með langvinnan heilsuvanda. Í sumum tilvikum heldur ungt fólk áfram að sækja þjónustu barnadeildanna eitthvað fram yfir tvítugt.

Után sjúkrahúsa sinna ýmsir sérfræðingar börnum og ungmennum aðallega á einkareknum stofum. Heilsugæslan, þar með talin skólaheilsugæslan, er opin öllum en þar vantar meiri sérþekkingu á þessum málaflokki og aukna faglega breidd.

Nýleg norræn rannsókn sýndi að notkun ákveðinna lyfja er mun meiri á Íslandi en hjá hinum Norðurlandþjóðunum (NOMESCO 2010). Þar er einkum um að ræða geðlyf, róandi lyf, þunglyndislyf og örvandi lyf, svo sem ritalín. Önnur úrræði en lyfjameðferð við hegðunar- og geðröskunum, svo sem sálfræðimeðferð eða önnur sálfélagsleg úrræði, hafa í sumum tilvikum skilað meiri árangri en lyfjameðferð enda byggð á traustum gagnreyndum grunni (Handbók um hugræna atferlismeðferð, 2011). Hins vegar eru þau úrræði oft ekki aðgengileg þar sem örfáir sálfræðingar starfa samkvæmt rammisamningi við Sjúkratryggingar Íslands og niðurgreiðsla á þessari þjónustu því lítil. Innan heilsugæslunnar eru einnig fáir sálfræðingar og annað fagfólk með sérþekkingu á þessum málaflokki. Þetta kann að hluta til að skýra mikla lyfjanotkun á Íslandi.

Þá má velta fyrir sér hvort skólakerfið á Íslandi mæti að einhverju leyti verr þörfum barna og ungmenna með vanda tengdan þroska, hegðun og líðan. Það skortir gjarnan þekkingu og reynslu innan skólanna á þessum málaflokki, einkum á meðferðarúrræðum fyrir börn með ADHD, einhverfu og skyldar raskanir, þannig að stuðningur við hegðun og líðan innan grunn- og framhaldsskóla er ekki nægilega markviss þrátt fyrir góðan vilja. Á Íslandi er meira brottfall úr framhaldsskólum en á hinum Norðurlöndunum (Hrefna Pálsdóttir o.fl., 2010). Mennta- og menningarmálaráðuneytið vinnur að endurskoðun á námsmati í framhaldsskólum þar sem lögð er áhersla á að taka meira tillit til nemenda með námserfiðleika og sérþarfir (mennta- og menningarmálaráðuneytið 2011b).

Unglingalæknar í Evrópu og víðar hafa beitt sér fyrir bættri þjónustu við ungmenni og að þjónustan verði miðuð við þarfir ungs fólks (Berg-Kelly, 2003). Víða eru starfræktar sérstakar unglingamóttökur og hefur Svíþjóð verið í fararbroddi hvað þetta varðar á Norðurlöndunum. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur komið fram með leiðbeiningar og tilmæli um „Youth Friendly Health Services“ (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2011b). Hefur það verið hvatning til heilbrigðisyfirvalda um að veita ungu fólki betri þjónustu, lagaða að þeirra þörfum. Þá hefur WHO nýlega gefið út gæðahandbók um heilsu og þroska barna og unglunga (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2011c). Í Bretlandi hafa verið sett fram ákveðin skilmerki „You're welcome quality criteria“ sem margar þjóðir hafa tekið sér til fyrirmyndar (Melin, 2010; Berg-Kelly, 2001). Nýlega setti UNICEF málefni ungmenna í brennidepil og gaf út rit um sérstöðu þessa aldurshóps (UNICEF, 2011). Í Lausanne í Sviss er sérstakt kennsluprógramm European training in effective adolescent care and health (EuTEACH) programme (www.euteach.com) þar sem haldið er vikunámskeið í unglingalækningum einu sinni á ári.

