

**Hva er assosiert med at gutter i alderen 16 til 20 år
tar kontakt med skolehelsetjenesten
for psykiske vansker?**



Det helsevitenskapelige fakultetet

Master i helsesykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Elisabeth Hærås Sæløen

Veileder: Petter Viksveen

Stavanger, 31.august 2020

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
HELSESYKEPLEIE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vårsemester 2020

FORFATTER:

ELISABETH HÆRÅS SÆLØEN

VEILEDER:

PETTER VIKSVEEN

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Hva er assosiert med at unge gutter (16-20 år) tar kontakt med skolehelsetjenesten for psykiske problemer?

Engelsk tittel:

What is associated with young boys (16-20 years) contacting the school health service for mental health problems?

EMNEORD/STIKKORD:

Gutter, psykiske problemer, skolehelsetjenesten, ungdom, helsesykepleier

Boys, mental health issues, school health service, youth, public health nurse

ANTALL ORD: 16 654 (eksklusiv innholdsfortegnelse, tabeller, vedlegg og referanseliste)

STAVANGER, 31.august 2020.....

Forord

Når denne perioden med masterstudiet nå går mot slutten, ser jeg tilbake på en krevende, men lærerik tid. Å være masterstudent har gitt meg muligheten til å fordype meg i et tema jeg har vært nysgjerrig på, nemlig gutters bruk av skolehelsetjenesten. Jeg har i tillegg fått lære meg kvantitativ metode, noe som har vært spennende.

Det er flere jeg ønsker å takke, nå som innlevering av denne masteroppgaven er en realitet. Først vil jeg takke min kunnskapsrike veileder Petter Viksveen for uvurderlig hjelp med analyser, innspill og støtte. Takk for tålmodighet og oppmuntring.

En stor takk går til min kjære studentgruppe. Gjennom tre år på helsesykepleiestudiet har vi delt opp- og nedturer, frustrasjon, praktisk hjelp, strikkeoppskrifter og milepæler. Dere har vært en viktig støtte for meg gjennom hele studietiden.

Svanhild, Kari, Hilde, Nina og Eyvor; hva skulle jeg gjort uten dere?

Takk til familien som har hatt troen på meg og gitt meg muligheten til å fullføre masterstudiet. Mina, Olea, Viktoria og Vidar; takk for deres tålmodighet og støtte!

Takk til min kjære mamma, Anne Solveig og storesøster «Lalla» som har stilt opp med praktisk hjelp, barnepass og støtte.

Sist, men ikke mist; takk til alle dere ungdommer som har bidratt til at denne studien ble mulig å gjennomføre. Dere har delt av deres liv; vansker og følelser. Det er med ydmykhet jeg har jobbet med deres svar om hvordan dere har det og deres meninger om helsetjenestene.

31.08.2020

Elisabeth Hærås Sæløen

Innhold

Sammendrag.....	6
1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.1.1 Ungdomstiden og psykiske vansker.....	7
1.1.2 Skolehelsetjenesten.....	8
1.1.3 Forfatterens bakgrunn.....	10
1.2 Studiens formål og problemstilling.....	11
1.3 Tidligere forskning.....	11
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	14
2.1 Begrepsavklaring og avgrensing.....	14
2.2 Person-sentrerte helsetjenester.....	16
2.3 Brukermedvirkning.....	19
2.4 Komplekse helsetjenester.....	20
3.0 METODE.....	21
3.1 Metodiske overveielser.....	21
3.2 Design.....	21
3.3 Utvalg.....	22
3.4 Datainnsamling.....	22
3.5 Spørreskjemaet.....	23
3.6 Statistiske analyser.....	25
3.6.1 Analysemaal.....	26
3.6.2 Utførte analyser og variabler.....	28
3.6.3 Håndtering av manglende data.....	30
3.7 Validitet og pålitelighet.....	30
3.8 Etske betraktninger og personvern.....	31

4.0 RESULTATER	32
4.1 Hvem var ungdommen i studien?	32
4.1.1 Ungdommens bakgrunn.....	32
4.1.2 Interesser og fritidsaktiviteter blant ungdommen.....	33
4.1.3 Psykiske vansker hos ungdommen.....	33
4.1.4 Rusbruk hos ungdommene	33
4.1.5 Hvem var hos helsepersonell for psykiske vansker?.....	34
4.2 Foretrukket hjelp blant gutter.....	34
4.3 Hva skiller gutter som har hatt kontakt med helsesykepleier for psykiske problemer fra dem som ikke har hatt kontakt?.....	35
4.3.1 Selv-rapporterte psykiske problemer blant gutter med og uten kontakt med helsesykepleier	35
4.3.2 Bruk av rusmidler hos gutter med og uten kontakt med helsesykepleier.....	36
4.3.3 Erfaringer med helsetjenesten blant gutter med og uten kontakt med helsesykepleier	36
4.3.4 Meninger, forventninger og preferanser for helsetjenestene blant gutter med og uten kontakt med helsesykepleier.....	36
4.4 Gutter sammenlignet med jenter	37
4.4.1 Selv-rapporterte psykiske problemer blant jenter og gutter	37
4.4.2 Meninger om og forventninger til helsetjenestene blant jenter og gutter.....	37
4.4.3 Erfaringer og preferanser for helsetjenesten blant gutter og jenter	38
4.5 Likheter og forskjeller blant gutter og jenter med psykiske problemer som har vært i kontakt med helsesykepleier	38
4.5.1 Bakgrunn	38
4.5.2 Interesser og fritidsaktiviteter blant gutter og jenter i kontakt med helsesykepleier	39
4.5.3 Selv-rapporterte psykiske problemer og rusbruk blant gutter og jenter i kontakt med helsesykepleier.....	39

4.6 Hva mener gutter som ikke har hatt psykiske problemer om bruk av helsetjenesten?.....	40
5.0 DISKUSJON.....	41
5.1 Diskusjon av utvalgte funn.....	41
5.1.1 Gutters bruk av skolehelsetjenesten	41
5.1.2 Gutter sammenlignet med jenter	42
5.1.3 Psykiske problemer blant gutter	43
5.1.4 Tro på hjelp.....	43
5.1.5 Informasjon om og tilgjengelighet av skolehelsetjenesten.....	44
5.1.6 Gutters preferanser for hjelp.....	45
5.1.7 Familiens og vennenes meninger om psykiske helse og behandling	47
5.2 Oppsummering av resultater	47
5.3 Funnene sett i lys av Levesques modell for person-sentrert tilgang til helsetjenester	48
5.4 Hvordan kan vi styrke gutters bruk av skolehelsetjenesten?	50
5.5 Styrker og svakheter ved denne tverrsnittstudien	51
5.6 Implikasjoner av forskningen og anbefaling for videre forskning.....	53
6.0 KONKLUSJON	54
Referanser	55
Vedlegg 1: Informasjonsbrev til skolene	69
Vedlegg 2: Spørreskjemaet	70
Vedlegg 3 Statistisk analyseplan.....	82
Vedlegg 4: Tabeller 1-13.....	89
Vedlegg 5: Meldeskjema NSD.....	101
Vedlegg 6: NSD vurdering.....	109

Sammendrag

Skolehelsetjenesten blir regnet som den viktigste helsetjenesten for ungdom, men få gutter benytter seg av tilbudet når de opplever psykiske vansker. Hensikten med studien var å øke kunnskapsgrunnlaget rundt hva som er assosiert med at gutter i alderen 16 til 20 år tar kontakt med skolehelsetjenesten ved psykiske problemer. Målet var at kunnskapen skal kunne brukes for å forbedre tilgangen til og kvaliteten på skolehelsetjenesten, slik at flere gutter som opplever psykiske vansker skal få hjelp. En tverrsnittstudie ble gjennomført blant ungdommer mellom 16 og 20 år som gikk på videregående skole i Agder og Rogaland. Resultatet viste at større antall og høyere alvorlighetsgrad av psykiske problemer var assosiert med bruk av skolehelsetjenesten. Vanligste problemer for dem som tok kontakt var symptomer på depresjon, vold, mobbing, selvmordstanker og selvskading. Tro på hjelp og at det ville hjelpe å snakke om psykiske problemer, samt informasjon om og tilgjengelighet av skolehelsetjenesten var assosiert med økt bruk tjenestebruk. Flere gutter enn jenter hadde tro på at noen ville forstå dem, opplevde å få god informasjon og syntes det var lett å få kontakt. Samtidig uttrykte guttene lavere forventninger til helsetjenesten og egen medvirkning. Om helsesykepleieren var mannlig eller ikke, var ikke viktig for guttene. Resultatene av studien kan bidra til å utvikle og forbedre skolehelsetjenesten for gutter. Det trengs ytterligere forskning på betydningen av helsesykepleiers kjønn, samt hvordan skolehelsetjenesten kan gi guttene reell brukervedvirkning, noe som vil kunne øke deres forventninger til tjenesten og tro på at de kan få hjelp.

1.0 INNLEDNING

Team for denne masteroppgaven er gutters bruk av skolehelsetjenesten for psykiske problemer. I innledningen vil jeg redegjøre for studiens bakgrunn og formål. Jeg vil videre gi en oversikt over teori og tidligere forskning som er relevant for studien.

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Ungdomstiden og psykiske vansker

Ungdomstiden er en sårbar tid og kan ses på som en kritisk fase i helsesammenheng. Å gå fra barn til voksen innebærer mange fysiske og psykiske omveltninger, hvor både hjerne og kropp gjennomgår en stor omorganisering (Spence & Shortt, 2007). Mange opplever utfordringer i forhold til identitet, venner, skole og familie og problemene er gjerne sammensatte og av psykososial karakter. Det er ofte i denne fasen psykiske helseplager har sin debut (Folkehelseinstituttet, 2018b). De unge etablerer i denne perioden et mønster av helsevaner og grunnlaget for videre psykisk helse dannes i stor grad i ungdomstiden (Wold, 2009). Til tross for at det rapporteres om en veltilpasset ungdomsgenerasjon som røyker mindre og drikker mindre alkohol, trives på skolen og er fornøyd med livet de lever, rapporterer likevel stadig flere om psykiske helseplager (Bakken, 2019).

I dag regnes psykiske helseplager som en av de største utfordringene vi har blant barn og unge (Helse og omsorgsdepartementet, 2015). Mellom 15-20 % av ungdom under 18 år opplever psykiske helseplager som påvirker hverdagen deres (Folkehelseinstituttet, 2018a). Ungdoms selvrapporterte psykiske helseplager har økt gradvis siden begynnelsen av 2010-tallet (Bakken, 2019). Nylige undersøkelser viser at tallene fortsatt er økende. De psykiske helseplagene knytter seg først og fremst til bekymringer, søvnproblemer, engstelse, depressive tanker og typiske symptomer på stress.

Psykiske helseplager er mest utbredt blant jenter og en økning i selvrapporterte helseplager blant jenter har vært rapportert helt siden 2010-tallet (Bakken, 2019). Nå rapporterer også flere gutter om psykiske helseplager og denne økningen kan ses tilbake til 2015. Særlig mot sluttet av videregående rapporterer guttene om økende psykiske helseplager. Ungdom med en lavere sosial profil er en del mer plaget enn de ungdommene som tilhører et høyere sosialt lag. Denne forskjellen blir mest fremtredende i videregående, noe som kan tyde på at sosiale forskjeller øker gjennom ungdomsårene. Aldri før har så mange gutter rapportert om ensomhet (Bakken, 2019).

Ensomhet ser ut til å være økende fra 8.klasse og utover i videregående skole. Det ses nå et brudd i skikkelighetstrenden som er sett blant ungdom de siste 20 årene.

Kriminalitet som nasking og hærverk er økende blant gutter. Det har også vært en liten økning av vold og trusler blant elever på ungdomsskolen og disse økningene ses kun guttene. Flere enn tidligere har prøvd cannabis og flere har blitt tilbudt slike stoffer. Økningen ses hos begge kjønn, men har vært størst blant gutter på videregående. Gutter har i tillegg høyere risiko for å utvikle aggresjonsvansker, atferdsforstyrrelser, samt utviklingsforstyrrelser som ADHD, Tourettes syndrom og autismespekterforstyrrelser (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Hvert år tar 14 av 100.000 unge norske gutter (15-19 år) livet sitt (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2019). Selvmord forekommer 2-4 ganger hyppigere blant gutter enn jenter (Miranda-Mendizabal et al., 2019). Globalt sett er selvmord den andre største årsak til død blant ungdom mellom 15 og 29 år (World Health Organization, 2016). Psykisk lidelse er blant en av de største risikofaktorene for selvmord. Særlig depressive lidelser er en stor risiko og opptrer hos nær 60 % av dem som tar selvmord. Misbruk av stoff, eksternaliseringsforstyrrelser og tilgang til midler er spesifikke risikofaktorer knyttet til selvmord blant gutter (Miranda-Mendizabal et al., 2019). Likevel viser studier at få unge gutter er i kontakt med helsevesenet i forkant av selvmord (Rasmussen, Haavind, Dieserud, & Dyregrov, 2014). For å hindre at problemer utvikler seg til å bli kroniske vansker i voksenlivet, er det viktig å komme tidlig inn med hjelp (Iachini, Brown, Ball, Gibson, & Lize, 2015; D. Johnson, Dupuis, Piche, Clayborne, & Colman, 2018).

1.1.2 Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er vanligvis den første helsetjenesten barn og unge kan oppsøke på eget initiativ og for mange det første møtet med helsetjenesten. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud som er lett tilgjengelig for målgruppen (Sosial og helsedirektoratet, 2004). Tilgjengelighet er særlig viktig i møte med ungdommer da de gjerne er spontane og ønsker hjelp der og da. Ungdom kan selv ta kontakt med skolehelsetjenesten i skoletiden uten henvisning eller involvering av foresatte og skal heller ikke få fravær fra skole. Tjenesten er i en særegen posisjon til å nå ungdommer. Ni av ti av alle 16-18 åringer er i videregående opplæring enten som elever, lærlinger eller lærekandidater (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Den store ressursmangel blant skolehelsetjenester rundt om i landet fører til at mange unge som søker hjelp blir møtt med stengt dør hos helsesykepleier (TV 2, 2016). Det har imidlertid de siste årene vært en økonomisk satsing på skolehelsetjenesten hvor intensjonen er en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b). Helsedirektoratet (2017) fikk i 2016 oppdraget med å utrede mulige løsninger for en bindende bemanningsnorm i skolehelsetjenesten. I rapporten som ble lagt frem anbefaler direktoratet at det utarbeides en veiledende, men ikke juridisk bindende bemanningsnorm. Direktoratet ønsker at en ny veileder for bemanningsnorm skal ta utgangspunkt i forslag om normtall fra 2010. I videregående skole innebærer 2010-tallene at en helsesykepleier i 100% stilling kan følge opp 800 elever.

Et viktig aspekt ved styrking av skolehelsetjenesten er at tjenestene skal møte de unges behov og ønsker (Helsedirektoratet, 2019). Vi finner i retningslinjene en sterk anbefaling om at skolehelsetjenesten, ved behov, skal sette inn tiltak for bedre å nå guttene og de skal involveres i denne prosessen. Dette skal gjøres ved at de blir hørt, involvert og mulighet til å påvirke tjenestene, både på individ- og systemnivå. Et overordnet politisk mål er at alle skal få et likeverdig tilbud, uavhengig av kjønn. Ifølge regjeringen har enkelte kommuner tilrettelagt spesielt for guttene og dermed økt andelen som brukte skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Regjeringen sier de vil sørge for bedre integrering av kjønnsperspektivet i beslutningsprosessen og den praktiske helsetjenesteutøvelsen, samt sørge for at tjenestene blir mer rettet mot de ulike behovene hos kvinner og menn. Færre gutter enn jenter bruker skolehelsetjenesten og denne kjønnsforskjellen er størst i videregående skole hvor 17% av guttene og over dobbelt så mange jenter har oppsøkt skolehelsetjenesten (Bakken, Frøyland, & Sletten, 2016).

Skolehelsetjenesten i Norge har utviklet og forandret seg veldig fra dens tidlige opprinnelse og har betydning for å forstå rollen tjenesten har i dag. Den tidlige skolehelsetjenesten på slutten av 1800-tallet med skolelegen i spissen fungerte som rådgiver for skolene og arbeidet primært med helse og hygiene (Haugland & Grimsmo, 2009). Statens helsesøsterskole ble i 1947 opprettet og avløste den tidlige skolehelsetjenestens «skolepleierske». Bedre levekår og medisinske fremskritt førte til et endret fokus fra midten av 1950-årene. Identifisering av psykososiale vansker gjennom konsultasjoner fikk økt fokus, samtidig som strukturelle og samfunnsmessige forhold fikk mindre plass. Organisering av tjenesten ble etterhvert overført til

kommunene og tjenesten ble i 1984 lovpålagt (Alsvik, 1991; Elvebakken 1994; Schiøtz 2003; i Haugland & Grimsmo, 2009). I senere år har skolehelsetjenesten fått en sentral rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet overfor barn og unge.

Samfunnet er gjennom FNs barnekonvensjon pålagt å sikre barn og unges helse og velferd. (FN-sambandet, 2019). I en skandinavisk velferdsmodell har det offentlige hovedansvaret for å sikre barn og unge grunnleggende rettigheter som skolegang og helsetjenester. Dette er universelle velferdsrettigheter, noe som innebærer at alle barn og unge har lik rett til velferdsgodene. Norge er et rikt land med et solid velferdssystem og sammenlignet med de fleste land i verden er de økonomiske forskjeller i befolkningen relativt små (Bakken, 2019; FN-sambandet, 2018). De fleste velferdstjenestene for barn er gratis, slik som utdanning og kommunale helsetjenester.

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt oppgave som skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester i både grunn- og videregående skoler (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Skolehelsetjenesten skal ifølge formålsparagrafen bidra til å «fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skader, samt utjevne sosiale helseforskjeller» (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Skolehelsetjenesten skal være bemannet av helsesykepleier, men lege skal også være tilknyttet tjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Helsesykepleier er en sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid. I retningslinjene finnes et anbefalt program for hvilke tilbud som skal tilbys på de ulike klassetrinn.

Ved aktiv bruk av kunnskap gjennom kunnskapsbasert praksis kan tjenestene endres og forbedres. For å drive en kunnskapsbasert skolehelsetjeneste må de faglige avgjørelsene være basert på kunnskap fra erfaringer, brukermedvirkning og i tillegg systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap (Weum, Bragstad, & Glavin, 2017). Det er behov for ytterligere forskningsbasert kunnskap innenfor skolehelsetjenesten for å kunne tilby best mulig og tilpassede tjenester til unge gutter.

1.1.3 Forfatterens bakgrunn

Jeg ble utdannet helsesykepleier i 2019, men har jobbet som konstituert helsesykepleier i videregående skole i fem år. Min erfaring fra praksis er at guttene i mindre grad oppsøker skolehelsetjenesten, noe som bekreftes i undersøkelser. Når gutter først søker

hjelp, er plagene eller belastningene store. Terskelen for å ta kontakt med helsesykepleier for psykiske problemer virker å være høy. Ofte trengs det støtte eller hjelp fra lærere eller foreldre for å søke hjelp for psykiske vansker. Dette har ført til at jeg har undret meg over hva som skal til for at guttene skal ta kontakt med helsesykepleier. Hva kan senke terskelen og forhindre at gutter som trenger hjelp går alene med sine vansker? Hvordan kan vi tilrettelegge tjenestene så de møter gutters behov og ønsker? Vi må lytte til de som sitter på kunnskapen; nemlig ungdommen. Derfor er gleden stor over å kunne bidra til at guttene får sagt sin mening, blir hørt og får muligheten til å bidra i utforming av skolehelsetjenesten.

1.2 Studiens formål og problemstilling

Formålet med studien er å øke kunnskapsgrunnlaget om gutters bruk av skolehelsetjenesten. Dette gjøres blant annet gjennom sammenligning av data mellom gutter og jenter, samt mellom gutter som har vært i kontakt og ikke vært i kontakt med skolehelsetjenesten. Økt innsikt og kunnskap fra ungdommen vil kunne bidra i prosessen med å fylle kunnskapsgapet og gi gutter bedre og tilpassede helsetjenester. En skolehelsetjeneste som bedre kan ivareta guttene, vil kunne forebygge både mer eller mindre alvorlige psykiske helseplager.