11 Næstu skref

Í þessari áfangaskýrslu hefur verið rakin staða ýmissa málaflokka sem snúa að heilbrigði og lífsstíl ungs fólks og veitt yfirlit um ýmis úrræði og þjónustu sem í boði er. Næsta viðfangsefni er að leita eftir viðhorfum þeirra sem annars vegar veita þjónustuna og hins vegar þeirra sem njóta hennar og síðan vinna tillögur að leiðum til úrbóta.

Starfshópurinn leggur fram eftirfarandi tillögur um leiðir að þeim markmiðum:

- Efla þekkingu og vitund fagfólks á sérstöðu og sérþörfum ungs fólks.
- Bæta aðgengi ungs fólks að heilbrigðisþjónustu.
- Sníða heilbrigðisþjónustuna að þörfum ungs fólks.
- Auka samstarf ólíkra fagaðila í heilbrigðisþjónustu við ungt fólk.
- Kanna möguleika á unglíngamóttökum með þverfaglegum teymum um land allt.
- Tryggja að ungt fólk um allt land njóti sambærilegrar heilbrigðisþjónustu í nærsamfélagi sínu.
- Huga að yfirfærslu þjónustu þegar börn verða unglíngar og unglíngar verða fullorðnir.
- Samhæfa þjónustu við ungt fólk með fjölpættan vanda og auka samvinnu stofnana sem þjóna sömu einstaklingum.
- Efla stuðning við barnafjölskyldur sem standa höllum fæti, til dæmis vegna atvinnuleysis eða örorku, sérstaklega á niðurskurðartímum.
- Efla forvarnir og samþætta forvarnastarf eftir því sem við á.
- Efla rannsóknir með bættu aðgengi rannsóknasamfélagsins að þeim opinberu gögnum og frumgögnum rannsókna sem gerðar eru með opinberu fé.
- Leita hugmynda og samstarfs við ungt fólk um útfærslu þessara mála.
- Byggja á reynslu annarra þjóða eftir því sem við á.

Heimildaskrá

- Aflið. 2011. Aflið: Samtök gegn kynferðis- og heimilisofbeldi á Norðurlandi. Sótt 3. júní 2011 af <http://www.aflidak.is>
- Agnes Gísladóttir. 2010. Tíðni og einkenni kynferðisofbeldis gegn konum sem leituðu til Neyðarmóttöku Landspítala-háskólasjúkrahúss á árunum 1998 til 2007. Meistaraprófsritgerð. Sótt 1. júní 2011 af <http://skemman.is/handle/1946/4374>
- Ahlberg, Karin. 2010. Ungdom med kronisk sjukdom. Barnlækaren nr. 1/2010.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. 2009. Ofbeldi gegn konum. Upplýsingablað WHO nr. 239. Sótt 30. maí 2011 af <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. 2011a. Sexual and reproductive health. Core competencies in primary care. Sótt 24. maí 2011 af http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. 2011b. Youth-friendly health policies and services in the European Region, WHO Regional Office for Europe – Copenhagen, Denmark 2010. Sótt 8. júní 2011 af http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. 2011c. Child and adolescent health and development. Sótt 8. júní 2011 af http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_9789241598859/en/
- Anni G. Haugen. (2009). Ofbeldi gegn konum. Viðbrögð félagsþjónustu og barnaverndar. Reykjavík: Rannsóknasetur í barna- og fjölskylduvernd. Unnið fyrir félags- og tryggingamálaráðuneytið.
- Antonía María Gestsdóttir, Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir, Ragnhildur Guðmundsdóttir, Salbjörg Bjarnadóttir og Sveinbjörn Kristjánsson. 2010. Mat á skólamiðaðri geðheilsufræðslu fyrir unglinga. Áhersla á þekkingu, viðhorf, hjálparsækni og úrræði. Sótt 20. september 2011 af <http://hdl.handle.net/1946/6398>
- Álfgeir Logi Kristjánsson, Jón Sigfússon, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Hrefna Pálsdóttir. 2011. Fyrsta ölvunin: Umhverfi og félagslegt samhengi fyrstu ölvunarinnar meðal 15–19 ára skólanema á Íslandi. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Álfgeir Logi Kristjánsson, Margrét Lilja Guðmundsdóttir, Hrefna Pálsdóttir, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jón Sigfússon. 2007. Ungt fólk 2007: Framhaldsskólanemar. Menntun, menning, tómstundir, íþróttaiðkun og framtíðarsýn ungmenna í framhaldsskólum á Íslandi. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Ársæll Már Arnarsson og Þóroddur Bjarnason. 2009. Einelti og samskipti við fjölskyldu og vini meðal 6., 8. og 10. bekkinga. Tímarit um menntarannsóknir, 6, 15–26.
- Ásta A. Pétursdóttir og Elvía G. Hreinsdóttir. 2010. Kynlífshegðun íslenskra unglingsstúlkna. Rannsóknir í félagsvísindum, Háskólanum á Akureyri 2010.
- Barnaverndarstofa. 2010. Samanburður á fjölda tilkynninga til barnaverndarnefnda og fjölda umsókna um þjónustu til Barnaverndarstofu fyrstu níu mánuði árána 2009 og 2010. Sótt 30. maí 2011 af <http://bvs.is/files/file890.pdf>
- Benson, M.L. og Fox, G.L. 2004. Concentrated Disadvantage, Economic Distress and Violence Against Women in Intimate Relationships. National Institute of Justice, U.S. Justice Department.
- Berg-Kelly, Kristina. 2003. Adolescent-friendly services. Acta paediatrica 92, 1241–1242.
- Berg Kelly, Kristina. 2010. Transition: Bridge over troubled water? Acta Paediatrica 99, 1782–1784.
- Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir. 2006. Grunniðurstöður rannsókna. Kynhegðun ungs fólks á Íslandi og kynferðisleg misnotkun á börnum. Rannsókn og greining og barnaverndarstofa. Sótt 16. des. 2010 af <http://www.bvs.is/files/file425.pdf>
- Craig W. 1998. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. Personality and Individual Differences, 24, 123–130.
- Currie, Candace, Saoirse Nic Gabhainn, Emmanuelle Godeau, Chris Roberts, Rebecca Smith, Dorothy Currie, Will Pickett, Matthias Richter, Antony Morgan og Vivian Barnekow. 2008.