Problemstilling:

Hva er assosiert med at gutter (16-20 år) tar kontakt med skolehelsetjenesten for psykiske vansker?

1.3 Tidligere forskning

Her beskrives litteratursøket og en presentasjon av teori og tidligere forskning. Min oppfatning av hva som er relevant for å få svar på problemstillingen har påvirket valg av teori. Jeg har benyttet Ungdata-resultatene som gir oss informasjon fra landsdekkende om hvordan ungdom sier de har det og vi kan følge utviklingen over tid. Videre har jeg søkt etter forskning som omhandler gutters bruk av skolehelsetjenesten. Forskingen er imidlertid mangelfull og jeg har også inkludert relevante studier som ikke direkte omhandler skolehelsetjenesten. Dette utdypes nærmere.

Det er gjort litteratursøk for å finne relevant forskning på studiens tema. Det ble gjennomført systematiske søk i følgende databaser: CINAHL, PubMed og SweMed+. Søkeordene ble valgt med utgangspunkt i problemstillingen. Søkeordene er både MeSH-termer og nøkkelord. Følgende ord ble benyttet: public health nurse, school health services, adolescent, adolescents, gender, boys, mental health, barriers, help seeking. Søkeordene ble kombinert med AND og OR. Det er gjort fritekstsøk i Bibsys og Google Scholar. Søk på bakgrunn av referanselister er også utført. Jeg har i tillegg mottatt relevante artikler fra andre forskere. Tidligere forskning omtalt i studien er vurdert i forhold til reliabilitet og validitet.

Ved et innledende søk i litteraturen fant jeg et begrenset omfang av forskning som fokuserer på gutters bruk av skolehelsetjenesten. Jeg valgte derfor også å inkludere studier som omhandler andre psykisk helsetjenester for ungdom, samt studier som inkluderer andre aldersgrupper. Noen av studiene tar for seg unge gutters bruk av helsetjenester generelt og fokuserer på kjønnsforskjeller og barrierer for guttene.

Ungdata gjennomfører landsomfattende spørreundersøkelser blant ungdom i ungdomsskole og videregående skole i Norge (OsloMet, 2019). Ungdommene får hvert tredje år spørsmål om foreldre og venner, skole, fritidsaktiviteter og lokalmiljø, helse og trivsel, rusmiddelbruk samt risikoatferd og vold. Dataene gir oss et bilde av hvordan unge sier de har det. I tillegg gir det oss mulighet til å følge utviklingen. Undersøkelsen gir oss også tall på i hvor stor grad ungdom tar kontakt med skolehelsetjenesten. Blant ungdom mellom 16-20 år viser undersøkelsen at 34 % av elevene hadde benyttet skolehelsetjenesten siste året (Bakken, 2018). Gutter oppsøker skolehelsetjenesten i betydelig mindre grad enn jentene. Blant elever som går første året på videregående skole viste undersøkelsen at 43 % av jentene og 18% v guttene hadde oppsøkt skolehelsetjenesten (Bentsen, Kristiansen, Møller, & Vardheim, 2016).

I en stor norsk tverrsnittstudie blant ungdom mellom 15 og 16 år, fant forskerne at kun 34 % av ungdommene med høy psykisk symptombelastning rapporterte at de hadde søkt hjelp det siste året (Zachrisson, Rødje, & Mykletun, 2006). Disse ungdommene rapporterte om symptombelastning over 99-persentilen og det er nærliggende å tro at mange av disse ville hatt behov hjelp eller behandling. Ungdoms manglende erkjennelse av psykiske plager eller manglende ønske om å søke hjelp var hovedsakelig det som begrenset deres bruk av behandling.

I den kvalitative studien til Kari Langaard (2006) fremheves skolehelsetjenestens feminine profil. Guttene mente tjenesten henvendte seg mest til jenter, da helsesykepleier på den tiden het helsesøster. De uttrykte at de følte seg fremmede og ønsket seg en helsebror de kunne identifisere seg med. Ungdommene var opptatt av at gutter og jenter har ulike strategier når de strever. Mens det er lettere for jenter å prate, er gutter i større grad tilbøyelige til å mene at de skal kunne klare seg selv. Guttene ga uttrykk for at de holdt vanskelige ting mer for seg selv og at det skulle mer til før de snakket med noen. Helsesykepleierne støttet opp om denne oppfatningen og uttrykte bekymring for at gutter som sliter psykisk går alene med det lenge. De unge sier selv at det er forskjell mellom kjønnene på hvordan man møter utfordringer. For jentene er det lettere å prate om ting, mens guttene helst vil klare seg selv.

Sollesnes (2010) ønsket i sin kvalitative studie å få kunnskap om faktorer som påvirker ungdoms bruk av helsetjenester i Norge med mål om å bidra til en helsetjenesten som appellerer til både gutter og jenter. Hun fant at guttene hadde en mer begrenset forståelse og kunnskap om helse. Bedre informasjon om tjenestene og hva de tilbyr er viktig for å få flere gutter til å oppsøke hjelp, da gutter venter lengre før de oppsøker hjelp og problemene kan da ha vokst seg større.

Finpå et al. (2017) undersøkte norsk ungdoms bruk av skolehelsetjenesten opp mot egenvurdert helse. Datagrunnlaget var hentet fra Ung i Oslo 2015. Over 12 000 ungdommer på ungdomsskoletrinnet deltok i undersøkelsen. Selv om disse ungdommene er i alderen 13-16 år, kan vi regne med at kjønnsforskjellene allerede vil begynne å vise seg. Bruk av skolehelsetjenesten synker imidlertid etter overgang til videregående, særlig for gutter. En av ti ungdommer hadde brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste året. Forskerne fant kjønnsforskjell i bruk av skolehelsetjenesten og etter å ha kontrollert for fysiske, psykiske og sosiale faktorer, var det å være jente det som ga størst sannsynlighet for bruk. For begge kjønn var depressive plager eller å ha bli mobbet assosiert med økt bruk av skolehelsetjenesten. Fysiske helseplager var en viktigere indikasjon for bruk av skolehelsetjenesten blant guttene enn blant jentene. Forskerne nevner forventninger til den mannlige kjønnsrollen, skolehelsetjenestens profil med samtale som mestringsform, samt betydningen av helsefremmende allmenndannelse (health literacy) som mulige barrierer for guttene.

Rice et al. (2018) har skrevet en oversiktsartikkel begrunnet i unge gutters høye helserisikoprofil og samtidige tilbaketrekning fra helsetjenester som ses i ungdomsårene. Artikkelen tar for seg barrierer og fremmede faktorer for gutters tilgang til psykiske helsetjenester. At unge gutter klarer seg dårlig på indikatorer for mental helse ser man på den forhøyede graden av selvmord, atferdsforstyrrelser, bruk av rusmidler og vold. I forhold til deres helsebehov er de underrepresentert i helsetjenestene. Studien peker på helsekompetanse «health literacy», stigma og skam, maskulinitet, sykdomslære og aksept for tjenestene som sentrale forhold knyttet til dårlig psykisk helse hos gutter. Forskerne mener det trengs en fokusert utvikling av politikk, teori og evaluering av målrettede intervensjoner. De peker også på inkludering av e-helse domenet for å redusere psykisk uhelse blant unge gutter.

Forskning på gutters bruk av skolehelsetjenesten og hvordan tjenesten bør tilrettelegge for guttene er mangelfull. Videre følger beskrivelse av teoretisk referanseramme for studiet.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I det følgende vil jeg utdype det teoretiske perspektivet som ligger til grunn for denne studien, samt redegjøre for nøkkelbegrep. Teoretisk perspektiv er påvirket av hva jeg mener er relevant for problemstillingen og for å få svar på forskningsspørsmålet. Jeg har valgt å fokusere på teori som jeg mener er godt egnet for å forstå området som studeres. Jeg vil presentere teori som omhandler personsentrerte helsetjenester, samt brukermedvirkning og komplekse helsetjenester.

2.1 Begrepsavklaring og avgrensning

Sentrale begrep for denne oppgaven er ungdom, psykisk helse, skolehelsetjenesten og brukermedvirkning.

Ungdom

Ungdom er ikke en klart avgrenset aldersfase, men en livsfase mellom barn og voksen, og det finnes flere ulike definisjoner av ungdom. Verdens helseorganisasjon har valgt å definere *ungdom* i aldersgruppen 10 til 19 år og *unge* i aldergruppen 15 til 25 år (World

Health Organization, 2017). I Norge er helserettslig myndighetsalder 16 år. Ungdom blir da samtykkekompetente og kan da selv bestemme over deres egen helse. Ved fylt 18 år blir ungdom myndige og kan inngå juridisk bindende avtaler og selv bestemme over egne midler. Denne studien vil ha fokus på gutter i videregående skole og inkluderer derfor ungdom fra 16-20 år. I oppgaven vil de benevnes som *ungdom eller unge*.

Psykiske plager

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018b). Psykiske plager er mentale vansker knyttet til for eksempel engstelse, tristhet, søvnproblemer, selvmordstanker, bekymring eller ensomhet. Plagene vil oppleves belastende i ulik grad. De fleste mennesker vil oppleve slike plager en eller flere ganger i løpet av livet. Plagene kan kartlegges ved hjelp av egnede måleverktøy. For de fleste måleredskapene finnes det anbefalte grenseverdier for hva som kalles et høyt nivå av psykiske plager. Et høyt nivå av psykiske plager trenger ikke nødvendigvis bety at det foreligger en psykisk lidelse. En psykisk lidelse brukes om en tilstand eller diagnose som er klassifisert i tråd med internasjonale, diagnostiske kriterier. Denne studien vil basere seg på ungdoms selv-rapporterte psykiske plager. Psykiske plager blir også omtalt som psykiske problemer eller psykiske vansker. I denne studien regnes psykiske problemer dersom ungdom har svart at de er plaget av ett eller flere psykiske problemer i noen eller stor grad.

Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten benyttes som begrep for den helsefremmende og forebyggende tjenesten som tilbys barn og unge i grunnskole og videregående. Tjenesten er lovpålagt og omfattes av opplæringsloven og privatskoleloven (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Alle grunn- og videregående skoler i Norge er pålagt å ha en skolehelsetjeneste, selv om tilbudet vil være forskjellig mellom skoler og kommuner. I denne studien angir bruk av skolehelsetjenesten de ungdommene som krysser av i spørreskjemaet på at de har hatt kontakt med helsesykepleier for psykiske problemer. Skolehelsetjenesten benyttes også for andre problemstillinger, men tas ikke med i denne studien. Det er

hovedsakelig helsesykepleier som er tilgjengelig og møter elevene i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Begrepene skolehelsetjeneste, helsesykepleier og tjenesten vil bli benyttet om hverandre.

Brukermedvirkning og samvalg

Brukermedvirkning vil ligge som en ramme for studien, da målet er å la ungdommer få medvirke til utforming av tjenestene. Hanssen m.fl. (2015, s.30) definerer brukermedvirkning som *"en relasjon mellom tjenestemottakere og tjenesteutøvere, der den som mottar helse- og omsorgstjenester og/eller velferdstjenester, involveres, deltar aktivt og har innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd"*.

Fra å være mottaker skal ungdommen aktive delta i avgjørelser som blir tatt på alle nivå (Storm & Edwards, 2013). Brukermedvirkning på individnivå innebærer ungdoms rett til å påvirke eget hjelpetilbud og på systemnivå ved at de kan komme med innspill for utvikling og forbedring av tjenestene for at de skal møte deres behov (Askheim, 2017). På politisk nivå skal brukermedvirkning sikres ved at deres stemme blir hørt og de kan bidra med innspill når politiske beslutninger tas. Brukermedvirkning utdypes senere i kapittelet.

Samvalg er en prosess hvor behandler og ungdom sammen jobber for finne den beste behandlingen. Det innebærer god informasjon om muligheter og valg, bruk av forskningsbasert kunnskap og ungdommens egne ønsker og valg (Coulter & Collins, 2011).

2.2 Person-sentrerte helsetjenester

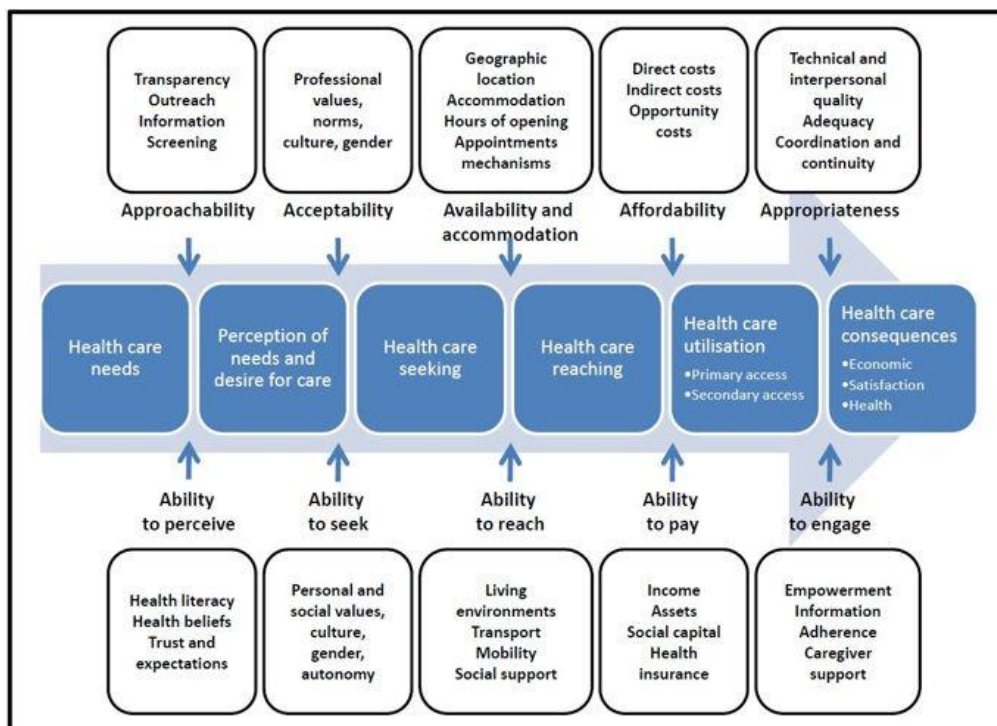
Levesque et al. (2013) har gjort en systematisk litteraturgjennomgang av tidligere publiserte rammeverk som omhandler konseptualisering av tilgang til helsetjenester. De mest siterte rammene fungerte som basis for å utvikle et revidert konseptuelt rammeverk. I stedet for begrepet pasient-sentrert har jeg i denne studien benyttet person-sentrert, da ungdom som oppsøker skolehelsetjenesten ikke omtales pasienter, samt at det oppleves som mer personlig. Person-sentrerte tjenester har respekt for hver enkelt ungdoms evner, preferanser og livsstil og hjelper dem å ta informerte valg og styre egen helse (Gondek et al., 2017). I tillegg gir den oss en forståelse for

kompleksiteten i gutters bruk av skolehelsetjenesten og alle de faktorene som spiller inn på målet; at gutter skal få helsebehovene deres oppfylt.

Levesque definerer tilgang («access») som «mulighet til å få helsebehov oppfylt» og avhenger av de muligheter helsetjenestene tilbyr og brukernes evne til å bruke tjenestene.

«Therefore, we view access as the possibility to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach the healthcare resources, to obtain or use health care services, and to actually be offered services appropriate to the needs for care» (Levesque et al., 2013, s. 4).

Vi skal nå se modellen innenfor en kontekst av ungdoms bruk av helsetjenesten. De ulike dimensjonene er organisert ut fra tilbydere av helsetjenester, og korresponderende dimensjoner fra ungdommens side. Disse er strukturert i faser i et helsehjelpsforløp.



Rammeverket dekker både kompleksiteten og de ulike dimensjonene.

Figur 1: Levesques rammeverk for begrepet «access» (Levesque et al., 2013, s. 5).

Tilnærmelighet («Approachability») og evne til å oppfatte («Ability to perceive»): Tilnærmelighet handler om at ungdom som trenger tjenestene faktisk vet at tjenestene finnes. Dette fordrer informasjon og åpenhet rundt tjenestene. Evne til å oppfatte

avhenger av ungdommens helsekompetanse («health literacy»). Det finnes ulike definisjoner på helsekompetanse, men det handler om nødvendige evner eller ferdigheter for å forstå og anvende helseinformasjon (Gammersvik & Larsen, 2018). Ferdigheter som er avgjørende for å kunne ta kontroll over egen helse og ha utbytte av helsetjenestene.

Aksept («Acceptability») og evne til å søke hjelp: Kulturelle og sosiale faktorer påvirker om tjenestene blir vurdert som akseptable (Levesque et al., 2013). Evne til å søke hjelp handler om ungdommens autonomi og kapasitet, kunnskap om valg og rettigheter. Normer, kulturelle og sosiale faktorer avgjør om tjenestenes aspekter kan aksepteres. Dette utfordrer helsetjenestene, da ulike grupper av ungdommer kan vurdere tjenestenes aspekter og kvaliteter ulikt. At tjenestene ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset behov avhengig av kjønn, seksuell legning eller religiøs tilknytning kan bidra til at enkelte ikke finner dem akseptable. Stigmatisering og diskriminering i samfunnet utfordrer helsetjenestene på dette punktet.

Tilgjengelighet («Availability») og evne til å oppnå kontakt:

Tilgjengelighet omhandler ifølge Levesque (2013) både helsetjenestenes fysiske tilgjengelighet, men også tilgang til de som jobber der. Med tilgjengelighet menes geografisk beliggenhet, åpningstider og hvordan ungdommene kan komme i kontakt med tjenesten. Tilgjengelighet påvirkes av helsetjenestens fysiske beliggenhet og om de er i en slik avstand at ungdommen har mulighet til å komme dit innenfor tidsrammene av det som kan være en travel skolehverdag. Videre er muligheter for å komme i kontakt med helsepersonell, vanskelig språkbruk, ventetid og åpningstider av betydning. Evne til å komme seg til helsetjenestene relateres til ungdommens grad av sosial støtte, personlig mobilitet, transportmuligheter, kollektivtilbud og praktisk tilrettelegging.

Kostnadsvennlighet (Affordability») og evne til å betale:

Kostnadsvennlighet handler om hvor vidt ungdommene har råd til å bruke tjenestene og påvirkes av timepriser, egenandeler, kostnader knyttet til å komme seg til tjenestene, mulighet for fri og fravær fra skole. Evne til å betale avhenger av brukernes inntekt, formue, helse og eventuelt forsikring. Fattigdom og sosial isolasjon vil være viktige faktorer som kan hindre ungdom fra å kunne betale for tjenestene. I Norge er imidlertid tjenester og behandling for ungdom gratis, men det kan være indirekte kostnader knyttet til bruk, som utgifter til transport og fravær fra skole. Ungdom får ikke oppført fravær

når de er hos skolehelsetjenesten. Likevel vil det for ungdom som har mye fravær og et dårlig vurderingsgrunnlag kunne være et hinder å oppsøke skolehelsetjenesten i skoletiden.

Egnethet («Appropriateness») og evne til å engasjere seg:

Egnethet knytter seg til hvilke tjenester som tilbys, kvaliteten på dem og om de møter ungdommens behov. Mellommenneskelig kvalitet, kontinuitet og koordinering virker inn på om tjenestene oppfattes som egnede. I så fall vil det igjen påvirke ungdommens evne til å engasjere seg. Evne til å engasjere seg avhenger av muligheter for deltakelse og medvirkning. I tillegg spiller også kapasitet og motivasjon hos ungdommene. Det kan relateres til helsekompetanse og når de unge har kunnskap om forhold som påvirker helsen får de en større opplevelse av kontroll over eget liv, noe som er viktig for selvbilde og opplevelse av mestring (Mæland, 2016).

2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er rettslig regulert i det norske lovverket jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 hvor det kommer frem at tjenesten skal så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren (1999). Det har imidlertid vært vanskelig for ungdom å ta aktiv del i beslutninger som angår dem. En av årsakene til det har vært at de sitter langt fra beslutningstakerne (Helsedirektoratet, 2019). Etersom det har blitt større fokus på helsefremmende strategier i skolehelsetjenesten, har brukermedvirkning også blitt et bærende prinsipp. Tjenestene må involvere brukerne og gi dem innflytelse på utforming av helsetjenesten (Mæland, 2016). Det innebærer at de unges erfaringer, ønsker og behov blir vektlagt når beslutninger eller tiltak som angår dem skal fattes. Ungdom sitter med viktig kunnskap og erfaring om hva som er viktig for å søke og ta imot hjelp, samt hvordan de ønsker å bli møtt (Forandringsfabrikken, 2020) Dette fordrer at de profesjonelle må gi slipp på noe av sin rolle som «eksperter». Brukerne skal ikke ses på som en målgruppe, men aktive samarbeidspartnere.

Ifølge retningslinjene til skolehelsetjenesten skal brukermedvirkning gjelde på individ- og systemnivå. På individnivå innebærer det at skolehelsetjenesten må lytte til ungdommen og at deres stemme skal bli hørt. På systemnivå innebærer det at representanter for de unge blir involvert i utforming av tjenestene. Dette kan ivaretas gjennom fora som elevråd, ungdommens kommunestyre eller barne- og ungdomsråd.

Forandringsfabrikken arbeider for å bedre hjelpesystemene for ungdom ved å gi dem en stemme og formidle denne kunnskapen til studenter og fagfolk (Forandringsfabrikken, 2020). Ved å hente kunnskap fra barn og unge gjennom undersøkelser jobber stiftelsen med kunnskapsformidling, fagutvikling samt gir råd til myndigheter og politikere. Skolehelsetjenesten bør også regelmessig gjennomføre brukerundersøkelser for at de unge kan komme med tilbakemeldinger på tjenesten og sikre at deres medvirkning blir reel. Ungdommen innehar erfaringer og viktig kunnskap om hva som er viktig for at de skal søke og ta imot hjelp. Medvirkning i seg selv, kan virke fremmede på den psykiske helsen (Mæland, 2016). Ved å få være med å påvirke og ha innflytelse på tjenestene, styrkes ungdommens selvfølelse og gir dem mestringsfølelse.

2.4 Komplekse helsetjenester

Mens helsetjenester tidligere befattet seg med å identifisere årsak og i neste skritt behandle, står vi i dag overfor epidemier med mer uklare årsaker, hvor genetikk, miljø og livsstil spiller inn (Plsek & Greenhalgh, 2001). Kompleksiteten i helsetjenestene er økende. Kannampallil, Schauer, Cohen og Patel (2011) definerer kompleksitet som «*the interrelatedness of components of a system*». De utdyper videre at kompleksitet er relativ. Komponentene har en innbyrdes påvirkning og kompleksiteten øker med antall komponenter og antall relasjonen mellom dem. For å møte den økende kompleksiteten må helsetjenestene akseptere større uforutsigbarhet, respektere autonomi og kreativitet, samt være fleksible overfor de økende mønstre og muligheter (Plsek & Greenhalgh, 2001). Det er behov for nye konseptuelle rammeverk som inkluderer et dynamisk, kreativt og intuitivt syn på verden og erstatter den tradisjonelle tilnærmingen til helsetjenester.

Muligheten for å få oppfylt helsebehovet til hver enkelt ungdom, avhenger av en rekke forhold ved helsetjenestene, hver enkelt ungdoms kapasitet og ønsker og kulturelle forhold i det samfunnet vi lever i. Involvering og medvirkning fra de unge er sentralt for å tilby helsetjenester som møter deres behov og ønsker. Videre presenteres metode for studien.

3.0 METODE

I dette kapitlet presenteres studiens forskningsmetode. Kapitlet starter med at jeg gjør rede for metodiske overveielser, design, utvalg, innsamling av data, analysemetode, samt validitet og reliabilitet. Statistiske analyser brukt blir forklart. Avslutningsvis vil jeg gjøre rede for forskningsetiske vurderinger og personvern.

3.1 Metodiske overveielser

Forskningsspørsmålet:

«Hva er assosiert med at gutter i alderen 16 til 20 år tar kontakt med skolehelsetjenesten for psykiske vansker?»

Den opprinnelige greske betydningen av metode er *veien til målet* (Kvale & Brinkmann, 2015). På bakgrunn av forskningsspørsmålet og ønsket om å innhente breddedata ble det benyttet en kvantitativ metode. En tverrsnittsundersøkelse ble gjennomført blant ungdom i videregående skoler i Agder og Rogaland.

Hensikten var å få økt kunnskap om hva som er assosiert med at gutter i alderen 16 til 20 år tar kontakt med skolehelsetjenesten for psykiske problemer.

3.2 Design

Forskningsspørsmålet søkte å utforske faktorer relatert til temaet gutters bruk av skolehelsetjenesten og en kvantitativ metode var da best egnet (Polit & Beck, 2014). Det ble foretatt en tverrsnittsundersøkelse. Tverrsnittsundersøkelser måler variabler hos en gruppe på et gitt tidspunkt og gir oss et øyeblikksbilde. Fordeler med tverrsnittsundersøkelser er at de er enkle å gjennomføre, koster relativt lite og gir oss raske svar. De egner seg godt til å beskrive forekomst, noe som var ønskelig i denne studien. Tverrsnittstudier ligger ofte til grunn for politiske tiltak der prevalens av helse, sykdom eller risikofaktorer er undersøkt (Veierød & Thelle, 2007).

3.3 Utvalg

For å få svar på problemstillingen ønsket jeg informasjon fra ungdommer 16-20 år som hadde tilgang til skolehelsetjenesten. Dette hadde de gjennom skolene de gikk på og det var dermed hensiktsmessig å rekruttere ungdom som gikk i videregående skole. Mens utvalg forstås som den delen av populasjonen som faktisk deltar i studien, er populasjon de man i undersøkelsen ønsker å si noe om (Bjørndal & Hofoss, 2004). Populasjonen er gutter i videregående skole i alderen 16-20 år i Norge.

Undersøkelsen ble gjennomført som del av InvolveMENT-prosjektet i regi av Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten (SHARE) på Universitetet i Stavanger. Vi rekrutterte elever fra et spredt utvalg av skoler i Agder og Rogaland. Det var rundt 29 000 elever fordelt på 63 offentlige og private videregående skoler i Agder og Rogaland (Utdanningsdirektoratet, 2019). Skolene skulle representere en spredning i geografi, størrelse og studieretning. Dette for å få et utvalg som i størst mulig grad ville være representativt. Det ble også rekruttert elever fra læringsentre. På grunnlag av tidligere undersøkelser gjennomført av SHARE estimerte vi å få svar fra rundt 1500 ungdommer i alderen 16 til 20 år.

Inklusjonskriterier var ungdom i alderen 16 til 20 år på videregående skoler i Agder og Rogaland. Alle trinn og alle studieretninger.

Eksklusjonskriterier var ungdom som av intellektuelle, språklige eller andre grunner ikke var i stand til å svare på undersøkelse.

3.4 Datainnsamling

Vi var tre masterstudenter, en forsker og noen medforskere som kontaktet skoler. Jeg og forskeren tok kontakt med skolene i Agder. Jeg startet med å kontakte de første skolene i november 2019. Ulike strategier ble benyttet for å få skolene til å delta i prosjektet. Førstevalg var personlig oppmøte, men ikke alle steder var det mulig å få prate med ledelsen. Telefon og mail ble derfor også benyttet. Jeg hadde personlig oppmøte på syv av skolene for å presentere studien. Av disse takket tre av skolene ja, en skole takket nei grunnet kapasitet og ved tre skoler var det ikke mulig å få pratet med noen i ledelsen som kunne ta henvendelsen til vurdering. To av skolene tok jeg telefonkontakt med grunnet lange avstander og en av disse takket ja til å delta. Jeg sendte mail til de skolene

hvor jeg ikke fikk snakke med ledelsen. Disse ble enten ikke besvart eller jeg fikk svar om at de ikke hadde kapasitet til å delta. Skolene uttrykte stor pågang på deltakelse i studier og undersøkelser.

Et informasjonsbrev ble utarbeidet for undersøkelsen (vedlegg 1). Vedlagt informasjonsbrevet lå en kortfattet link som førte til den nettbaserte spørreundersøkelsen. Skolene som ønsket å delta informerte elevene om hensikten med undersøkelsen, samt at det var frivillig deltakelse. De elevene som ikke ønsket å delta fikk tilbud om alternative oppgaver. Jeg var selv ikke tilstede eller i direkte kontakt med ungdommene som fikk tilbud om å delta. Gjennomføring av spørreundersøkelsene pågikk fra januar 2020 til 13.februar 2020.

3.5 Spørreskjemaet

Et spørreskjema med 20 spørsmål og totalt 181 delementer ble brukt (vedlegg 2). Prosessen med utforming av spørreskjemaet pågikk i prosjektet over to år og inkluderte pilottesting av tidligere versjoner.

Spørreskjemaet inkluderer validerte måleredskap. Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) og The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) er etablerte måleredskap for henholdsvis selvrapportert angst og depresjon (Beard & Björgvinsson, 2014; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). Begge måleredskapene er validert for bruk blant ungdommer (Allgaier, Pietsch, Frühe, Sigl-Glöckner, & Schulte-Körne, 2012; J. G. Johnson, Harris, Spitzer, & Williams, 2002; Löwe et al., 2008; Richardson et al., 2010; Roseman et al., 2016). Validert versjon finnes også på norsk (Andreas & Brunborg, 2017).

Her presenteres kort spørreskjemaene øvrige spørsmål ble hentet fra. Kun relevante spørsmål for å svare på målene for undersøkelsen ble benyttet:

The Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ) er et kort, generisk spørreskjema som omhandler brukeropplevelser (Sjetne, Bjertnaes, Olsen, Iversen, & Bukholm, 2011). Skjemaet inneholder følgende 10 tema: tilgjengelighet, organisering, informasjon, feilbehandling, brukervedvirkning, kliniske tjenester og behandlingsutfall. Spørreskjemaet er testet av pasienter i spesialisthelsetjenesten i Norge. Validitet blant ungdommer spesifikt er ikke testet.

Evaluating and Quantifying User and Carer Involvement in Mental Health Care Planning (EQUIP) er et måleredskap som ble utviklet for å involvere brukere og behandlere i planlegging av tjenester (Bee, Gibbons, Callaghan, Fraser, & Lovell, 2016). Redskapet måler gjennom 14 elementer, grad av brukermedvirkning og brukeropplevelser i planlegging og implementering av helsetjenester for psykisk helse.

Kunnskapssenterets generiske spørreskjema for *pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten* ble utviklet for bruk i lokale pasienterfaringundersøkelser (Sjetne, Bjerntæs, Iversen, & Olsen, 2009). Målet var å identifisere 8-10 kjernes spørsmål som kunne brukes og sammenligne på tvers av tjenester og pasientgrupper. Arbeidet førte til ti generiske kjernes spørsmål som kunne brukes i alle pasientgrupper.

DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure - Child Age 11–17. (American Psychiatric Association, 2013) er et måleredskap med fokus på psykiske helsedomener hos barn og unge mellom 11 og 17 år. Skjemaet inneholder 12 tema med totalt 25 spørsmål og er til hjelp for å identifisere områder som kan ha betydelig innvirkning på barnets behandling og prognose.

Øvrige spørsmål ble tilpasset en norsk kontekst ved hjelp av 10 ungdom og unge voksne som var representanter og medforskere i prosjektet. Tidligere versjoner av spørreskjemaet ble testet med ungdom i videregående skoler, med henholdsvis 34, 125 og 913 deltakere (Viksveen, Kvamsøe, Cardenas, Game, & Røislien, 2019). Ungdomsmedforskerne kom med innspill om innhold, oppsett samt prioritering av rekkefølge. De gav uttrykk for at det var viktig at spørreundersøkelsen burde gjennomføres elektronisk. Involvering fra brukerne er et viktig element for god praksis i forskningsaktivitet og styrker relevansen for målgruppen (Wright, Foster, Amir, Elliott, & Wilson, 2010).

I tillegg har ulike kategorier av helsepersonell som arbeider med ungdom med psykiske problemer (helsesykepleier, fastlege, psykiatrisk sykepleier, psykiater) og forskere innenfor fag- og forskningsfeltet deltatt i utvikling av spørreskjemaet. Jeg deltok som masterstudent og bidro til at spørsmål av viktighet for problemstillingen i mitt prosjekt også ble integrert i spørreskjemaet.

Spørreskjemaet ble besvart av ungdommene elektronisk gjennom SurveyXact med Rambøll som tjenesteleverandør. Systemet er tilpasset GDPR kriteriene.

Data blir oppbevart i anonymisert form, kryptert på Universitetets server. Det er kun Universitetets IT-avdeling og forskere involvert i prosjektet som har hatt tilgang til dataene.

Spørreskjemaet ble oversatt og tilgjengelig på engelsk, arabisk og dari. Oversettelsen til engelsk ble gjort av en person og sjekket av en annen person. Oversettelsene på arabisk og dari ble utført av et profesjonelt translatørfirma.

3.6 Statistiske analyser

Den statistiske analyseplanen ble publisert på SHAREs hjemmeside ved Universitetet i Stavanger 12.mars 2020 (Viksveen, Eikevåg, Enge, & Sæløen, 2020) (vedlegg 3).

Rådata ble overført fra Excel til det statistiske analyseprogrammet The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versjon 25), i februar 2020. Veileder bidro i dette arbeidet for å sikre korrekt overføring. Stikkprøver ble tatt og det ble ikke funnet noen feil i dataene. Analysing ble gjennomført under veiledning i mars og april 2020.

Univariate og bivariate statistiske analyser ble gjennomført. Univariate analyser ble presentert deskriptivt med tekst og i frekvenstabeller. For å se på samvariasjon mellom variabler ble det utført bivariate tester, inkludert kji-kvadrattester og Mann-Whitney U-tester. Valg av statistiske analyser ble tatt på grunnlag av type data og hvorvidt dataene var normalfordelte eller ikke. Parametriske tester ble brukt for normalfordelte data og nonparametriske for data som ikke var normalfordelte. Frekvensfordeling av data på Likert-skala ble vurdert ved bruk av histogrammer. Alpha ble satt til 0,05 og alle sammenligninger av grupper er presentert med tosidige tester. Resultatene av univariate tester er presentert deskriptivt med frekvens og prosent. Testresultater med p-verdier presenteres i vedlagte tabeller 1-18 (vedlegg 4).

Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk er systematisk beskrivelse av datamaterialet hvor man presenterer utvalget som det er uten forsøk på forandringer (Drageset & Ellingsen, 2009). Deskriptive analyser brukes for å beskrive utvalget gjennom informasjon om sentraltendens (gjennomsnitt eller median), og spredning (standardavvik eller interkvartilbredde/persentiler), og prosentfordeling.

Bivariate analyser

Uavhengig t-test

Uavhengig t-test er en parametrisk test som sammenligner gjennomsnittet i to grupper når datamaterialet er normalfordelt.

Mann Whitney U test

Mann-Whitney U benyttes for å avgjøre sannsynligheten for at observasjoner i den ene gruppen er høyere i sammenligning med den andre gruppen (Aalen, 2006). Testen brukes for å sammenligne to grupper når dataene ikke er normalfordelte (Bjørndal & Hofoss, 2004). Dette ble gjort ved eksempelvis å sammenligne gutter og jenters erfaringer med helsetjenestene. Fordelen med ikke-parametriske metoder er at de er robuste for ekstremverdier og heller ikke avhengige av normalfordelte data (Aalen, 2006).

Kji-kvadrat test

Kjikkvadrat test brukes for å evaluere samvariasjon eller uavhengighet mellom kategoriske variabler. Vi kan for eksempel teste om det er samvariasjon mellom kjønn og hvorvidt ungdommene i undersøkelsen har oppsøkt helsesykepleier eller ikke.

Cronbachs alpha

Sum skåre for GAD-7 og PHQ-9 rapporteres, som et mål på henholdsvis grad av angstsymptomer og depresjonssymptomer ungdommene har hatt de siste to ukene. Cronbachs alpha ble beregnet for å teste indre konsistens i disse to måleredskapene. Skåre over 0.7 ble betraktet som tilfredsstillende. Resultatet viste høy indre konsistens for angst (0.896) og depresjon (0.885) (Cronbach, 1951; Tavakol & Dennick, 2011).

3.6.1 Analysemaal

For å svare på forskningsspørsmålet; "Hva er assosiert med at gutter i alderen 16 til 20 år tar kontakt med skolehelsetjenesten for psykiske vansker?" ble det gjennomført tester for å se på følgende:

- Gutters bruk av skolehelsetjenesten for psykiske problemer

- Forskjell mellom gutters og jenters bruk av helsesykepleier for psykiske problemer
- Forskjell mellom gutter som tar kontakt og gutter som ikke tar kontakt med helsesykepleier for psykiske problemer

Følgende grupper av variabler ble testet:

- Demografi
- Interesser og fritidsaktiviteter
- Psykiske problemer
- Kjennskap til helsetjenestene
- Bruk av rusmidler
- Erfaring og tilfredshet med helsetjenestene

Hvilke ungdommer som ble inkludert i analysene:

Analysen ble utført med data fra ungdom i alderen 16 til 20 år med psykiske problemer som har hatt kontakt med helsesykepleier.

Spørsmål 10a og 6 i spørreskjemaet ble benyttet for identifisering av ungdom som tilfredsstilte inklusjonskriteriene (vedlegg 2).

Spørsmål 10a var "Hvis du har hatt psykiske problemer, hvem hadde du kontakt med?" Deltakere som krysset av for Helsesykepleier angav bruk av skolehelsetjenesten.

Spørsmål 6 var "I hvor stor grad har du hatt psykiske problemer som påvirket livet ditt eller hverdagen din?" Dette ble gjort om til en dikotom variabel med følgende to kategorier:

- A) «Ikke hatt det» og «Liten grad»
- B) «Noen grad» og «Stor grad»

Ungdom som passet inn i kategori B ble inkludert i analysene.

Undergrupper i analysene inkluderte:

1. Gutter 16-20 år med psykiske problemer og tatt kontakt med helsesykepleier
2. Gutter 16-20 år med psykiske problemer, ikke tatt kontakt med helsesykepleier

3. Gutter 16-20 år uten psykiske problemer
4. Jenter 16-20 år med psykiske problemer og tatt kontakt med helsesykepleier.

Variablene ble delt inn i 5 grupper:

- Demografiske (alder, bakgrunn, bostatus)
- Interesser og fritidsaktiviteter
- Psykisk helse
- Bruk av rusmidler
- Hjelpesøkende atferd
- Perspektiver på helsetjenesten
- Erfaringer og tilfredshet med helsetjenesten

3.6.2 Utførte analyser og variabler

Statistiske analyser:

- I. Gutter med psykiske problemer som har hatt kontakt med helsesykepleier.
- II. Sammenligning av gutter og jenter som har hatt kontakt med helsesykepleier.
- III. Sammenligning av gutter som har hatt kontakt med helsesykepleier og de som ikke har hatt kontakt med helsesykepleier.
- IV. Gutter som ikke har hatt psykiske problemer.

For alle analysene var utvalget i alderen 16-20 år.

- I. Gutter med psykiske problemer som har hatt kontakt med helsesykepleier

Det ble utført univariate analyser, som presenteres i tall og prosenter.

Utvalg var de deltakerne som krysset av for samtlige tre karakteristika:

- I. Gutter
- II. Psykiske problemer i noen eller stor grad
- III. Har hatt kontakt med helsesykepleier

- II. Sammenligning av gutter og jenter som har hatt kontakt med helsesykepleier

Det ble utført bivariate analyser.

Utvalget var de deltakerne som krysset av for begge karakteristika:

- I. Psykiske problemer
- II. Kontakt med helsesykepleier

III. Sammenligning av gutter som har hatt kontakt med helsesykepleier og de som ikke har hatt kontakt med helsesykepleier.

Bivariate analyser.