- Inequalities in young people's health. HBSA international report from the 2005/2006 survey. Kaupmannahöfn: WHO Europe.
- Drekaslóð. 2011. Drekaslóð: Fræðslu- og þjónustumiðstöð fyrir þolendur alls kyns ofbeldis og aðstandendur þeirra. Sótt 3. júní 2011 af <http://www.drekaslod.is>
- Due P., Holstein B. E., Lynch J., Finn Diderichsen F., Gabhain S.N., Peter Scheidt P. og Candace Currie C. 2005. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 15, 28–32.
- Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds. 2010. Rannsókn á ofbeldi gegn konum. Reynsla kvenna á aldrinum 18–80 ára á Íslandi. Reykjavík: Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF). Unnið fyrir félags- og tryggingarráðuneytið.
- European training in effective adolescent care and health (EuTEACH) programme. Tekið 7. júní af <http://www.euteach.com>
- Eva Bjarnadóttir og Eygló Árnadóttir. 2011. Konur í kreppu? Samantekt á opinberum tölulegum gögnum á áhrifum efnahagshrunsins á velferð kvenna. Unnið fyrir velferðarvaktina. Sótt 6. júní 2011 af http://www.velferdarraduneyti.is/media/ritogskyrslur2011/Konur_i_kreppu_22032011.pdf
- Gegn einelti. 2011. Olweusar-verkefnið gegn einelti. Sótt 4. júní 2011 á <http://www.olweus.is>
- Gould, Madelyn S., Sylvan Wallenstein og Lucy Davidson. 1989. Suicide clusters: A critical Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 17–29.
- Hagstofa Íslands 2011a. Mannfjöldi, lykiltölur. Sótt 6. júní 2011 af <http://hagstofa.is/Pages/67>
- Hagstofa Íslands 2011b. Vinnumarkaður, skráðir atvinnulausir og hlutfall þeirra af mannafla. Sótt 6. júní 2011 af <http://hagstofa.is/Pages/68>
- Hagstofa Íslands 2011c. Dánir eftir dánarorsökum (ICD-10), kyni og aldri 1996–2009. Sótt 3. júní 2011 af <http://www.hagstofan.is/Hagtolur/Mannfjoldi/Faaddir-og-danir>
- Halldór Sig. Guðmundsson. 2009. Fjölgun barnaverndartilkynninga 2005–2009. Hluti 1: Athugun á tölulegum upplýsingum frá barnaverndarnefndum í Reykjavík og Árborg á fyrstu sex mánuðum hvers árs, árin 2005 – 2009. Reykjavík: Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd.
- Handbók um hugræna atferlismeðferð. Sótt 8. júní af http://www.ham.is/index.php?option=com_content&view=article&id=91&catid=37
- Heilbrigðisráðuneytið. 2010. Heilsan eflid í framhaldsskólum. Sótt 1. júní 2011 af <http://www.velferdarraduneyti.is/hbr/frettir/nr/32414>
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001. Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Reykjavík.
- Heilsugæslan. 2007. Innleiðing skólaheilsugæslu í framhaldsskólum á svæði Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, aðgerðaráætlun. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins.
- Helga Ágústs dóttir. 2004. Kynning á fyrirhugaðri rannsókn á munnheilsu Íslendinga – MUNNÍS. Tannlækna blaðið 2004, 65–67.
- Helga Ágústs dóttir, Guðmundsdóttir H, Eggertsson H, Jonsson SH, Guðlaugsson JO, Saemundsson SR, Eliasson ST, Arnadóttir IB, Holbrook WP. 2010. Caries prevalence of permanent teeth: a national survey of children in Iceland using ICDAS. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 38, 299–309.
- Hibell, Bjorn, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Ludwig Kraus. 2009. The 2007 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stokkhólmur: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Hrefna Pálsdóttir, Álfgeir Logi Kristjánsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Birna Baldursdóttir og Jón Sigfússon. 2010. Ungt folk utan skóla. Félagsleg staða 16–20 ára ungmenna á Íslandi sem ekki stunda nám við framhaldskóla árið 2009. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Hugh-Jones S. og Smith, P. K. 1999. Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer. *The British Journal of Educational Psychology*, 69, 141–158.