Utvalget er de deltakerne som har krysset av for begge karakteristika:

- I. Gutter
- II. Psykiske problemer

Variabler brukt for analysene under I, II og III var:

1. Alder (kontinuerlig)
3. Bostatus (nominal)
4. Bakgrunn (nominal)
5. Bruk av tid til interesser og fritidsaktiviteter utenom skole og arbeid (ordinal)
6. I hvor stor grad de hadde hatt psykiske problemer som påvirket livet eller hverdagen deres (ordinal)
7. Perspektiver på hva de ville gjort hvis de skulle søke hjelp for sin psykiske helse
8. Depresjonssymptomer (PHQ-9) og angstsymptomer (GAD-7) (kontinuerlig)
9. Bruk av rusmidler/narkotiske stoffer (ordinal)
- 12b. Mottatt informasjon om hvor de kunne søke hjelp og hvor lett det var å få kontakt med behandleren
13. Behov for og tilbud om tolk (nominal), type tolk (nominal) og tilfredshet med tolk (ordinal)
15. Hvem som ville kontaktet helsesykepleier for å få hjelp for psykiske problemer, spørsmål om seksualitet, og spørsmål om rusmidler
- Helsesykepleier (nominal)
16. Hvor gamle de syntes ungdom bør være før de kan oppsøke helsepersonell og få behandling for psykisk helse uten at foreldre/foresatte blir informert (ordinal)

IV: Gutter som ikke har hatt psykiske problemer.

Univariate analyser ble utført for å få kunnskap om perspektivene til gutter som ikke har hatt psykiske problemer.

Variabler som ble testet var:

7. Perspektiver på hva de ville gjort hvis de skulle søke hjelp for sin psykiske helse (ordinal)
15. Hvem som ville kontaktet helsesykepleier for å få hjelp for psykiske problemer, spørsmål om seksualitet og spørsmål om rusmidler

16. Hvor gamle de syntes ungdom bør være før de kan oppsøke helsepersonell og få behandling for psykisk helse uten av foreldre/foresatte blir informert (ordinal).

3.6.3 Håndtering av manglende data

Manglende data ble håndtert gjennom pairwise deletion. Det vil si at svar der deltakerne bare hadde svart på en av to variabler i bivariante analyser ble utelukket. Variabler for depresjons- og angstsymptomer, og erfaringer med helsetjenesten, hadde ikke manglende data da det var obligatorisk for deltakerne å svare på hvert delspørsmål.

3.7 Validitet og pålitelighet

Validitet kan deles inn i intern og ekstern validitet. Intern validitet betegner hvorvidt funnene i en studie er gyldige og om de måler det som skal måles og ekstern validitet sier noe om hvorvidt resultatene fra utvalget kan generaliseres til populasjonen (Drageset & Ellingsen, 2009).

Intern validitet betegner i hvilken grad funnene er gyldige og hvorvidt måleinstrumentene måler det de er ment å måle (Drageset & Ellingsen, 2009).

Måleinstrumenter må være valide i konteksten de brukes og for den pasientgruppa som undersøkes. I denne studien brukte vi redskaper som har vært validert i internasjonale studier og for bruk blant norsk ungdom for å måle depresjons- og angstsymptomer. I tillegg ble Cronbachs alfa målt for å teste den indre validiteten i redskapene. Flere av spørsmålene i andre deler av undersøkelsen var dessuten hentet fra andre validerte redskaper for måling av bruk av, erfaringer og tilfredshet med helsetjenesten, tidligere nevnt under kapittel 3.5 "Spørreskjema". En forutsetning for valide resultater er at det ikke foreligger systematiske, tilfeldige eller bakenforliggende feil (Bjørndal & Hofoss, 2004). Systematiske feil kan oppstå i alle deler av forskningsprosessen, helt fra valg av forskningsdesign til metode, datainnsamling og analyse.

Ekstern validitet sier noe om hvorvidt resultatene fra utvalget kan generaliseres til populasjonen (Drageset & Ellingsen, 2009). Dette avhenger blant annet av måten utvalg er gjort på, størrelsen på utvalget og frafall. Tilfeldige utvalg fra en populasjon bidrar til å styrke ekstern validitet. Det var i denne studien ikke mulig med tilfeldig utvalg. For å bidra til å styrke den eksterne validiteten gjorde vi utvalg fra skoler med stor geografisk spredning, små og store skoler, skoler i byer og ute i distriktene, samt både studiespesialisering og yrkesfag. Denne variasjonen bidrar til å styrke

representativiteten. Spørreundersøkelsen var anonym og ungdommen oppga ingen personidentifiserbar informasjon, noe som kan tenkes gjorde det lettere for dem å svare ærlig.

Pålitelighet forstås som datamaterialets nøyaktighet og er et mål på i hvilken grad gjentatte målinger vil gi samme resultat (Drageset & Ellingsen, 2009; Laake, Hjartåker, Thelle, & Veierød, 2007). Forskningsprosessen skal gjøres etterprøvable, slik at dersom en annen forsker fulgte samme fremgangsmåte ville det ført til tilsvarende resultat, noe som indikerer god stabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette innebærer at alle trinn i forskningsprosessen skal gjøres rede for, fra søk etter teori til benyttet metode og analyse. For å teste indre konsistens for univariate måleredskaper ble Cronbachs alpha beregnet.

Som helsesykepleier hadde jeg «egne briller» og en forforståelse av temaet jeg skulle forske på. Det ble imidlertid benyttet en utprøvd spørreundersøkelse og innspill til spørreskjemaet ble spilt inn til ungdomsmedforskere for å bidra til relevans. Studien bygger på litteratur og tidligere forskning og resultatene er tolket etter beste evne. Prosjektplanen fungerte som en protokoll gjennom hele prosessen. Styrker og svakheter er forsøkt beskrevet med mål om å gjøre forskningsprosessen transparent i størst mulig grad.

3.8 Etske betraktninger og personvern

Etske hensyn må prioriteres under planlegging og i gjennomføring av en studie. Jeg har fulgt Helseforskningsloven gjennom utarbeidelsen av studien (2008).

Regionale komiteer for medisinske og helsefaglige forskningsetikk (REK) skal godkjenne medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter, mens kvalitetsforbedringsprosjekter skal vurderes av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Denne studien kommer inn under kvalitetsforbedringsprosjekter og godkjenning fra REK var dermed ikke nødvendig. Meldeskjema til NSD (meldeskjema 842923) (vedlegg 5) ble utfylt og sendt av prosjektansvarlig forsker. NSD vurderte 07.oktober 2019 (vedlegg 6) at prosjektet var i samsvar med personvernlovgivningen. Det ble sendt endringsmelding for å kunne rekruttere deltakere gjennom høyskoler og universitet. På grunnlag av dataene er det lite sannsynlig at det dreier seg om et vesentlig antall deltakere, og denne studien omfatter kun ungdom i alderen 16 til 20 år.

Spørreskjemaet inneholdt ingen personidentifiserbar informasjon. Kun IP-adressen som ble benyttet ved innsending av spørreskjemaet kunne knytte den enkelte besvarelsen til deltakeren. Tjenesteleverandørens sikrede datasystemer oppbevarte IP-adressene og de ble ikke videresendt til bruker av tjenesten, som er Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten (SHARE) ved Universitetet i Stavanger. Jeg var ikke i direkte kontakt med informantene, da spørreundersøkelsene ble delt ut og samlet inn av ansatte på skolene. Både informantene, skolene og kommunene ble anonymisert. Ungdommen ble informert om at det var frivillig å delta i spørreundersøkelsen og det ble bekreftet gjennom informert samtykke (Drageset & Ellingsen, 2009). De som ikke ønsket å delta, fikk tilbud om å gjøre seg kjent med ung.no, som er det offentlige informasjonskanal for ungdom. Spørreundersøkelsen ble ikke ansett å være belastende for ungdommene.

4.0 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultatene av tverrsnittstudien. Resultatene er delt inn i seks deler hvor første del inneholder en deskriptiv presentasjon av alle ungdommene som deltok i studien. Videre presenteres foretrukket hjelp blant guttene, hva som skiller gutter med psykiske problemer som har hatt kontakt med helsesykepleier fra dem som ikke har hatt kontakt. Videre følger analyser for å sammenligne gutter og jenter, samt likheter og forskjeller mellom kjønn blant dem som hadde psykiske problemer og var i kontakt med helsesykepleier. Siste del består av en presentasjon av meninger blant gutter som ikke opplevde psykiske problemer. Kjønn, psykiske problemer og bruk av helsesykepleier er viktige faktorer i presentasjonen.

4.1 Hvem var ungdommen i studien?

I alt 797 ungdommer i alderen 16 til 20 år deltok i undersøkelsen som fant sted i januar og første del av februar 2020. Ungdommene ble rekruttert gjennom videregående skoler og læringsentre fra seks kommuner i Rogaland og fem kommuner i Agder.

4.1.1 Ungdommens bakgrunn

Utvalget bestod av 344 gutter (43%), 444 jenter (55%). Tre ungdommer oppga annen kjønnsidentitet og seks svarte ikke på spørsmål om kjønn (tabell 1). Ungdommene var fra 16 til 20 år, med gjennomsnittsalder på 17.2 år (SD1.2).

De fleste ungdommene (65%) bodde sammen med begge foreldre, 17% bodde hos en av foreldrene og 12% vekslet på hvem av foreldrene de bodde med (tabell 1). Tretten prosent av ungdommene hadde kommet til Norge som flyktning (n=58), var eller hadde vært fosterbarn (n=31) eller var adoptert (n=13).

4.1.2 Interesser og fritidsaktiviteter blant ungdommen

Ungdommene brukte mest av fritiden på internett og sosiale medier (tabell 2). Flest oppga å bruke tre timer på internett daglig, men over en av fem brukte fem timer eller mer. Halvparten brukte to eller tre timer på sosiale medier, mens en av tre brukte fire timer eller mer. Nesten halvparten av ungdommene brukte en eller to timer daglig på familie og venner. Minst tid ble brukt på dataspill, idrett og andre hobbyer. De fleste brukte mindre enn en time på dataspill daglig og få ungdommer brukte mer enn en time. Hver tredje ungdom brukte mindre enn en time på idrett, mens halvparten brukte en eller to timer daglig.

4.1.3 Psykiske vansker hos ungdommen

Nær fire av fem rapporterte om minste ett psykisk problem i noen eller stor grad (tabell 1). Andelen rapporterte psykiske vansker steg gradvis med alder, fra 71% ved 16 år til 90% ved 20 år.

Alle som bodde med andre i familien enn foreldrene og fire av fem ungdommer som bodde hos en av foreldrene eller byttet på hvem de bodde hos rapporterte om psykiske vansker (tabell 1). Ungdom som bodde hos begge foreldre rapporterte 74% om minst psykiske vansker ($p=0.002$) (data ikke vist).

Psykiske vansker forekom hos alle (n=3) som var både flyktning og fosterbarn, 85% av adopterte, 81% av fosterbarn, og 76% av flyktninger (tabell 1). 78% av ungdom som ikke hadde bakgrunn som flyktning, blitt adoptert eller vært fosterbarn oppga psykiske vansker. Forskjellene var ikke signifikante.

4.1.4 Rusbruk hos ungdommene

Alkohol var det mest prøvde rusmiddelet blant ungdommene (n=528, 67%) (tabell 3). En av tre aldri hadde prøvd det og omtrent like mange brukte det månedlig. En av fire hadde kun prøvd det en eller få ganger. Halvparten av ungdommen røykte eller snuste aldri, mens hver fjerde ungdom hadde prøvd det en eller få ganger. En av ti brukte røyk eller snus daglig. De fleste hadde aldri prøvd narkotiske stoffer, mens en av ti hadde

prøvd det en eller få ganger. Svært få hadde brukt medisiner for å bli høy eller endre på hvordan de følte seg og var det minst prøvde rusmiddelet.

4.1.5 Hvem var hos helsepersonell for psykiske vansker?

Totalt 45% (n=361) av ungdommene oppga å ha kontaktet helsepersonell for psykiske vansker. Mest benyttet var psykolog (28%, n=223). En av fem (n=151) ungdommer hadde vært hos helsesykepleier for psykiske vansker (tabell 1). Mest kontakt med helsesykepleier var det i gruppen som ikke hadde svart på bakgrunn (n=139, 26%), fulgt av åtte (18%) av de som var flyktninger, tre (12%) av fosterbarn og kun en (9%) som var adoptert hadde kontaktet helsesykepleier. Ingen av ungdommene som både var flyktning og fosterbarn hadde vært i kontakt med helsesykepleier for psykiske vansker.

4.2 Foretrukket hjelp blant gutter

Tre av fem gutter (216 av 344) oppga at de hadde hatt minst ett psykisk problem i noen eller stor grad (tabell 1). Kun 15% (n=32) av dem hadde vært i kontakt med helsesykepleier for sine psykiske problemer. En av fire (n=88) hadde minst ett psykisk problem i stor grad og blant dem hadde hver fjerde gutt (n=23, 26%) hatt kontakt med helsesykepleier.

Seksten prosent (n=56) hadde minst moderat grad av depresjon (PHQ-9 \geq 10) og av disse hadde hver fjerde av guttene hatt kontakt med helsesykepleier (data ikke vist). Åtte prosent (n=26) hadde minst moderat grad av angst (GAD-7 \geq 10) og hver femte hadde hatt kontakt med helsesykepleier.

Flere gutter ville kontaktet et familiemedlem (n=190, 55%), en venn (n=130, 38%) eller en psykolog (n=127, 37%) enn en helsesykepleier (n=91, 27%) for psykiske problemer (data ikke vist). Nesten like mange ville kontaktet fastlege (n=82, 24%), mens færre kunne tenke seg å prate med psykiater (n=74, 22%), lærer (n=70, 20%), nettbasert tjeneste (n=66, 19%), legevakt (n=64, 19%) eller rådgiver/sosialrådgiver på skolen (n=62, 18%). Hver tiende gutt (n=35) ville ikke kontaktet noen ved psykiske problemer.

For spørsmål om seksualitet foretrakk guttene å snakke med en venn (n=140, 41%), fremfor et familiemedlem (n=71, 21%) eller en helsesykepleier (n=66, 19%) (tabell 4). Noen kunne også tenke seg å kontakte en nettbasert tjeneste (n=62, 18%) eller fastlege (n=54, 16%) for spørsmål om seksualitet. For spørsmål om rusmidler ville guttene helst snakke med en venn (n=146, 42%) eller et familiemedlem (n=118, 34%). Færre kunne tenke seg å snakke om rusmidler med en fastlege (n=63, 18%), nettbasert tjeneste

(n=53, 15 %), psykolog (n=51, 15%), eller helsesykepleier (n=48, 14%). Kun 5% (n=18) ville ikke oppsøkt hjelp hverken for psykiske problemer, spørsmål om seksualitet eller rusmidler.

Mange gutter oppga psykiske problemer og få av disse hadde vært i kontakt med helsesykepleier. Alvorlighetsgrad på de psykiske problemene var assosiert med kontakt med helsesykepleier. Selvrapportert depresjon forekom hos dobbelt så mange gutter som selvrapportert angst. Guttene foretrakk å snakke med en venn, familie eller psykolog fremfor helsesykepleier ved psykiske problemer.

4.3 Hva skiller gutter som har hatt kontakt med helsesykepleier for psykiske problemer fra dem som ikke har hatt kontakt?

4.3.1 Selv-rapporterte psykiske problemer blant gutter med og uten kontakt med helsesykepleier

Nær to av tre gutter som hadde vært i kontakt med helsesykepleier for sine psykiske problemer var plaget med å være deprimert, lei, nedfor og trist eller opplevd stress (tabell 5). Litt over halvparten slet med konsentrasjonsvansker og nesten like mange følte seg ensomme. Mer enn to av fem hadde en følelse av håpløshet, irritasjon og sinne eller opplevde søvnproblemer. Nesten fire av ti bekymret seg mye og en tredel opplevde angst, redsel, frykt og fobier. Minst rapporterte problem var selvsykdom, spiseforstyrrelse og opplevd vold. Hver femte gutt opplevde selvmordstanker i noen grad, men svært få rapporterte stor grad av selvmordstanker. Følelse av håpløshet var det mest rapporterte psykiske problemet i stor grad og forekom hos en av tre gutter.

Gutter som hadde vært i kontakt med helsesykepleier for psykiske problemer, oppga dobbelt så mange psykiske problemer som gutter som ikke hadde vært i kontakt med helsesykepleier ($p=0.002$) (tabell 6). Guttene slet med ulike psykiske problemer (tabell 7). De oppga oftere å ha blitt mobbet eller truet ($p=0.043$) eller å ha opplevd vold ($p=0.001$). Selv om flere gutter som hadde vært i kontakt med helsesykepleiere rapporterte at de var mer deprimert, lei, nedfor eller triste enn dem som ikke hadde hatt kontakt ($p=0.011$), var det ingen signifikant forskjell i grad av depresjon målt ved bruk av PHQ-9. Det var imidlertid flere gutter som hadde oppsøkt hjelp hos helsesykepleier

som rapporterte selvmordstanker ($p \leq 0.001$), selvskading ($p = 0.013$) og ensomhet ($p = 0.036$).

Guttene som hadde vært i kontakt med helsesykepleier for sine psykiske problemer hadde dobbelt så mange psykiske problemer som gutter som ikke hadde vært i kontakt. Å føle seg enten deprimert, lei, nedfor eller trist var mest vanlige problem blant gutter i kontakt med helsesykepleier, etterfulgt av å oppleve stress og ha konsentrasjonsvansker. En av tre følte stor grad av håpløshet. Gutter som hadde vært i kontakt med helsesykepleier følte seg mer deprimert, lei, nedfor eller triste og hadde oftere vært utsatt for vold, mobbing eller blitt truet. Selvskading, selvmordstanker og ensomhet forekom også hyppigere blant gutter i kontakt med helsesykepleier.

4.3.2 Bruk av rusmidler hos gutter med og uten kontakt med helsesykepleier

Det var ingen signifikante forskjeller mellom guttene som hadde og ikke hadde hatt kontakt med helsesykepleier for bruk av alkohol, røyk eller snus, narkotiske stoffer eller bruk av medisiner for å bli høy eller endre på hvordan de følte seg (Tabell 8).

4.3.3 Erfaringer med helsetjenesten blant gutter med og uten kontakt med helsesykepleier

Femtiåtte av guttene med psykiske problemer svarte at de hadde fått behandling og av disse hadde 19 vært i kontakt med helsesykepleier (tabell 9). To av tre gutter som hadde vært i kontakt med helsesykepleier syntes de hadde fått nok informasjon om hvor de kunne søke hjelp ($n = 12$, 63%). Over halvparten av dem ($n = 10$, 53%) syntes det var lett å få kontakt med behandler. Flere gutter som hadde hatt kontakt med helsesykepleier syntes at de hadde fått tilstrekkelig informasjon om hvor de kunne søke hjelp, sammenlignet med dem som ikke hadde kontaktet helsesykepleier ($p = 0.004$). Det var også flere av dem som hadde vært i kontakt med helsesykepleier som følte det var lett å få kontakt med behandleren ($p = 0.009$). Informasjon og tilgjengelighet til behandler var assosiert med bruk av helsetjenesten.

4.3.4 Meninger, forventninger og preferanser for helsetjenestene blant gutter med og uten kontakt med helsesykepleier

De fleste guttene hadde tro på at de ville få hjelp av helsetjenesten. Gutter med tidligere kontakt med helsesykepleier hadde større tro på hjelp fra helsetjenesten enn gutter som ikke hadde vært i kontakt med helsesykepleier ($p = 0.021$) (tabell 10). Flere av disse guttene mente at hjelpen må være noe mer enn å snakke eller ta ($p = 0.004$). Det var også

viktigere for dem at de selv kunne bestemme hva behandleren skulle si til foreldre eller foresatte ($p=0.008$). Gutter i kontakt med helsesykepleier hadde større forventninger om å få øyeblikkelig hjelp dersom de skulle få et akutt psykisk problem ($p=0.033$).

Dobbelt så mange gutter ($n=17$, 53%) som allerede hadde vært i kontakt med helsesykepleier, ville kontaktet helsesykepleier igjen ved psykiske problemer, sammenlignet med dem som ikke hadde vært i kontakt ($p=0.001$) (tabell 11). Tidligere kontakt med helsesykepleier økte også sjansen for at de ville ta kontakt for spørsmål om seksualitet ($p\leq 0.000$) eller rusmidler ($p=0.020$).

Selv om mange hadde tro på at de ville få hjelp av helsetjenesten ved psykiske problemer, var det økt tro på hjelp hos dem som allerede hadde vært i kontakt med skolehelsetjenesten. Tanken om at hjelpen må være noe mer enn å snakke eller ta medisiner forekom hyppigere blant gutter som hadde vært i kontakt med helsesykepleier. Kontakt med skolehelsetjenesten for psykiske problemer økte sjansen for re-kontakt, både for psykiske problemer, seksualitet og rusmidler.

4.4 Gutter sammenlignet med jenter

4.4.1 Selv-rapporterte psykiske problemer blant jenter og gutter

Færre gutter ($n=216$, 63%) enn jenter ($n=396$, 89%) rapporterte om psykiske vansker ($p\leq 0.001$) (data ikke vist). Signifikant flere jenter enn gutter hadde vært i kontakt med helsesykepleier for psykiske problemer ($p\leq 0.001$). Av ungdom med psykiske vansker hadde dobbelt så mange jenter som gutter vært i kontakt med helsesykepleier (tabell 1). En av ti gutter og hver fjerde jente i utvalget hadde hatt psykiske problemer og vært i kontakt med helsesykepleier.

4.4.2 Meninger om og forventninger til helsetjenestene blant jenter og gutter

De fleste ungdommene hadde tro på at noen ville forstå dem, men denne innstillingen var mer vanlig hos gutter enn hos jenter ($p\leq 0.001$) (tabell 12). Færre gutter hadde tro på at hjelpen må være noe mer enn å snakke eller ta medisiner ($p=0.047$). Dessuten sa færre gutter enn jenter at de ble påvirket av familiens ($p\leq 0.001$) og venners ($p\leq 0.001$) meninger om psykiske problemer og behandling.

De fleste ungdommene ville selv bestemme hva behandleren kunne si til foreldre eller foresatte, men dette var ikke så viktig for guttene som for jentene ($p\leq 0.001$) (tabell 12).

Det var signifikante kjønnsforskjeller når det gjaldt foretrukket kjønn hos behandler ($p \leq 0.001$), da de fleste guttene ikke syntes at behandler behøvde å ha samme kjønn som dem selv. Færre gutter enn jenter forventet rask kontakt med behandler (innen 48 timer) ($p \leq 0.001$) og øyeblikkelig hjelp ved et akutt psykisk problem ($p \leq 0.001$). Forventning om å kunne bytte behandler hvis de selv ønsket var mindre vanlig hos gutter enn jenter ($p \leq 0.001$). Færre gutter enn jenter ville bare søke hjelp dersom de var sikre på at de ikke måtte bytte behandler ($p \leq 0.001$). De fleste ungdommene mente det var viktig å ikke få fravær på skolen for å gå i behandling, men færre gutter enn jenter syntes hadde denne innstillingen ($p \leq 0.001$).

Det var ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller når det gjaldt mening om hvor gamle ungdommer bør være før de kan ta kontakt med helsepersonell uten av foreldrene får vite det. Median for begge kjønn var 15 år.

Guttene uttrykte lavere forventninger til helsetjenestene. Færre mente de ble påvirket av familie og venners meninger. For de fleste guttene var det ikke så viktig at behandleren deres var en mann, men det var mer viktig for jentene at de hadde en kvinnelig behandler.

4.4.3 Erfaringer og preferanser for helsetjenesten blant gutter og jenter

Guttene syntes de hadde fått god informasjonen om hvor de kunne søke hjelp og de var mer fornøyd enn jentene ($p \leq 0.001$) (tabell 13). Flesteparten syntes det var lett å få kontakt med behandleren, men her var det ingen signifikant kjønnsforskjell.

Helsesykepleier var mest foretrukket for spørsmål som gjaldt psykiske problemer (tabell 4). Få ville kontaktet helsesykepleier for spørsmål om rusmidler ($n=134$, 17%) (data ikke vist). Færre gutter enn jenter ville kontaktet helsesykepleier for hjelp med psykiske problemer ($p=0.001$) og spørsmål om seksualitet ($p \leq 0.001$). For spørsmål om rusmidler var det ingen signifikant kjønnsforskjell.

4.5 Likheter og forskjeller blant gutter og jenter med psykiske problemer som har vært i kontakt med helsesykepleier

4.5.1 Bakgrunn

Det var ingen signifikant forskjell i alderen mellom gutter og jenter som hadde vært i kontakt med helsesykepleier (tabell 14). To av tre jenter ($n=77$, 66%) og nær halvparten

av guttene (n=15, 47%) som hadde vært i kontakt med helsesykepleier bodde sammen med begge foreldre/verger på ett sted. En av fire gutter og en av ti jenter byttet på hvem av foreldrene de bodde med, mens det å bo hos en av foreldrene var likt mellom kjønnene (19%). 9% av guttene og 4% av jentene var flyktninger. Ingen signifikante kjønnsforskjeller i bakgrunn eller bostatus.

4.5.2 Interesser og fritidsaktiviteter blant gutter og jenter i kontakt med helsesykepleier

Guttene i kontakt med helsesykepleier brukte mindre tid på sosiale medier ($p=0.001$) og mer tid på dataspill enn jentene ($p<0.001$) (tabell 15). Hver fjerde gutt oppga å bruke mer enn 4 timer daglig på dataspill. Guttene brukte mer tid på hobbyer enn jentene ($p=0.009$). Ingen signifikante kjønnsforskjeller blant ungdom i kontakt med helsesykepleier for tidsbruk på familie, venner, musikk, idrett, internett eller serier, filmer og tv.

4.5.3 Selv-rapporterte psykiske problemer og rusbruk blant gutter og jenter i kontakt med helsesykepleier

Guttene som hadde vært i kontakt med helsesykepleier rapporterte om færre psykiske problemer enn jentene ($p=0.013$) (tabell 16). De hadde også lavere selv-rapportert grad av depresjon ($p\leq 0.001$) og angst ($p\leq 0.001$) enn jentene.

Færre gutter enn jenter rapporterte om angst, redsel, frykt og fobier ($p=0.006$) (data ikke vist). Halvparten (50%) av guttene og hver femte (19%) jente opplevde ikke dette problemet i det hele tatt (tabell 17). Mange av ungdommene opplevde stress (81%), med det var mest utbredt blant jentene (jenter: 86%, gutter: 63%) ($p=0.001$). Guttene hadde mindre problemer knyttet til lavt selvbilde ($p=0.001$) og færre var misfornøyde med egen kropp ($p=0.001$). Guttene bekymret seg også i mindre grad enn jentene ($p\leq 0.001$). De fleste guttene (63%) opplevde bekymring som et problem i liten eller ingen grad, mens hver femte gutt opplevde det i stor grad. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller for bruk av alkohol, røyk eller snus, narkotiske stoffer eller bruk av medisiner for å bli høy eller endre på hvordan de følte seg hos (tabell 18).

Guttene rapporterte færre psykiske problemer og lavere grad av angst og depresjon enn jentene. Ingen av de enkelte psykiske problemene forekom hyppigere blant guttene. Rusmidler var lite utbredt blant ungdommene og det var ingen signifikante kjønnsforskjeller. Medisiner var minst brukt, mens alkohol var det rusmiddelet flest hadde brukt.

4.6 Hva mener gutter som ikke har hatt psykiske problemer om bruk av helsetjenesten?

De fleste guttene som ikke rapporterte om psykiske problemer hadde tro på at de ville få hjelp fra helsetjenesten om de hadde behov for det (n=65, 51%) og at det ville hjelpe å snakke om psykiske problemer (n=68, 53%) (tabell 19). Flesteparten (n=76, 59%) trodde at noen ville forstå dem, mens hver tiende gutt ikke trodde det. Mer enn to av fem (n=55) var uenig i at medisiner ville hjelpe. Like mange gutter var enige (n=38, 30%) som uenige (n=38, 30%) i at hjelpen måtte være noe mer enn å snakke eller ta medisiner.

Det var for de fleste guttene viktig å kunne bytte behandler hvis det selv ønsket det (55%), ikke få fravær fra skolen (55%), øyeblikkelig hjelp ved akutt psykisk problem (48%) og selv få bestemme hva behandler kunne si til foreldre (45%) (tabell 19). Flest gutter var uenige i at det var viktig at behandler var av samme kjønn (48%), at det var greit at andre får vite om de får behandling (41%), at behandler må være ung (39%) og at familie (30%) og venners (29%) mening om psykiske problemer påvirket dem. Nær hver tredje gutt mente familie og venners meninger om psykiske problemer og behandling påvirket dem, mens like mange var uenige i påstanden.

Guttene hadde tro på at de ville få hjelp hos helsetjenesten dersom de skulle oppleve psykiske vansker. De mente det ville hjelpe å snakke om psykiske problemer og at de vil bli forstått. Medbestemmelse og konfidensialitet var viktig. Guttene ville selv bestemme hva foreldrene skulle få vite og de ville kunne bytte behandler dersom de ønsket det. Besøk hos helsetjenesten uten å få fravær på skolen var viktig. De ønsket ikke at andre elever skulle vite det dersom de oppsøker helsetjenesten. Guttene ønsket seg ikke en mannlig behandler, de fleste var faktisk uenige i det. Videre følger diskusjon av resultatene.

5.0 DISKUSJON

Dette kapittelet starter med en diskusjon av de viktigste funnene. Disse blir vurdert i lys av teori og opp mot annen forskning for å svare på den overordnede problemstillingen: *Hva er assosiert med at gutter (16-20 år) tar kontakt med skolehelsetjenesten for psykiske problemer?* Resultatene drøftes i lys av Levesques modell og deretter følger forslag til hva som kan styrke gutters bruk av skolehelsetjenesten. Avslutningsvis følger en oppsummering av hovedfunn, styrker og svakheter ved studien, samt implikasjoner og anbefalinger for videre forskning.

Målet med studien var å finne hva som er assosiert med at gutter tar kontakt med skolehelsetjenesten for psykiske vansker. Dette er den første tverrsnittstudien i Norge som ser på gutters bruk av skolehelsetjenesten for psykiske vansker. Studien gir oss derfor ny forskningsbasert kunnskap på et felt som er høyt prioritert hos nasjonale myndigheter. Nyere forskning viser at selv-rapporterte psykiske vansker blant gutter øker i Norge (Bakken, 2019). Det er behov for å forbedre og utvikle helsetjenestene slik at flere gutter oppsøker hjelp når de opplever psykiske problemer.

5.1 Diskusjon av utvalgte funn

5.1.1 Gutters bruk av skolehelsetjenesten

Bare en av ti gutter hadde brukt skolehelsetjenesten for psykiske problemer, mens jentene brukte skolehelsetjenesten mer enn dobbelt så ofte. Forskjellen mellom kjønnene stemmer overens med landsomfattende undersøkelser blant ungdom hvor det er justert for årsak til bruk (Bakken et al., 2016). Få av guttene med psykiske problemer hadde vært i kontakt med helsesykepleier. Kjønn ble i metaanalysen til Nam et al (2010) funnet å være en signifikant faktor for hjelpesøkende atferd, hvor gutter søkte hjelp i betydelig mindre grad enn jentene. Kjønnforskjellen ser ut til å fortsette inn i voksenlivet, dersom vi ser på bruk av allmennlege (Statistisk sentralbyrå, 2019). En kvalitativ studie i Australia, et land som har kulturelle likhetstrekk med Norge, fant imidlertid ingen kjønnsforskjeller i bruk av skolebaserte helsetjenester for ungdom (Amaral, Geierstanger, Soleimanpour, & Brindis, 2011). Lavere bruk av skolehelsetjenesten blant gutter med psykiske vansker kan medføre at de ikke får

hjelpen eller behandlingen de trenger. Tidlig intervensjon og diagnostisering av psykisk lidelse spiller ifølge litteraturgjennomgangen til Girolamo et al (2012) en viktig rolle for å begrense alvorlighetsgrad og forhindre sekundære lidelser. Funnene i min studie viste at jo høyere antall psykiske problemer guttene rapporterte, desto mer sannsynlig var det at de hadde oppsøkt skolehelsetjenesten. Sett i lys av resultatene i studien og tidligere forskning er gutters lave bruk av helsetjenester en stor bekymring og risikofaktor for deres psykiske helse. Hvordan er så guttene forskjellige fra jentene?

5.1.2 Gutter sammenlignet med jenter

Flere gutter var fornøyd med informasjonen de hadde fått om hvor de kunne søke hjelp og hadde større tro på at noen ville forstå dem enn jentene. Samtidig oppga de lavere forventninger til helsetjenestene og egen medvirkning og oppsøkte helsetjenesten i mindre grad enn jentene. Dette kan tyde på mindre kunnskap om egne rettigheter og valg i helsetjenesten. En mulig forklaring kan være betydningen av den mentale helsekompetansen «health literacy». Ifølge Lynch (2018) er lav mental health literacy assosiert med å ikke søke hjelp (2018) og en litteraturgjennomgang viser at gutter har lavere health literacy enn jentene (Rice, Purcell, et al., 2018). Dette kan da medføre kjønnsforskjeller i hvordan de anerkjenner, håndterer og forebygger psykiske vansker. Ifølge en norsk tverrsnittstudie (Bjørnsen, Espnes, Eilertsen, Ringdal, & Moksnes, 2019) er det imidlertid mindre kjønnsforskjeller i mental health literacy blant ungdom enn tidligere antatt.

Fra 1.januar 2019 fikk helsesøstre ny tittel; helsesykepleier. Målet med en kjønnsnøytral tittel var blant annet å øke antall mannlige helsesykepleiere og gjøre det lettere for unge menn å oppsøke skolehelsetjenesten (Regjeringen, 2018). De fleste guttene i studien var uenige i at behandler burde være en mann. Langaard (2006) fant i sin kvalitative studie at gutter savnet en mannlig samtalepartner. De følte seg fremmed og mente at skolehelsetjenesten var mest for jenter. Selv om funnene er ulike, er det nærliggende å tenke at det for guttene vil være lettere å identifisere seg med en mannlig helsesykepleier og at dette igjen vil kunne senke terskelen for å ta kontakt med helsesykepleier. Denne studien sier ikke noe om årsaken til at gutter ikke ønsker seg en behandler av samme kjønn, men det kan tenkes at det å vise svakhet foran en mann kan være en stor terskel og det vil oppleves enklere å prate med en kvinne. En systematisk litteraturgjennomgang av Rice et al (2018) fant at kulturelle forventninger knyttet til maskulinitet spiller en stor rolle for hvordan unge gutter håndterer psykiske

helseproblemer. Vi finner støtte for dette også i studien til Lynch (2018) og Seidler (2016) sin systematiske litteraturgjennomgang. Disse tradisjonelle maskuline forventningene kan føre til at psykiske vansker forblir underbehandlet blant gutter, ifølge en systematisk litteraturgjennomgang (Krumm, Checchia, Koesters, Kilian, & Becker, 2017). Rice et al. (2018) fant at mannlige behandlere i helsetjenestene ville kunne hjelpe til å endre disse maskuline forventningene og fremme bruk av helsetjenester for unge gutter med psykiske vansker. Selv om guttene ikke synes det var viktig med en mannlig, vil det ifølge tidligere forskning trolig ha en påvirkning på rolleforventninger og kunne senke terskelen for å søke hjelp. Kan norske gutter ha et annet forhold til kjønn? Påvirker gutters erfaringer fra å snakke med sine mødre deres ønsker knyttet til helsetjenesten? Videre diskuteres de psykiske problemene hos guttene.

5.1.3 Psykiske problemer blant gutter

Gutter oppsøkte helsesykepleier oftest for vansker som å være nedfor eller deprimert, føle seg stresset, ha konsentrasjonsvansker eller oppleve ensomhet. De hadde oftere opplevd å ha blitt mobbet, truet eller opplevd vold enn dem som ikke hadde vært i kontakt. Selvmordstanker, selvskading og ensomhet var vanligere blant guttene i kontakt med helsesykepleier enn dem som ikke hadde vært i kontakt. Resultatene av denne tverrsnittstudien bekrefter funnene i studien til Finpå (2017), som viste at depressive plager og det å bli mobbet var forbundet med bruk av skolehelsetjenesten, mens angstsymptomer ikke var assosiert med bruk.

Guttene oppga færre psykiske problemer enn jentene, noe som stemmer overens med norske landsomfattende undersøkelser blant ungdom (Bakken, 2019). Ser man på psykisk helse målt gjennom selvmordsrater, rusmiddelbruk og vold i nære relasjoner, sliter gutter mer enn jenter og har globalt en markant høyere helserisiko ifølge litteraturgjennomgangen til Rice et al (2018). Dette kan indikere at mange gutter ikke har det så bra som de oppgir. Hvorfor er det flere gutter enn jenter som tar livet sitt, når de oppgir å ha en bedre psykisk helse? Er det så belastende for gutter å ikke handle i tråd med forventede kjønnsroller, at de unnlater å søke hjelp? Hvilke forventninger har gutter til at helsetjenesten kan hjelpe dem?

5.1.4 Tro på hjelp

Det var høyere tro på hjelp fra helsetjenesten blant gutter som hadde vært i kontakt med helsesykepleier, sammenlignet med gutter som ikke hadde kontakt med helsesykepleier.

En systematisk litteraturgjennomgang viser at mange ungdom er usikre på om de vil få god hjelp av helsetjenestene og at dette er en barriere for å søke hjelp (Radez et al., 2020). Økt tro på hjelp kan være en årsak til at de tok kontakt, men kan også tenkes å være et resultat av hjelpen de mottok.

Guttene som hadde vært i kontakt med helsesykepleier mente oftere at hjelpen måtte være noe mer enn å snakke eller ta medisiner enn gutter som ikke hadde vært i kontakt. Man kunne da anta at de kanskje også hadde mindre tro på at det ville hjelpe å snakke om psykiske problemer, men her var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Resultatet fra denne studien viste at de fleste guttene trodde det ville hjelpe å snakke om psykiske problemer. Ifølge Dyregrov (2004) er den tradisjonelle samtaleformen på et kontor nokså fremmed for mange gutter og det er nærliggende å tenke at mange kvier seg for å oppsøke skolehelsetjenesten fordi de føler seg ukomfortable i rammene som er satt. Vi finner også støtte for denne forståelsen hos Rice et al (2018) som fant at samtale som terapi er ukjent for mange gutter og oppleves ukomfortabelt. Kan det være at selv om gutter tror det vil hjelpe å snakke om psykiske problemer, vegrer de seg for å oppsøke hjelp fordi det oppleves som vanskelig og ukomfortabelt? Kan andre rammer enn et kontor gjøre det lettere for guttene å åpne seg og prate om hvordan de har det?

5.1.5 Informasjon om og tilgjengelighet av skolehelsetjenesten

Tilstrekkelig informasjon om hvor de kunne søke hjelp og at det var lett å få kontakt var assosiert med bruk av skolehelsetjenesten blant gutter med psykiske problemer. Guttene syntes også det var viktig å ikke få fravær fra skolen for å oppsøke skolehelsetjenesten og det føres i dag ikke fravær for å være hos helsesykepleier. For at ungdommer skal kunne nyttiggjøre seg tilbudet til skolehelsetjenesten forutsetter det at de kjenner til hva tjenesten tilbyr og hvordan de kan benytte seg av den. Drop-in brukes mye i skolehelsetjenesten i videregående skole og legger opp til at ungdommene kan komme innom helsesykepleier når de har behov og selv ønsker. Mange ungdommer oppgir imidlertid at de ikke får tak i helsesykepleier når de ønsker det, åpningstidene er for begrenset og de ønsker at helsesykepleier er på skolen hver dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). En finsk studie hvor organisering og normtall for skolehelsetjenesten er tilnærmet likt som i Norge, fant at gutter i ungdomsskole opplevde dårlig tilgang på helsesykepleier når skolehelsetjenesten var bemannet under normtall (Kivimäki et al., 2019). Mens guttene i min studie syntes de hadde fått god

informasjon om hvor de kunne søke hjelp og at det var lett å få kontakt, fant Sollesnes (2010) i sin kvalitative studie at gutter har mindre kjennskap til helsetjenestene enn jenter og at de ikke vet hvor de kan henvende seg dersom de trenger hjelp.

Undersøkelse utført i DIGI-Ung-prosjektet viste at to av fem aldri eller sjeldent får tak i helsesykepleier når de trenger det (Helsedirektoratet, 2018). Det har de siste årene vært en økt satsing på skolehelsetjenesten i Norge, noe som har ført til økt ressurser. Likevel viser en kartlegging at det er relativt store geografiske forskjeller i de ulike kommunene (Waldum-Grevbo & Haugland, 2015). Funnene viser at tilgjengelighet og informasjon er assosiert med bruk og dermed en viktig faktor for at gutter skal oppsøke skolehelsetjenesten. Dette viser hvor viktig tilstrekkelig ressurser i skolehelsetjenesten er for at gutter skal oppsøke hjelp og at forskjellig tilbud mellom kommunene kan hindre dem fra å få hjelp. Hvem ønsker guttene så å prate med når de opplever psykiske problemer?