- Inga B. Árnadóttir, Holbrook WP, Eggertsson H, Gudmundsdóttir H, Jonsson SH, Gudlaugsson JO, Saemundsson SR, Eliasson ST, Agustsdóttir H. 2010. Prevalence of dental erosion in children: a national survey. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 38, 521–526.
- Ingibjörg Georgsdóttir, Atli Dagbjartsson. 2003. Litlir fyrirburar á Íslandi. *Lífslíkur og fötlun. Læknablaðið*, 89, 299–302.
- Jafnréttisvaktin. 2009. Áfangaskýrsla 31. mars 2009. Sótt 1. júní 2011 af www.velferdarraduneyti.is/media/09FrettatengtFEL09/Afangaskyrsla_jafnrattisvaktarinnar.pdf
- Jóhanna Rósa Arnadóttir, Guðrún Kristinsdóttir og Heiða Björk Vigfúsdóttir. 2009. Rannsókn á ofbeldi gegn konum: Kynning á fyrstu niðurstöðum. Reykjavík. Rannsóknastofnun í Barna- og fjölskylduvernd. Sótt 2. júní 2011 af http://www.felagsmalaraduneyti.is/media/09FrettatengtFEL09/Samantekt_um_rannsokn_a_ofbeldi_gegn_konum.pdf
- Jón Óskar Guðlaugsson, Hólmfríður Guðmundsdóttir og Stefán Hrafn Jónsson. 2009. Samband menntunar og munnheilsu. Í Gunnar Þór Jóhannesson og Helga Björnsdóttir (ritstjórar), Rannsóknir í félagsvísindum, félags- og mannvísindadeild.
- Kilpatrick D.G., Ruggiero K.J., Acierno R.E., Saunders B.E., Resnick H.S. og Best C.L. 2003. Violence of risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692–700.
- Kjaer SK, Tran TN, Sparen P, Tryggvadóttir L, Munk C, Dasbach E, Liaw KL, Nygård J, Nygård M. 2007. The burden of genital warts: a study of nearly 70,000 women from the general female population in the 4 Nordic countries. Sótt 16. des. 2010 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18008222>
- Berg-Kelly, Kristina. 2010. Dags för paradigmaskifte i överförandet av unga med kronisk sjukdom till vuxenvärden. *Barnläkaren* nr. 1/2010.
- Krabbe, Margareta. 2010. I Sverige finns en miljon ungdomar i åldern 10–19 år – en av dem är Maria. *Barnläkaren* nr.1/2010.
- Kristján Már Magnússon. 2004. Samhæfing í málefnum barna og unglunga með hegðunarvanda og geðraskanir: Tillaga um skilgreiningu þriggja þjónustustiga og aðgerðir til að auka samþættingu þjónustunnar. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Kvennaathvarfið. 2011. Samtök um kvennaathvarf. Sótt 3. júní 2011 af <http://www.kvennaathvarf.is>
- Landlæknir. 2000. Börn og ungmenni með geðræn vandamál – Þjónusta utan sjúkrastofnana. Skýrsla starfshóps Landlæknis. Landlæknisembættið.
- Landlæknir. 2003. Dreifibréf Landlæknisembættisins nr. 2/2003. Tilmæli landlæknis varðandi flúornotkun.
- Landlæknir. 2011a. Þjóð gegn þunglyndi. Sótt 6. júní 2011 á <http://www.landlaeknir.is/Thjodgegnthunglyndi>
- Landlæknir. 2011b. Smit og sóttvarnir. Tilkynningaskyldir sjúkdómar. Klamydíusýkingar 1997–2009 eftir kyni og aldri. Sótt 6. júní. 2011 af <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4491>
- Landlæknir. 2011c. Fóstureyðingar 1982–2009. Sótt 1. júní 2011 af <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4504>
- Lundin, Nils. 2010. Blá kamelen – en tonárs BVC. *Barnläkaren* nr.1/2010.
- Margrét Lilja Guðmundsdóttir, Álfgeir Logi Kristjánsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jón Sigfússon. 2009. Ungt fólk 2009: 8., 9. og 10. bekkur. Menntun, menning, tómstundir, íþróttaiðkun og framtíðarsýn ungmenna á Íslandi. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Margrét Lilja Guðmundsdóttir, Jón Sigfússon, Álfgeir Logi Kristjánsson, Hrefna Pálsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir. 2009. The nordic youth research 2010. Rannsóknir & greining. Sótt 16. desember 2010 af <http://www.rannsoknir.is/media/rg/skjol/Nordic-Youth-Research-Descriptive-Report.pdf>
- Margrét Valdimarsdóttir, Agnes Huld Hrafnadóttir, Páll Magnússon og Ólafur Ó. Guðmundsson. 2005. Orsakir ofvirkniröskunar. *Læknablaðið*, 91: 409–14.

- Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD002782.
- Marzelius, Vilhelm. 2010. Ungdomsenhet på sjukhus – en självklarhet. Barnläkaren nr. 1/2010.
- Melin, Tommy. 2010. Erbjuder vi en hälso- och sjukvård anpassad för ungdomar? Barnläkaren nr. 1/2010.
- Mennta- og menningamálaráðuneyti. 2011a. Nám er vinnandi vegur, fréttatilkynning 19. apríl 2011. Sótt 10. maí 2011 af <http://www.menntamalaraduneyti.is/frettir/Frettatilkynningar/nr/5953>
- Mennta- og menningarmálaráðuneyti 2011b. Útgáfur, námskrár. Sótt 7. júní 2011 af <http://www.menntamalaraduneyti.is/utgefid-efni/namskrar/nr/3953>
- Messner, Steven F., Þóroddur Bjarnason og Lawrence E. Raffalovich. Unnatural deaths across the life-cycle: A cross-national, time-series analysis of suicide, homicide, and lethal accidents. Handrit kynnt á 72. ársfundi Eastern Sociological Society, Boston, MA, 7. –10. mars 2002.
- Miðstöð heilsuverndar barna. 2005. Grunnskólabörn með langvinnan heilsuvanda: Greining á þörf fyrir heilbrigðisþjónustu. Miðstöð heilsuverndar barna, skólasvið 12/2005.
- Molcho, M., Harel Y. og Lash D. 2004. The co-morbidity of substance use and youth violence among Israeli school children. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 16, 223–251.
- Nansel T. R., Overpeck M. D., Pille R. S., Ruan W. J., Simons-Morton B. G. og Scheidt P. 2001. Bullying behavior among U.S. youth: prevalence and association with psychological adjustment. JAMA, 285, 2094–100.
- NOMESCO. 2009. Medicines Consumption in the Nordic Countries 2004–2008. Nordic Medico Statistical Committee: Kaupmannahöfn.
- NOMESCO. 2010. Health Statistics in the Nordic Countries 2010. Ritstjóri Johannes Nielsen. Kaupmannahöfn.
- Norris F.H. og Slone F.B. 2007. The epidemiology of trauma and PTSD. Í M.J. Friedman, T.M. Keane og P.A. Resick (ritstj.). Handbook of PTSD: Science and practice. (Bl. 78–98). New York. The Guilford press.
- Olweus, D. 1991. Bully/victim problems among school children: Some basic facts and effects of a school-based intervention program. Í D. Pepler og K. Rubin (ritstj.). The development and treatment of childhood aggression (bls. 411–448). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Olweus D. 1994. Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35.1171–1190.
- Phillips, David P. 1979. Suicide, motor vehicle fatalities, and the mass media: Evidence toward a theory of suggestion. American Journal of Sociology, 84, 1150–1174.
- Ragnar F. Ólafsson, Ragnar P. Ólafsson og Júlíus K. Björnsson. 1999. Umfang og eðli eineltis í íslenskum grunnskólum. Reykjavík: Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála.
- Rannveig Traustadóttir, Kristín Björnsdóttir, James Rice, Knútur Birgisson og Eiríkur Karl Ólafsson Smith, 2010. Fátækt og félagslegar aðstæður öryrkja: Rannsókn unnin í tilefni af Evrópuári gegn fátækt og félagslegri einangrun. Velferðaráðuneytið, Háskóli Íslands og Öryrkjabandalag Íslands.
- Rigby, K. og Slee, P. T. 1993. Dimension of interpersonal relating among Australian school children and their implications for psychological well-being. The Journal of Social Psychology, 133, 33–42.
- Rúnar Vilhjálmsson, Ólafur Ólafsson, Jóhann Ág. Sigurðsson og Tryggvi Þór Herbertsson. 2001. Aðgangur að heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Landlæknisembættið.
- Seiden, Richard H. og Mary Spence. 1984. A tale of two bridges: Comparative suicide incidence on the Golden Gate and San Francisco-Oakland bridges. Omega, 14, 201–209.
- Shaffer, David. 1988. The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. Journal of Clinical Psychiatry, 49, 36–41.
- Sharp, S. 1995. How much does bullying hurt? The effects of bullying on the personal well-being and educational progress of secondary aged students. Educational and Child Psychology, 12, 81–88.