5.1.6 Gutteres preferanser for hjelp

Det kom i denne studien frem at guttene foretrakk å snakke med noen i familien, en venn eller en psykolog dersom de skulle oppleve psykiske problemer. Det er de nære relasjoner, utenfor helsetjenestene som påvirker helsen mest og således naturlig at det er der de søker hjelp (Mæland, 2016). Likevel er det en del ungdommer som mangler denne støtten og tryggheten hos foreldre, familie eller venner. Ungdom med et svakt sosialt nettverk er overrepresentert når det gjelder psykiske plager og vil ha større behov for hjelp fra helsetjenestene (Bakken et al., 2016). Nesten hver femte gutt i studien og halvparten av guttene i kontakt med helsesykepleier svarte at de følte seg ensomme. Ensomhet er økende blant gutter og gjør disse guttene særlig sårbare da de ikke vil ha en venn å betro seg til eller søke råd hos (Bakken, 2019).

En av fem gutter ville kontaktet en nettbasert tjeneste ved psykiske problemer. For gutter med lite støtte hos familie eller som ikke har venner å betro seg til, vil digitale tjenester kunne være et særlig godt tilbud. Toscos et al. (2019) fant at ungdom med depressive symptomer, stress og selvmordstanker sjeldnere kunne snakke åpent med foreldre om deres problemer og oftere ikke hadde noen å prate med. Digitale tjenester kan også være særlig viktige for ungdom i distriktene, da disse opplever de fysiske helsetjenestene mindre tilgjengelige, ifølge en studie blant ungdom i mindre befolkede områder i Australia (Boyd et al., 2011). Regjeringens ungdomshelsestrategi, DIGI-UNG, har fokus på digital informasjon og videreutvikling av interaktive tjenester

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Dette skal gi guttene et lettere tilgjengelig lavterskeltilbud. En amerikansk studie viste at ungdom som sliter med selvmordstanker, depresjon eller angst oftere hadde brukt digitale helsetjenester for psykiske problemer, noe som indikerer at de som sliter og har det vanskelig prøver å søke hjelp (Toscos et al., 2019). Guttene foretrakk der tjenester som tilbød døgnåpen tjeneste hvor kommunikasjonen foregikk gjennom tekstmeldinger. Digitale tjenester er tilgjengelige hvor som helst, når som helst og har et enormt potensial ifølge en rapport om ungdoms helsetjenester i Europa (Coppens et al., 2015). Et annet aspekt ved digitale tjenester er anonymitet. For gutter som opplever stigmatisering eller synes det er flaut å ta kontakt med skolehelsetjenesten, vil det i mange tilfeller være lettere å søke hjelp dersom det ikke er synlig for andre og anonymitet kan også ivaretas hos tjenesten. I DIGI-UNG prosjektet uttrykte ungdom at dersom de ikke opplevde de digitale tjenestene som anonyme og enkle å bruke, ville de heller søke hjelp andre steder (Helsedirektoratet, 2018). Det var i min studie ikke spesifisert hva slags nettbasert tjeneste det dreide seg om, og det er en mulighet for at flere ville benyttet det dersom det var oppgitt at den var anonym. Mange helsesykepleiere benytter i dag sosiale medier for kommunikasjon og informasjon til ungdommen og mest brukt er Facebook og Snapchat. Bruk av digitale kanaler hos helsesykepleiere ga ifølge helsesykepleierne økt bruk av tjenestene (Helsedirektoratet, 2018).

Guttene foretrakk å kontakte psykolog fremfor helsesykepleier og dette samsvarer med andre studier (Boyd et al., 2011). Det vil ofte være ventetid, reisevei og kostnader for ungdommen knyttet til å oppsøke en psykolog, noe som gjør tjenesten mindre tilgjengelig og kostnadsvennlig. Krav om psykologkompetanse i kommunene ble innført fra 2020 og skolehelsetjenesten er pålagt å ha samarbeid med dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helsedirektoratet, 2019). Hvordan psykologene arbeider vil kunne variere i de ulike kommunene, men utadrettet arbeid vil kunne være en faktor som kan øke gutters bruk av skolehelsetjenesten.

Guttene brukte betydelig mer tid på dataspill enn jentene, noe som også kommer frem i en norsk undersøkelse (Medietilsynet, 2018). Noen dataspill har blitt utviklet med mål om å ha en forebyggende, psykoedukativ eller annen behandlende virkning for psykiske vansker (Shah, Kraemer, Won, Black, & Hasenbein, 2018). Flere av disse har vist god effekt, selv om de var komplementert med annen behandling. Bruk av dataspill for psykiske vansker og som forebygging kan kanskje være særlig passende for gutter, som

et alternativ og supplement til annen behandling og hjelpe dem å overkomme barrierer og stigma. Videre diskuteres hvordan gutter blir påvirket i deres syn på å søke hjelp.

5.1.7 Familiens og vennenes meninger om psykiske helse og behandling

Guttene opplevde at familie og venners meninger om psykiske plager og behandling påvirket dem mindre enn hva jentene gjorde. Gutter sa i mindre grad enn jentene at familiens og vennenes meninger om psykiske plager og behandling påvirket dem. Det er imidlertid nærliggende å tenke at påvirkningen vil være omtrent like stor hos begge kjønn. En mulig forklaring på funnene kan være at guttene ikke selv er klar over påvirkningen familien har på dem. En systematisk litteraturgjennomgang bekrefter at støtte og oppmuntring fra andre har stor betydning for om ungdom søker hjelp (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Tverrsnittstudier viser at det er familie som påvirker ungdommene mest i hjelp-søking (Rickwood, Mazzer, & Telford, 2015). Gjennom ungdomstiden blir familiens påvirkning mindre og ungdommenes egen påvirkning blir sterkere. Samtidig får venner noe større påvirkning, men likevel overraskende lav ifølge forskerne. Unge gutter med familie som har en negativ holdning til psykiske helsetjenester, har mindre sjans for å oppsøke hjelp ifølge en amerikansk studie (Vogel, Wade, Wester, Larson, & Hackler, 2007). Derimot fant Rice et al (2018) i en litteraturgjennomgang at engasjerte og støttende fedre øker sjansen for at gutter søker hjelp for psykiske problemer. Funnene i andre studier kan tyde på at gutter blir mer påvirket av familie og venners meninger enn de selv opplever.

5.2 Oppsummering av resultater

Denne tverrsnittstudien viste at viktige faktorer assosiert med gutters bruk av skolehelsetjenesten var antall og alvorlighetsgrad av psykiske problemer. Guttene som kontaktet helsesykepleier slet oftest med følelse av å være deprimert eller trist, hadde opplevd vold, mobbing, selvmordstanker eller selvskading, samt følte seg ensomme. Depresjon forekom dobbelt så ofte som angst blant de som hadde vært i kontakt med helsesykepleier.

Tidligere kontakt med skolehelsetjenesten for psykiske vansker, økte sjansen for re-kontakt. Tro på at de ville få hjelp og at det ville hjelpe å snakke om psykiske problemer, samt tilstrekkelig informasjon og tilgjengelighet var assosiert med at gutter med psykiske problemer kontaktet skolehelsetjenesten.

Guttene oppsøkte skolehelsetjenesten i mindre grad enn jentene og færre gutter enn jenter oppga at de ville kontakte helsesykepleier ved psykiske problemer. Flere gutter enn jenter hadde imidlertid tro på at noen ville forstå dem. Samtidig uttrykte guttene lavere forventninger til helsetjenestene og egen påvirkning. En mannlig behandler var ikke viktig for guttene, mens det var flere jenter som ønsket en kvinnelig behandler.

Gutter uten psykiske problemer oppga tro på hjelp fra helsetjenestene, at det ville hjelpe å snakke om psykiske problemer og at noen ville forstå dem. Det var viktig å ikke få fravær fra skolen og de forventet å kunne bytte behandler dersom de ønsket det.

Familie, venner eller psykolog var foretrukken hjelp fremfor helsesykepleier dersom de skulle få psykiske problemer. Hvordan stemmer så disse funnene i lys av Levesques modell for pasient-sentrert tilgang til helsetjenester?

5.3 Funnene sett i lys av Levesques modell for person-sentrert tilgang til helsetjenester

Levesque (2013) definerer tilgang som muligheten for å få helsehjelp oppfylt. I denne konteksten vil det være resultatet av hvor god samhandling eller kommunikasjon det er mellom ungdommens karakter, familie, sosiale og fysiske miljø og skolehelsetjenestens karakterer, organisering og helsesykepleiere som jobber der. Alle de ulike dimensjonene påvirker hverandre. Levesque sin modell gir oss en bredere forståelse av de sammensatte og komplekse faktorene som påvirker tilgang.

Funnene peker på at skolehelsetjenesten oppleves *tilnærmelig* for mange gutter. Skolehelsetjenesten og helsesykepleiere er godt etablert i skolene. Guttene rapporterte at de fikk god informasjon om tjenesten og hadde tro på at de ville få hjelp. Funnene indikerer at skolehelsetjenesten ikke oppleves fullt ut *akseptabel*. Guttene oppga lave forventninger til egen medvirkning og rettigheter i helsetjenesten. Tidligere forskning kan tyde på at kulturelle faktorer fører til at mange gutter ikke finner skolehelsetjenesten akseptabelt å oppsøke, eksempelvis ved at det bryter med maskuline rolleforventninger. Man kan anta at skolehelsetjenestens fysiske *tilgjengelighet* er god, da den er der hvor ungdom oppholder seg mye av dagen. De fleste guttene i denne studien ønsket imidlertid ikke at andre skulle få vite at de fikk behandling og man kan anta at for noen ville det vært lettere å oppsøke hjelp om tjenesten lå et annet sted. Mange gutter syntes det var lett å komme i kontakt med skolehelsetjenesten, men utvidet åpningstider har i andre studier vært ønsket. Skolehelsetjenesten må antas å være en *kostnadsvennlig*

tjeneste for ungdom. Flesteparten syntes det var viktig å ikke få fravær fra skolen, noe de heller ikke gjør når de oppsøker skolehelsetjenesten. Hvorvidt de får denne informasjonen gitt og forstår den er imidlertid uvisst. Mange gutter ville foretrekke å snakke med psykolog dersom de hadde psykiske problemer. Selv om det er lovpålagt å ha psykolog i kommunene, er de i utilstrekkelig grad representert i skolehelsetjenestene, noe som svekker tjenestens *egnet* for gutter. De kan ikke selv velge skolehelsetjeneste, men må bruke den tjenesten som er på skolen. Dermed mister de muligheten til å velge den skolehelsetjenesten de finner best egnet. Guttene uttrykte lav tro på egen medvirkning i tjenesten. Brukermedvirkning samt å øke den mentale helsekompetansen vil kunne øke gutters muligheter til å søke helsetjenester når de trenger det.

At elementene i en personsentrert tjeneste er viktige, blir bekreftet i en systematisk litteraturgjennomgang (Seidler et al., 2016). Den peker på at gutter vil søke hjelp for psykiske vansker, men at tjenestene da må være tilgjengelige, aksepterbare og engasjerende. Person-sentrerte tjenester ble også anbefalt i en rapport utarbeidet på vegne av EU-kommisjonen for å gi ungdom i Europa bedre psykisk helsetjenester (Coppens et al., 2015). Rapporten inneholder forskningsfunn, retningslinjer og anbefalinger til både politikere, helsetjenester og behandlere.

Funn fra studien passer inn i Levesques modell for person-sentrerte tjenester ved at de støtter opp om dimensjonene fra helsetjenesten ved *tilnærmedighet, aksept, tilgjengelighet, kostnadsvennlighet og egnet*.

Flere forhold i Levesques modell kunne vært med i spørreskjemaet, men manglet. Dette gjaldt særlig dimensjoner ved guttenes evner. Eksempler på spørsmål som kunne vært inkludert under *evne til å oppfatte* er gutters helsekompetanse «health literacy», mens tro på hjelp og forventninger ved helsetjenesten imidlertid ble undersøkt. Flere faktorer under *evne til å søke* burde vært inkludert, særlig gjelder dette kulturelle og sosiale faktorer. *Evne til å engasjere* ble undersøkt i spørreundersøkelsen eksempelvis ved at ungdommen ble spurt om medvirkning i behandling. Disse ble imidlertid grunnet nødvendige avgrensninger ikke inkludert i denne studien.

Når det gjelder *evne til å betale* er skolehelsetjenesten et gratis tilbud lokalisert på skolen, hvor helseforsikring ikke er nødvendig og det var ikke hensiktsmessig å inkludere i spørreskjemaet. Selv om denne dimensjonen ikke passer inn i den norske

konteksten, vil den være særlig viktig i mange andre land hvor ungdom må betale for tjenestene.

5.4 Hvordan kan vi styrke gutters bruk av skolehelsetjenesten?

Helsesykepleier i videregående skal først og fremst jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende, med mål om å styrke ungdommens evne til å se og mobilisere egne ressurser og styrker. Vi må satse mer på å sette inn tiltak som hindrer ungdom å utvikle psykisk sykdom. Forebygging er mer effektivt, billigere og vil spare den enkelte ungdom for mye lidelse. Mindre psykiske problemer vil gjøre at færre gutter trenger å søke hjelp. Når det er sagt, ønsker vi selvsagt å være tilstede for de ungdom som sliter med psykiske vansker og søker hjelp.

For å få en skolehelsetjeneste som guttene finner akseptable og tilgjengelige, må det større grad av brukermedvirkning inn i tjenestene. Denne studien er et bidrag til brukermedvirkning, ved at gutter får bidra i forskning med sine erfaringer og perspektiver med mål om å utvikle og forbedre tjenestene. Det må imidlertid skje på alle nivå, fra medvirkning hos den enkelte helsesykepleier til at ungdom blir hørt og tatt på alvor hos politikere som bestemmer hva som satses på.

Ut fra funnene som kom frem i studien og basert på tidligere forskning som viser at ensomhet er et økende problem blant ungdom står bruk av digitale helsetjenester og utvikling av dataspill med psykisk helse-forebyggende elementer som et relevant og mulig effektivt tiltak, særlig for å nå guttene. Skolehelsetjenesten bør jobbe for å få flere psykologer inn i tjenesten. Å sikre god informasjon om tjenesten til guttene og fortsette å kjempe for økte ressurser vil være viktig for å ha en tjeneste som guttene opplever som tilgjengelig. Utvidede åpningstider og tilgjengelighet gjennom digitale kanaler kan være en måte å gjøre tjenestene mer tilgjengelige. Brukerundersøkelser eller deltakelse i elevråd kan også benyttes for å finne ut hva ungdom i det aktuelle området ønsker fra tjenesten. Guttene trenger å få kunnskap om rettigheter og muligheter for medvirkning. Gjennom å øke gutters helsekompetanse vil det bli lettere for dem å ta kunnskapsbaserte beslutninger som er til det beste for deres psykiske helse. Økt tro på hjelp var assosiert med bruk av skolehelsetjenesten og helsesykepleier bør snakke med guttene om psykiske vansker og hvilken hjelp som finnes for å øke deres tro på hjelp. Guttene uttrykte ikke ønske om mannlig helsesykepleier. Flere mannlige helsesykepleiere vil

imidlertid, ifølge tidligere forskning, utfordre de maskuline rolleforventningene og senke terskelen for å ta kontakt. Guttene mente de ikke ble særlig påvirket av familie og venners meninger om psykisk helse, men tidligere forskning viser at det påvirker om de oppsøker hjelp og vil indirekte kunne hjelpe guttene gjennom økt kunnskap hos foreldrene. Universelle veilednings- og familieprogram som kan støtte og styrke foreldrerollen vil dermed kunne påvirke gutters bruk av skolehelsetjenesten.

5.5 Styrker og svakheter ved denne tverrsnittstudien

Her belyses noen av de metodologiske utfordringene for studien, samt styrker og svakheter.

Det ble benyttet en kvantitativ metode med tverrsnittstudie som design. Det er flere metodologiske begrensninger i denne studien. En tverrsnittstudie gir oss hverken dybdeinformasjon eller informasjon om årsakssammenheng (Laake et al., 2007). Kvalitative studier egner seg best for slik kunnskap. Vi får kun nåtidsbildet og det ville vært interessant å følge utviklingen i gutters bruk av skolehelsetjenesten. Det ble ikke gjort et tilfeldig utvalg av deltakere i denne studien. Det er derfor begrensninger i hvilken grad vi kan si at resultatene er representative for populasjonen. Likevel representerer de flere kommuner, by og bygd, store og små skoler og ulike studieretninger. Dette øker sjansen for et resultat nærmere et representativt utvalg og datamaterialet gir oss verdifull informasjon. Resultatene av studien er ikke direkte overførbare til andre land hvor helsetjenestene er strukturert og organisert annerledes, men vil allikevel være relevante for forskere og terapeuter i andre land å vurdere i lys av deres tjenester og kulturelle kontekst.

Deltakerne i studien ble rekruttert gjennom skoler i to fylker. Det var imidlertid uklart hvor mange av skolene som delte ut spørreundersøkelsene til elevene sine, hvorvidt de delte den ut til alle elevene eller bare utvalgte klasser, og om elevene fikk informasjonen i skoletimer eller bare tilsendt på nett eller lagt ut på skolenes nettsider. Det var derfor ikke mulig å fastslå responsraten i undersøkelsen.

Spørreskjemaet som ble benyttet er ikke tidligere blitt testet i sin nåværende form, selv om det har vært utviklet over lengre tid og således blitt forbedret og utviklet i samarbeid mellom forskere, ungdomsmedforskere og helsepersonell. Validerte måleverktøy var inkludert i spørreskjema. Chronbach's alpha ble kalkulert for å teste indre konsistens i

måleredskapene for symptomer på angst og depresjon. Når det gjelder gjennomføring av undersøkelsen, går vi ut fra at de fleste deltakerne besvarte undersøkelsen i en skoletime, slik de var blitt anbefalt av forskerne. En svakhet ved det kan være dersom ungdommene kikket på hverandres svar eller forstyrret hverandre. Dette vil kunne påvirke om de svarene er pålitelige. Man kan likevel anta at lærer som var tilstede, sørget for at elevene ikke forstyrret hverandre eller kikket på hverandres besvarelser. En styrke er at spørreundersøkelsen var anonym og ble levert elektronisk. Anonymitet vil sannsynligvis øke sjansen for at ungdommen turte å svare ærlig. Elektronisk levering kan ha bidratt til at ungdommen følte opplysningene var bedre beskyttet enn ved papirlevering, da det kan tenkes at noen av elevene ville vært bekymret for lærerne, som i så fall ville levert svarene til skoleadministrasjonen, kunne gjenkjent håndskriften deres.

Det var 43% gutter og 56% jenter som besvarte spørreskjemaet, noe som indikerer at guttene var noe mindre representert enn hva vi finner i populasjonen.

Folkehelseinstituttet anslår at rundt 15-20% av barn og unge opplever symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser (Folkehelseinstituttet, 2018a). I denne studien finner vi andelen høyere. Årsaken til det er trolig at det i denne studien var tilstrekkelig å oppgi minst ett psykisk problem i noen eller stor grad, noe som inkluderer flere ungdom. Ulike definisjoner på psykisk problem gjør at det blir vanskelig å sammenligne forekomsten med andre studier.

Det er ikke et mål å gjøre guttene sykere enn de er, med det kan tenkes at indikatorene for psykiske problemer ikke treffer guttene så godt. Dette kan ikke denne studien si noe om, men det er behov for mer forskning knyttet til hvordan gutter uttrykker psykiske vansker og hvordan vi kan hjelpe dem å uttrykke vanskelige følelser.

Flere forhold rundt gutters bruk av skolehelsetjenesten burde vært inkludert i spørreskjemaet, men det var nødvendig å sette en begrensning på størrelse og ungdommenes tidsbruk på spørreskjemaet.

Resultatet av denne tverrsnittstudien er ikke representativt for ungdom i samme aldersgruppen som er i arbeid, som har droppet ut av videregående eller ungdom som av intellektuelle eller andre grunner ikke ville vært i stand til å svare på spørreundersøkelsen.