- Sigrún Aðalbjarnardóttir, Andrea G. Dofradóttir, Þórólfur R. Þórólfsson og Kristín L. Garðarsdóttir. 2003. Vímuefnaneysla og viðhorf – Ungu fólki í Reykjavík fylgt eftir frá 14 ára til 22 ára aldurs. Reykjavík: Félagsvísindastofnun og Háskólaútgáfan.
- Slysaskrá Íslands. 2011. Tölur úr Slysaskrá Íslands, 2009, uppfært júní 2010. Sótt 1. júní 2011 af <http://www.landlaeknir.is/Pages/1545>
- Soltaneus T, Leinonen J, Punamäki RL. 2004. Children's mental health in times of economic recession: Replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev. Psychology*, 40, 412–29.
- Stack, Steven. 2000. Media impact on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81, 957–970.
- Stefán Hrafn Jónsson. 2006. Tannheilsa íslenskra skólanema. Kynning á fyrstu niðurstöðum HBSC 2005–6. Akureyri, 18. júní 2006.
- Stefán Hrafn Jónsson, Jón Óskar Guðlaugsson, Haukur Freyr Gylfason og Dóra Guðrún Guðmundsdóttir. 2011. Heilsa og líðan Íslendinga 2007: Framkvæmdaskýrsla. Lýðheilsustöð.
- Stígamót. 2011. Stígamót: Grasrótahreyfing gegn kynferðisofbeldi. Sótt 3. júní 2011 af <http://www.stigamot.is>
- UNICEF. 2011. The state of the world's children 2011. Adolescence: An age of opportunity. Sótt 8. júní 2011 af <http://www.unicef.org/sowc2011/fullreport.php>
- Vinnumálastofnun. 2011a. Atvinnuleysistölur. Sótt 10. maí 2011 af <http://www.vinnumalastofnun.is/heim/#tab-atvinnuleysistolur>
- Vinnumálastofnun, 2011b. Ungt folk til athafna. Sótt 10. maí 2011 af <http://www.vinnumalastofnun.is/atvinnuleitandi/urraedi/ataksverkefni/ungt-folk-til-athafna/>
- Walsh T, Worthington HV, Glenny A-M, Appelbe P, Marinho VCC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD007868.
- Þorbjörn Broddason, Kjartan Ólafsson og Sólveig Margrét Karlsdóttir. 2009. Ný börn og nýir miðlar á nýju árpúsundi. Bls 253–262 í Gunnar Þór Jóhannesson og Helga Björnsdóttir (ritstj.), Þjóðarspejillinn 2009. Félagsvísindastofnun.
- Þóroddur Bjarnason. 1994. The influence of social support, suggestion and depression on suicidal behavior among Icelandic youth. *Acta Sociologica*, 37, 195–206.
- Þóroddur Bjarnason. 2006. Polarization in alcohol consumption among Icelandic adolescents, 1995–2003. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 23, 51–58.
- Þóroddur Bjarnason. 2009a. Anomie among European Adolescents: Conceptual and empirical clarification of a multilevel sociological concept. *Sociological Forum*, 24, 135–161.
- Þóroddur Bjarnason. 2009b. Vímuefnaneysla íslenskra unglunga í alþjóðlegum samanburði, 1995–2007. Akureyri: Rannsóknasetur forvarna.
- Þóroddur Bjarnason, Andrea Hjálmsdóttir, Ársæll Már Arnarsson og Kjartan Ólafsson. 2011. Fyrstu niðurstöður ESPAD 2011. Háskólinn á Akureyri.
- Þóroddur Bjarnason, Ársæll Már Arnarsson og Andrea Hjálmsdóttir, 2010. Fyrstu niðurstöður HBSC 2009–10. Háskólinn á Akureyri.
- Þóroddur Bjarnason, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir. 2002. Sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir meðal íslenskra ungmenna. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Þóroddur Bjarnason, Stefán Hrafn Jónsson, Kjartan Ólafsson, Andrea Hjálmsdóttir og Aðalsteinn Ólafsson. 2006. HBSC á Íslandi: Heilsa og lífskjör skólanema. Háskólinn á Akureyri og Lýðheilsustöð.
- Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson. 1994. Manifest predictors of past suicide attempts in a population of Icelandic adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 350–358.