5.6 Implikasjoner av forskningen og anbefaling for videre forskning

Forskning på gutters bruk av skolehelsetjenesten er mangelfull. Det kom i studien frem at det ikke var viktig for guttene med en mannlig helsesykepleier. Dette er direkte motstridende med funn i andre studier, samt det vi hører i media. Kan det være bestemte undergrupper som ønsker en mannlig helsesykepleier? Kan stereotypiske rolleforventninger føre til at unge gutter opplever det vanskelig å åpne seg og vise sårbarhet hos en mannlig samtalepartner? Kanskje kan ulike problemstillinger være knyttet til foretrukket kjønn hos helsesykepleier. Det er behov for mer kunnskap om betydningen av helsesykepleiers kjønn. Informasjon om og tilgjengelighet av skolehelsetjenesten var viktig for gutters bruk av skolehelsetjenesten. Det er behov for forskning på hvordan informasjonen om skolehelsetjenesten kan tilpasses slik at den treffer guttene og hvordan skolehelsetjenesten oppleves tilgjengelig for dem. Guttene oppga lavere forventninger til skolehelsetjenesten og egen medvirkning enn jentene. Opplever guttene mindre grad av brukermedvirkning og hvordan kan de involveres mer i egen behandling? Det er behov for mer kunnskap om hvilke kjønns spesifikke tilnærminger skolehelsetjenesten kan ta i bruk for å gi guttene økt brukermedvirkning. Studien viser at antall psykiske problemer var assosiert med bruk av skolehelsetjenesten. Flere andre studier viser også at gutter som oppsøker skolehelsetjenesten er svært plaget av sine psykiske problemer og at de har gått lenge uten å få hjelp. Unge gutter er overrepresentert i selvmordsstatistikken og mange har slitt lenge med store psykiske vansker uten å få hjelp. Hvordan kan skolehelsetjenesten bidra til at gutter tidligere søker hjelp, før vanskene har blitt store? Det er behov for mer forskning knyttet til hvordan skolehelsetjenesten også kan hjelpe gutter med lettere psykiske vansker. Gutter som ikke hadde tro på at de ville få hjelp eller at det ville hjelpe å snakke om psykiske problemer oppsøkte sjeldnere skolehelsetjenesten. Ulike årsaker til dette er drøftet, men det er behov for mer kunnskap om hvordan skolehelsetjenesten kan bidra til økt tro på hjelp hos guttene. Finnes det andre tilnæringsmetoder som passer bedre for disse guttene og hvordan kan skolehelsetjenesten legge til rette for det? I fremtidige studier er det viktig å forske mer på unge gutter og hva som gjør at de, på tross av at de rapporterer om bedre psykisk helse, kommer dårligere ut på helserisiko- og selvmordsstatistikker. Undertrykker gutter følelsene sine eller oppstår de bare så ulikt mellom kjønnene? Det er behov for ytterligere forskning på gutters psykiske problemer og hvordan disse uttrykkes og håndteres. Hvordan kan vi hindre at maskulinitetsverdier er en barriere for å søke hjelp

hos skolehelsetjenesten? Digitale løsninger og muligheter må forskes mer på, da de har et mulig potensial blant gutter, både i forhold til forebygging, men også når de opplever psykiske vansker. Det trengs mer kunnskap om forebyggende og helsefremmende program til bruk i skolen som passer guttene og kan øke deres helsekompetanse. Hvordan kan skolehelsetjenesten jobbe for å forebygge psykiske vansker blant gutter og også senke terskelen for å oppsøke hjelp? Vi trenger økt kunnskapsgrunnlag om hvordan helsetjenestene kan ivareta gutter og jenters ulike behov.

6.0 KONKLUSJON

Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud for ungdom, men få gutter benytter seg av tilbudet når de opplever psykiske problemer. Mer enn fire av fem gutter med psykiske vansker oppsøkte ikke skolehelsetjenesten, mens dobbelt så mange jenter tok kontakt. Guttene som kontaktet skolehelsetjenesten oppga dobbelt så mange psykiske problemer som gutter som ikke hadde vært i kontakt. De vanligste plagene deres var symptomer på depresjon, stress, konsentrasjonsvansker, ensomhet, selvskading, selvmordstanker, og å ha vært utsatt for vold, mobbing eller å ha blitt truet.

De fleste guttene hadde tro på at de ville få hjelp fra helsetjenesten, at det ville hjelpe å snakke om psykiske problemer og at noen ville forstå dem. Informasjon, tilgjengelighet og tro på hjelp var assosiert med gutters bruk av skolehelsetjenesten. I motsetning til andre studier var kjønn på behandler ikke viktig for guttene. Guttene uttrykte lavere forventninger til deres rettigheter hos helsetjenesten og deres mulighet til å medvirke i sin egen behandling enn jentene.

Resultatet av denne tverrsnittundersøkelsen tilfører ny kunnskap om gutters bruk av skolehelsetjenesten og viser at det finnes kjønns spesifikke forskjeller. God informasjon til guttene om hva slags problemstillinger skolehelsetjenesten kan hjelpe med, hvordan tjenesten er organisert, gutters rettigheter og muligheter for å medvirke i deres egen behandling, vil kunne øke gutters bruk av skolehelsetjenesten. God tilgjengelighet er helt avgjørende for gutters kontakt med skolehelsetjenesten. Alle disse faktorene har potensiale til å bidra til å øke gutters bruk av skolehelsetjenesten for deres psykiske problemer. Ytterligere forskning på gutters bruk av skolehelsetjenesten er nødvendig og særlig på faktorer som kan gjøre det lettere for guttene å søke hjelp når de opplever psykiske vansker.

Referanser

- Allgaier, A.-K., Pietsch, K., Frühe, B., Sigl-Glöckner, J., & Schulte-Körne, G. (2012). Screening for Depression in Adolescents: Validity of the Patient Health Questionnaire in Pediatric Care. *Depression and Anxiety, 29*(10), 906–913.
<https://doi.org/10.1002/da.21971>
- Amaral, G., Geierstanger, S., Soleimanpour, S., & Brindis, C. (2011). Mental Health Characteristics and Health-Seeking Behaviors of Adolescent School-Based Health Center Users and Nonusers. *Journal of School Health, 81*(3), 138–145.
<https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00572.x>
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Child Age 11–17. Hentet fra
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>
- Andreas, J. B., & Brunborg, G. S. (2017). Depressive Symptomatology among Norwegian Adolescent Boys and Girls: The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Psychometric Properties and Correlates. *Frontiers in Psychology, 8*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00887>
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning, 20*(02), 134–149.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03>
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater—HiOA*. Hentet fra
<http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2018/Ungdata-2018.-Nasjonale-resultater>

- Bakken, A. (2019). Ungdata. Nasjonale resultater 2019, NOVA rapport 9/2019. Hentet 3. mars 2020, fra <https://fagarkivet.oslomet.no/en/item/asset/dspace:15946/Ungdata-2019-Nettversjon.pdf>
- Bakken, A., Frøyland, L. R., & Sletten, M. A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv: Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Sosiale-forskjeller-i-unges-liv>
- Beard, C., & Björgvinsson, T. (2014). Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 547–552. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.002>
- Bee, P., Gibbons, C., Callaghan, P., Fraser, C., & Lovell, K. (2016). Evaluating and Quantifying User and Carer Involvement in Mental Health Care Planning (EQUIP): Co-Development of a New Patient-Reported Outcome Measure. *PLOS ONE*, 11(3), e0149973. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149973>
- Bentsen, A., Kristiansen, R., Møller, G., & Vardheim, I. (2016). Ung i Agder 2016. Hentet fra <http://www.korus-sor.no/publikasjoner/ung-agder-2016/>
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2.utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The*

Journal of School Nursing, 35(2), 107–116.

<https://doi.org/10.1177/1059840517732125>

Boyd, C. P., Hayes, L., Nurse, S., Aisbett, D. L., Francis, K., Newnham, K., & Sewell, J. (2011). Preferences and intention of rural adolescents toward seeking help for mental health problems. *Rural and remote health*, 11(1). (21319934). Hentet fra www.rrh.org.au/journal/article/1582

Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., De Clerck, M., De Schrijver, I., Matot, J. P., & Van Audenhove, C. (2015). *Adolescent mental health care in Europe: State of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network*. The European Union. Hentet fra <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-UK-2015.pdf>

Coulter, A., & Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me*. London: King's Fund.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests.

Psychometrika, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>

Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning—En introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, (2), 100–113. <https://doi.org/10.7557/14.244>

Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne – Hvordan få bedre kontakt med ungdommer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(9), 723–724.

Finpå, T. G., Kvarme, L. G., & Misvær, N. (2017). Hvem går til helsesøster? *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 17(1). Hentet fra <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/2258>

FN-sambandet. (2018, november 13). Norge. Hentet fra <https://www.fn.no/Land/Norge>

- FN-sambandet. (2019, juni 17). FNs konvensjon om barnets rettigheter av 29.november 1989. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>
- Folkehelseinstituttet. (2018a). Folkehelse rapporten; livskvalitet og psykisk helse hos barn og unge. Hentet 3. mars 2020, fra Folkehelseinstituttet website: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra Folkehelseinstituttet website: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Forandringsfabrikken. (2020). *Snakke snilt*. Forandringsfabrikken. (/). Hentet fra Forandringsfabrikken website: <https://www.forandringsfabrikken.no/snakke-snilt>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Gammersvik, Å., & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Girolamo, G. de, Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 47–57. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000746>
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Velikonja, T., Chapman, L., Saunders, F., Hayes, D., & Wolpert, M. (2017). Facilitators and Barriers to Person-centred Care in Child

- and Young People Mental Health Services: A Systematic Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), 870–886. <https://doi.org/10.1002/cpp.2052>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry; London*, 10, 113.
<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1186/1471-244X-10-113>
- Haugland, S., & Grimsmo, A. (2009). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I N. Misvær & S. Haugland (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). # *Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016b). *Likestilling i praksis—Like muligheter for kvinner og menn*. (Meld. St. nr. 7 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sterk-satsing-pa-helsestasjon--og-skolehelsetjeneste/id2514665/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/sstrategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet 7. mai 2019, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2017). *Utredning av en bindende bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-en-bindende-bemanningsnorm-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Utredning%20av%20en%20bindende%20bemanningsnorm%20i%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/8d6d7734-d3cc-454a-8f6d-d9698d6cc567:63b4d245079e8d18310b17fd1a6394aab14cfcca/Utredning%20av%20en%20bindende%20bemanningsnorm%20i%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf

Helsedirektoratet. (2018). *Ungdomshelse i en digital verden* (Nr. IS-2718). Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ungdomshelse-i-en-digital-verden>

Helsedirektoratet. (2019). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Hentet 24. april 2019, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet 18. mai 2020, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Iachini, A. L., Brown, E. L., Ball, A., Gibson, J. E., & Lize, S. E. (2015). School mental health early interventions and academic outcomes for at-risk high school

- students: A meta-analysis. *Advances in School Mental Health Promotion*, 8(3), 156–175. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2015.1044252>
- Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 35(8), 700–716. <https://doi.org/10.1002/da.22777>
- Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The patient health questionnaire for adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*, 30(3), 196–204. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00333-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00333-0)
- Kannampallil, T. G., Schauer, G. F., Cohen, T., & Patel, V. L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *Journal of biomedical informatics*, 44(6), 943–947. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2011.06.006>
- Kivimäki, H., Saaristo, V., Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Ståhl, T., & Rimpelä, A. (2019). Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 165–175. <https://doi.org/10.1111/scs.12617>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Krumm, S., Checchia, C., Koesters, M., Kilian, R., & Becker, T. (2017). Men's Views on Depression: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Research. *Psychopathology*, 50(2), 107–124. <https://doi.org/10.1159/000455256>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/265079743_Ungdom_psykisk_helse_og_profesjonell_hjelp
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lynch, L., Long, M., & Moorhead, A. (2018). Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. *American Journal of Men's Health*, *12*(1), 138–149. <https://doi.org/10.1177/1557988315619469>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care*, *46*(3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Laake, P., Hjartåker, anette, Thelle, D. S., & Veierød, M. B. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Medietilsynet. (2018). *Dataspillfunn fra Barn og Medier 2018*. Hentet fra <https://snakkomspill.no/wp-content/uploads/2017/08/Dataspillfunn-fra-Barn-og-Medier-2018-.pdf>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., ... Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, *64*(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>

- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A Meta-analysis of Gender Differences in Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help. *Journal of American College Health*, 59(2), 110–116. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.483714>
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. (2019). *Veileder i BUP*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/>
- OsloMet. (2019). Ungdata. Hentet fra <http://www.ungdata.no/ungdata/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625–628. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2020). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Rasmussen, M. L., Haavind, H., Dieserud, G., & Dyregrov, K. (2014). Exploring Vulnerability to Suicide in the Developmental History of Young Men: A Psychological Autopsy Study. *Death Studies*, 38(9), 549–556. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.780113>

- Regjeringen. (2018). Helsesøster blir helsesykepleier. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsesoster-blir-helsesykepleier/id2610855/>
- Rice, S. M., Purcell, R., & McGorry, P. D. (2018). Adolescent and Young Adult Male Mental Health: Transforming System Failures Into Proactive Models of Engagement. *Journal of Adolescent Health, 62*(3, Supplement), S9–S17. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.024>
- Rice, S. M., Telford, N. R., Rickwood, D. J., & Parker, A. G. (2018). Young men's access to community-based mental health care: Qualitative analysis of barriers and facilitators. *Journal of Mental Health, 27*(1), 59–65. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276528>
- Richardson, L. P., McCauley, E., Grossman, D. C., McCarty, C. A., Richards, J., Russo, J. E., ... Katon, W. (2010). Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for Detecting Major Depression Among Adolescents. *Pediatrics, 126*(6), 1117–1123. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0852>
- Rickwood, D. J., Mazzer, K. R., & Telford, N. R. (2015). Social influences on seeking help from mental health services, in-person and online, during adolescence and young adulthood. *BMC Psychiatry, 15*. <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1186/s12888-015-0429-6>
- Roseman, M., Kloda, L. A., Saadat, N., Riehm, K. E., Ickowicz, A., Baltzer, F., ... Thombs, B. D. (2016). Accuracy of Depression Screening Tools to Detect Major Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*(12), 746–757. <https://doi.org/10.1177/0706743716651833>

- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 49*, 106–118.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- Shah, A., Kraemer, K. R., Won, C. R., Black, S., & Hasenbein, W. (2018). Developing Digital Intervention Games for Mental Disorders: A Review. *Games for Health Journal, 7*(4), 213–224. <https://doi.org/10.1089/g4h.2017.0150>
- Sjetne, I. S., Bjerntæs, Ø. A., Iversen, H. H., & Olsen, R. V. (2009, september). *Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten. Et generisk, kort spørreskjema*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2009/notat_09_generisk_sporreskjema.pdf
- Sjetne, I. S., Bjertnaes, O. A., Olsen, R. V., Iversen, H. H., & Bukholm, G. (2011). The Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ): Identification of core items from a survey in Norway. *BMC Health Services Research, 11*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-88>
- Sollesnes, R. (2010). Exploring Issues That Motivate Contact with Adolescent Health Clinics. *Vård i Norden, 30*(2), 4–7.
<https://doi.org/10.1177/010740831003000202>
- Sosial og helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/is-1154_2619a.pdf

- Spence, S. H., & Shortt, A. L. (2007). Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(6), 526–542.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01738.x>
- Statistisk sentralbyrå. (2019, juni 13). Allmennlegetjenesten 2019. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar/2019-06-13>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, februar 27). Utdanning. Hentet fra <https://www.ssb.no/vgu>
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313–327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Toscos, T., Coupe, A., Flanagan, M., Drouin, M., Carpenter, M., Reining, L., ... Mirro, M. J. (2019). Teens Using Screens for Help: Impact of Suicidal Ideation, Anxiety, and Depression Levels on Youth Preferences for Telemental Health Resources. *JMIR mental health*, 6(6), e13230. (31228179).
<https://doi.org/10.2196/13230>
- TV 2. (2016, september 25). Bevilger 50 millioner: Lover flere helsesøstre på skolen. Hentet 21. mai 2019, fra <https://www.tv2.no/a/8613520/>
- Utdanningsdirektoratet. (2019, mai 28). Skoleporten—Fakta om opplæringa—Elevar, lærarar, skolar—Vest-Agder fylke. Hentet fra <https://skoleporten.udir.no/rapportvisning/videregaende-skole/fakta-om-opplaeringa/elear-laararar-skolar/vest-agder->

fylke?orgaggr=a&kjonn=a&trinn=0&utdanningstype=--&program=--
&sammenstilling=1&fordeling=2

Veierød, M. B., & Thelle, D. S. (2007). Tverrsnittstudier. I P. Laake, A. Hjartåker, D. S. Thelle, & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Viksveen, P., Eikevåg, S., Enge, I. H., & Sæløen, E. H. (2020). *Adolescent and youth mental health and their use of healthcare services*. Hentet fra <https://www.uis.no/forskning-og-ph-d/forskningscentre/share-senter-for-kvalitet-og-sikkerhet-i-helsetjenesten/protokoller/>

Viksveen, P., Kvamsøe, A. C., Cardenas, N. E., Game, J. R., & Røislien, J. (2019). *Facilitators and barriers to adolescents' use of mental health services in Norway: A questionnaire survey*. 5th International Conference on Youth Mental Health, Brisbane, Australia.

Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 233–245. <https://doi.org/10.1002/jclp.20345>

Waldum-Grevbo, K. S., & Haugland, T. (2015). En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, (4), 352–360. <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2015.55977>

Weum, M., Bragstad, L. K., & Glavin, K. (2017). Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder. *Sykepleien Forskning*, (64242). <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2017.64242>

Wold, B. (2009). I S. Haugland & N. Misvær (Red.), *Trivsel og helsevaner*. Oslo: Kommuneforlaget.

- World Health Organization. (2016). Suicide data. Hentet 3. mars 2020, fra WHO website:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- World Health Organization. (2017). Regional Atlas on Adolescent and Youth 2017—Monitoring the Health Status and Trend of Adolescent and Youth in Africa. Hentet 29. mars 2020, fra
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272365/9789290234081-eng.pdf?ua=1>
- Wright, D., Foster, C., Amir, Z., Elliott, J., & Wilson, R. (2010). Critical appraisal guidelines for assessing the quality and impact of user involvement in research. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 13(4), 359–368. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00607.x>
- Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, 6, 34. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-34>
- Aalen, O. O. (Red.). (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

"Ungdoms og unge voksnes psykiske helse og bruk av helsetjenesten" Kan elevene på skolen få informasjon om dette forskningsprosjektet?

Vi ønsker at ungdom skal få bedre tilgang til og kvalitet på helsetjenesten, slik at den blir best mulig tilpasset deres behov når de har psykiske vansker. Vi ber derfor om at skolens elever får delta i et forskningsprosjekt. Gjennom dette prosjektet vil vi lære mer om elevenes opplevelser av psykiske helse, og deres erfaringer med og syn på helsetjenesten.

Hvorfor har vi kontaktet din skole?

Flere skoler har blitt forespurt for å få et bredt utvalg av deltakere.

Hva ber vi skolen om å gjøre?

Vi ber skolen om å gi tillatelse til at elever som er i **alderen 12 til 25 år** kan delta og at det settes av en skoletime til dette. De elevene som er 16 år eller eldre og som har samtykkekompetanse kan få følgende lenke www.uis.no/bedrepsykiskhelse av lærerne sine. De elevene som er **ynge enn 16 år** må få vedlagte informasjonsskriv og samtykkeskjema, som de tar med hjem til sine foreldre/foresatte. De som overleverer skriftlig samtykke fra sine foreldre/foresatte kan få samme lenken som over av lærerne sine. Forskere fra Universitetet i Stavanger vil oppsøke skolene og samle inn samtykkeskjemaene, men forskerne har ikke kontaktinformasjon til eller direkte kontakt med de enkelte foreldrene/elevne.

Når ber vi om at undersøkelsen gjennomføres?

Vi ber om at det settes av opptil en skoletime til utfylling av spørreskjemaet. Undersøkelsen tar 15 til 30 minutter å fullføre.

Hva kan de elevene som ikke deltar gjøre?

Vi ber også om at de elevene som ikke deltar får noe annet å gjøre. Vi anbefaler at de gjør seg kjent med nettsiden www.ung.no som er en offentlig og kvalitetssikret nettside med informasjon om helse og andre tema som er relevante for ungdom/unge.

Hvor kan skolen få mer informasjon?

Hvis skolen har spørsmål til studien, ta kontakt med:

- Universitetet i Stavanger, Petter Viksveen petter.viksveen@uis.no eller telefon 51832737
- Vårt personvernombud: personvernombud@uis.no
- Norsk senter for forskningsdata AS personverntjenester@nsd.no eller telefon 55 58 21 17

Med vennlig hilsen
Petter Viksveen
Prosjektansvarlig
Forsker

Vedlegg 2: Spørreskjemaet

1. Alder:

2. Kjønn:

3. Bostatus (Merk av for ett svar)

<input type="checkbox"/>
Jeg bor med begge foreldrene/vergene mine på ett sted
Jeg bytter på hvem av foreldrene dine jeg bor med
Jeg bor bare hos en av foreldrene mine
Jeg bor med andre familiemedlemmer enn foreldrene mine

4. Bakgrunn (Merk av for alle svar som passer for deg)

<input type="checkbox"/>
Jeg er adoptert
Jeg er eller har vært fosterbarn
Jeg kom til Norge som flyktning

5. Interesser og fritidsaktiviteter utenom skole og arbeid (Merk av ett svar for hvert punkt)

Hvor mange timer i gjennomsnitt bruker du PER DAG (utenom skolen) på:	Mindre enn 1 time	1 time	2 timer	3 timer	4 timer	5 timer eller mer
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk (hører på eller spiller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobbyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dataspill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på serier, filmer, TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. I hvor stor grad har du hatt psykiske problemer som påvirket livet ditt eller hverdagen din?

Dette kan være problemer du har nå eller har hatt før.

Merk av ett svar for hvert problem for hvert problem

	Ikke hatt det	Liten grad	Noen grad	Stor grad
Angst, redsel, frykt, fobier				
Deprimert, lei, nedfor, trist				
Blitt mobbet eller truet				
Opplevd vold (fysisk, psykisk eller seksuell)				
Konflikter/krangler i familien				
Søvnproblemer				
Stress				
Irritasjon eller sinne				
Spiseforstyrrelse (f.eks. overspising, anoreksi eller bulimi)				
Ensomhet, føler meg alene				
Selvskading (f.eks. kutte/skjære meg)				
Selv mordstanker, ikke lyst til å leve				
Lavt selvbilde/lav selvfølelse				
Misfornøyd med egen kropp				
Følelse av håpløshet				
Bekymrer meg for mye				
Sorg				
Konsentrasjonsvansker				
Andre psykiske problemer				

Hvis du har hatt andre psykiske problemer, hva var det?

.....

...

.....

...

Hvis du har fått en eller flere diagnoser for dine psykiske problemer, hva var det?

.....

7. Hvis du skulle søke hjelp for din psykiske helse, hvor enig/uenig er du i følgende?
Klikk ett svar for hvert punkt

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
Jeg tror jeg vil få hjelp av helsetjenesten							
Det vil hjelpe å snakke om psykiske problemer							
Jeg tror ikke at noen vil forstå meg							
Jeg tror medisiner vil hjelpe							
Jeg tror hjelpen må være noe mer enn å snakke eller ta medisiner							
Jeg vil bestemme hva behandleren kan si til mine foreldre/foresatte							
Det vil være greit for meg om andre vet at jeg får behandling							
Det vil være viktig at behandleren og jeg er av samme kjønn							
Det vil være viktig at behandleren er ung							
Jeg vil forvente å få kontakt med min behandler innen 48 timer (to arbeidsdager)							
Jeg vil forvente å få øyeblikkelig hjelp hvis jeg skulle få et akutt psykisk problem							
Jeg vil forvente at legevakten har kompetanse til å hjelpe							
Jeg vil bare søke hjelp hvis jeg er sikker på at ikke trenger å bytte behandler							
Jeg vil forvente å kunne bytte behandler hvis jeg ønsker det							
Det vil være greit at jeg bare får hjelpen en periode (f.eks. 10 timer)							
Det er viktig at jeg ikke får fravær fra skolen for behandling							
Jeg vil forvente å bli innlagt på sykehus under behandlingen							
Min families mening om psykiske problemer og behandling påvirker meg							
Mine venners meninger om psykiske problemer og behandling påvirker meg							

8. Hvor ofte har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget av et eller flere av de følgende problemene? Klikk ett svar for hvert punkt

	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	Nesten hver dag
1. Følt deg nedfor, deprimert, irritabel eller håpløs				
2. Lite interesse for eller glede over å gjøre ting				
3. Dårlig matlyst, vekttap, eller spist for mye				
4. Vansker med å sovne, sove eller sovnet for mye				
5. Følt deg trett eller hatt lite energi				
6. Vært misfornøyd med deg selv, eller følt deg mislykket, eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din				
7. Vansker med å konsentrere deg om ting som lekser, lese eller se på TV				
8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det. Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du var mer i bevegelse enn vanlig				
9. Tanker om at du like gjerne kunne vært død eller på annen måte ville skade deg selv				
10. Følt deg nervøs, engstelig eller "på kanten"				
11. Ikke klart å stoppe eller kontrollere bekymringene dine				
12. Bekymret deg for mye om ulike ting				
13. Hatt vansker med å slappe av				
14. Vært så rastløs at det har vært vanskelig å sitte stille				
15. Blitt lett irritert eller ergret deg over ting				
16. Følt deg redd som om noe forferdelig kunne komme til å skje				

9. Hvor ofte har du brukt følgende?

	Aldri	Prøvd en eller få ganger	Månedlig	Ukentlig	Daglig
Alkohol (øl, vin, sprit, etc.)					
Røyk eller snus					
Narkotiske stoffer som marihuana/hasj, kokain, partydop (som MDMA/ecstasy), hallusinogener (som LSD), heroin, sniffemidler (som lim), eller metamfetamin (som speed)					
Medisiner du ikke har fått av legen din, for å bli høy eller endre på hvordan du føler deg					

10. Har du fått støtte eller behandling for psykiske vansker?

Ja

Nei

10a. Hvis du har hatt psykiske problemer, hvem hadde du kontakt med?

Hvem har du snakket med?
Familiemedlem
Venn
Nettbasert tjeneste eller hjelpetelefon
Lærer
Rådgiver/sosialrådgiver
Helsesykepleier (helsesøster)
Psykolog
Fastlege
Legevakt
Psykiater (kan gi medisiner)
Annet helsepersonell som psykiatrisk sykepleier, sosionom, miljøterapeut
Barnevernet
Uteseksjonen
BUP/BURA*
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)
Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)
Religiøs hjelper/leder (f.eks. prest eller imam)
Alternativ behandler **
Andre
Ingen

* Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) har skiftet navn til Psykisk helsevern for barn, ungdom og rusavhengige (BURA). ** Alternativ behandler: akupunktør, soneterapeut, homeopat, andre

10b. Hvor mye hjelp det å snakke om dine psykiske problemer?

	Ble verre	Det hjalp ikke	Det hjalp lite	Det hjalp en del	Det hjalp mye
Familiemedlem					
Venn					
Nettbasert tjeneste eller hjelpetelefon					
Lærer					
Rådgiver/sosialrådgiver					
Helsesykepleier (helsesøster)					
Psykolog					
Fastlege					
Legevakt					
Psykiater (kan gi medisiner)					
Annet helsepersonell som psykiatrisk sykepleier, sosionom, miljøterapeut					
Barnevernet					
Uteseksjonen					
BUP/BURA*					
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)					
Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)					
Religiøs hjelper/leder (f.eks. prest eller imam)					
Alternativ behandler **					
Andre					
Ingen					

Hvilke nettbaserte tjenester eller hjelpetelefon var du i kontakt med?

.....

Hvilke "Andre" har du vært i kontakt med om dine psykiske problemer?

.....

11. Hvis du gikk til en behandler, hvor mange timer/konsultasjoner hadde du?

Hvis du har gått til flere behandlere, svar i forhold til den behandleren du har gått mest til

..... timer

12. Ble behandlingen avsluttet? JA NEI HUSKER IKKE

12a. Hvorfor ble behandlingen avsluttet? Du kan merke av for flere svar
Vi var enige om at jeg hadde fått nok behandling
Det hjalp ikke
Behandleren syntes ikke jeg trengte det
Jeg syntes ikke jeg trengte det
Mine foreldre/foresatte ville ikke at jeg skulle fortsette
Jeg følte press fra jevnaldrende
Det tok for mye tid
Timene var på tider som ikke passet for meg
Det var for langt fra skole/hjem
Jeg hadde hatt maksimum antall timer jeg kunne få
Ikke sikker/vet ikke

12b. Hvis du har fått behandling: Hvor enig eller uenig er du i disse uttalelsene?

Merk av ett svar for hvert punkt

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
Jeg fikk nok informasjon om hvor jeg kunne søke hjelp							
Det var lett å få kontakt med behandleren							
Jeg fikk startet behandlingen når jeg behøvde det							
Jeg hadde nok tid med min behandler							
Behandleren var lett å forstå							
Jeg ble tatt på alvor							
Behandleren brydde seg om meg							
Jeg kunne stole på behandleren							
Jeg var involvert i avgjørelser som ble tatt							
Jeg er fornøyd med hva jeg fikk bestemme							
Jeg forstod mine problemer bedre							
Alt i alt er jeg fornøyd med hjelpen jeg fikk							

13. Bruk av tolk ved behandling for psykiske problemer

Merk av hvis noe av dette passer for deg

Hadde du behov for tolk fordi du har et annet morsmål enn norsk?
Hadde du behov for døvetolk?
Fikk du tilbud om tolk under behandlingen?

14. Erfaringer med bruk av tolk ved behandling for psykiske problemer

Hvem var tolk ved behandlingen?

	I rommet	Over telefon
Familiemedlem		
Venn		
Profesjonell		
Annen		

Hvor mye hjalp det å bruke tolk?

Ble verre	Det hjalp ikke	Det hjalp litt	Det hjalp en del	Det hjalp mye

Har du andre kommentarer til bruk av tolk i behandlingen?

.....
.....
.....

15. Hvem ville du kontaktet for å få hjelp for psykiske problemer, spørsmål om seksualitet, og spørsmål om rusmidler?

Du kan merke av for flere svar

	Psykiske problemer	Seksualitet	Rusmidler (alkohol, stoff eller tobakk)
Familiemedlem			
Venn			
Nettbasert tjeneste eller hjelpetelefon			
Lærer			
Rådgiver/sosialrådgiver			
Helsesykepleier (helsesøster)			
Psykolog			
Fastlege			
Legevakt			
Psykiater (kan gi medisiner)			
Annet helsepersonell som psykiatrisk sykepleier, sosionom, miljøterapeut			
Barnevernet			
Uteseksjonen			
BUP/BURA*			
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)			
Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)			
Religiøs hjelper/leder (f.eks. prest eller imam)			
Alternativ behandler **			
Andre			
Ingen			

* Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) har skiftet navn til Psykisk helsevern for barn, ungdom og rusavhengige (BURA). ** Alternativ behandler: akupunktør, soneterapeut, homeopat, andre

Hvis du skulle kontaktet nettbaserte tjenester eller hjelpetelefon, hvilke ville du velge?

.....

Hvis skulle kontakte "Andre", hvem ville du velge?

.....

16. Hvor gamle synes du ungdom bør være før de kan oppsøke helsepersonell og få behandling for psykisk helse uten at foreldrene/foresatte blir informert?

..... år

17. Hva du skulle få psykiske problemer, hva ville hindret deg fra å oppsøke hjelp?

.....
.....
.....

18. Er det noe annet som er viktige for deg om du skulle søke hjelp for psykiske problemer?

.....
.....
.....

19. Hvor lett eller vanskelig var det å fylle ut spørreskjemaet?

- Veldig lett
- Lett
- Litt Lett
- Hverken Lett eller vanskelig
- Litt vanskelig
- Vanskelig
- Veldig vanskelig

20. Synes du at det manglet noe i dette spørreskjemaet?

.....
.....
.....

Tusen takk for at du deltok i denne undersøkelsen

Trykk "Send inn svaret" for å sende inn ditt svar.

Send inn svaret



Adolescent and youth mental health and their use of healthcare services

Statistical analysis plan

Petter Viksveen, Postdoctoral researcher

Sunniva Eikevåg, Master student

Irene Hodnefjell Enge, Master student

Elisabeth Hærås Sæløen, Master student

SHARE – Centre for Resilience in Healthcare

University of Stavanger 2020

Innhold

Introduction	84
Recruitment	85
Survey development	85
Project assessment, survey participation and participants' rights	85
Data analysis	86
Missing data	87
Reporting of results	87
Contact information and links	87
Acknowledgement	88

Introduction

A significant proportion of adolescents have been diagnosed with mental health conditions or suffer from mental health problems to such an extent that it affects their everyday life. We previously found that about half of all teenagers suffered from such mental health problems, but only about half of these youth consulted with a healthcare practitioner. Moreover, one third did not discuss their mental problems with anyone. There is a need to improve access to mental health services for adolescents and youth, and to better adapt the services to their healthcare needs. Therefore, there is a need to expand the research-base to determine factors facilitating and hindering adolescents' use of healthcare services, what they want and expect from healthcare practitioners and how they would like for these services to be formed. Increased research-based knowledge will help in improving and developing services so that they meet the needs of adolescents and youth. For these reasons, we are in 2020 carrying out a cross-sectional survey among adolescents and youth in the age range from 12 to 25 years. The survey will contribute by answering questions such as the following:

- What potential barriers and facilitators for adolescents' and youths' use of mental health services exist?
- What are characteristics of adolescents and youths who do not seek help from the services?
- What are gender differences in help-seeking behaviors among adolescents and youth with mental health problems?
- Which service characteristics are associated with adolescents' and youths' experiences of benefit from and satisfaction with their use of mental health services?
- Which characteristics and factors are associated with use of mental health services among adolescents and youths who have a background as refugees?
- What are the experiences and perspectives of adolescents and youths who need an interpreter in their mental health treatment, either due to hearing impairment or due to language barriers?

This survey will also contribute to further develop the InvolveMENT research project at the *Centre for Resilience in Healthcare (SHARE)* at the *University of Stavanger*. As part of this process, we are setting up a cohort using the Trials within Cohorts (TwICs) design. Adolescents' and youths' experiences with and perspectives of the existing mental health services are

needed as part of this process, to answer questions addressing not only their mental health, but in the long term also drop-out from school, work life and general life satisfaction. Therefore, the above list of research questions is not exhaustive and additional research questions will be considered.

Recruitment

Adolescents and youths in the age range from 12 to 25 years are invited to participate in this cross-sectional survey. A random selection of participants is not feasible as this would require access to the entire population of adolescents and youths. We therefore invite a wide range of lower and upper secondary schools (high schools), folk high schools and learning centers offering language courses for non-Norwegian ethnic adolescents and youths. The geographical areas of invited schools include a widespread geographical distribution of municipalities in the counties of Agder and Rogaland, and a limited selection of schools in Vestlandet county. Smaller and larger schools in cities and in rural districts are invited to participate. Upper secondary schools include both those offering general subject studies and those providing vocational courses. Additionally, participants can be recruited through mental health organizations and organizations representing minority groups.

Survey development

This survey is based on the experiences gathered through three smaller surveys carried out by our research team at the *Centre for Resilience in Healthcare (SHARE)*. The questions include validated outcome measures, as well as additional questions based on previous surveys and questions further developed with the input from adolescent co-researchers, healthcare practitioners and researchers in SHARE. Pilot testing suggested that it would take from 15 to 30 minutes to complete the survey. By recommendation of former survey participants and adolescent co-researchers, the survey was set up for online participation. It was available in four languages (Norwegian, English, Dari/Persian and Arabic) to increase the chance that non-Norwegian ethnic adolescents and youth could participate.

Project assessment, survey participation and participants' rights

The research proposal was considered by the Data Protection Services (NSD) which concluded that the project was in line with requirements for General Data Protection Regulation (GDPR). On this basis, NSD recommended that the survey could be started (reference number 842923). Adolescents and youths in the age range from 16 to 25 years with capacity to consent can participate at their own volition. Those who are in the age group from 12 to 15 years need

their parents' or legal guardians' written consent. The survey is anonymous, i.e. it does not include person identifiable information.

Participants who still think they might be identified through their submitted responses retain the right to see their information, for it to be corrected or deleted, if they can be identified in the data set. Only researchers at the University of Stavanger can access the survey data set.

Data analysis

Univariate analyses will be carried out for all variables, reporting both frequencies and percentages.

Bivariate analyses include the following:

- A) Categorical (binary) and continuous variable: Independent samples t-test (normal distribution) or Mann Whitney U-test (skewed data)
- B) Categorical (binary) and nominal variable: Chi-square test
- C) Categorical (binary) and ordinal variable: Rank correlation (Mann Whitney U-test) D)
- Two categorical variables: Chi-square test

Regression analyses will be used to develop models for hypothesis testing in future research.

Distribution of data will be considered using histograms. Parametric tests will be used for normally distributed data and non-parametric tests for skewed data.

Chronbach's alpha will be calculated for what are expected to be unidimensional measures, in order to assess internal consistency and thereby to determine if it is probable that the outcome is a measure of a single latent trait or construct. Scores of 0.7 or higher will be considered satisfactory. A satisfactory result suggests the individual items are inter-related. Lower results suggest the measurement error rate is too high. In the event of a too low Cronbach's alpha value (below 0.7) or a too high value (above 0.9), exclusion of individual items may be considered following correlation analyses between individual items. Furthermore, the use of factor analysis will be considered. None of the unidimensional

measures used in this survey include a high number of items, so a high Cronbach's alpha due to large numbers of items is not expected.

Data is initially managed using Excel and statistical analyses are carried out using SPSS (version 25).

Missing data

Some survey questions are compulsory, i.e. participants will be unable to continue the survey without responding to these questions. However, some questions are optional. Overall, the approach reduces the overall amount of missing data from individual participants. For analyses which involve questions where missing data is allowed, missingness will be managed through listwise deletion in the event of missingness up to 5% and multiple imputation will be used where missingness is higher than 5%. For bivariate analyses pairwise deletion will be used in the event of missing data, whereas listwise deletion will be used in regression analyses with missingness up to 5%. However, an assessment will also be carried out to determine whether data are Missing Completely at Random (MCAR), Missing at Random (MAR), or Missing Not at Random (MNAR).

Reporting of results

Results of this survey will be published through three Master Dissertations at the *University of Stavanger* and through articles published in peer-reviewed journals. Furthermore, results will be presented at research conferences and included in funding applications to expand the research.

Contact information and links

Petter Viksveen, petter.viksveen@uis.no, *SHARE – Centre for Resilience in Healthcare (SHARE)*, Faculty of Health Sciences, the University of Stavanger, Norway.

SHARE – Centre for Resilience in Healthcare (SHARE) <https://www.uis.no/research-and-phdstudies/research-centres/share-centre-for-resilience-in-healthcare/>

The InvolveMENT project <https://www.uis.no/research-and-phd-studies/research-centres/sharecentre-for-resilience-in-healthcare/projects/involve/?s=24535>

Acknowledgement

The following have contributed to development of this cross-sectional survey:

Developed and carried out previous surveys: Adolescent Co-researchers Nicole Elizabeth Cardenas,

Oliver Cuddeford and Julia Rose Game; Master student Anita Camilla Kvamsøe; Postdoctoral Researcher Petter Viksveen

Questionnaire development: Adolescent Co-researchers Maren Andvik, Nicole Elizabeth Cardenas,

Oliver Cuddeford, Samuel Duerto, Julia Rose Game, Maya Ibenfeldt, Lou Krijger, Laia Gomez Meldahl,

Murad Mustafa and Mathias Tong; Master students Sunniva Eikevåg (Bioengineer), Irene Hodnefjell

Enge (Nurse), Anita Camilla Kvamsøe (Social educator), and Elisabeth Hærås Sæløen (School nurse);

Psychiatrist Aina Basilier Våge; General practitioner Dr. Erik Jesman Pedersen; PhD Candidate & Psychiatric nurse Stig E. Bjønness; Postdoctoral Researcher Eline Ree; Postdoctoral Researcher Petter Viksveen

Questionnaire translation: Semantix (translation company); Adolescent Co-researcher Murad Mustafa; Postdoctoral Researcher Petter Viksveen

Statistical analysis plan development: Master students Sunniva Eikevåg, Irene Hodnefjell Enge, Anita

Camilla Kvamsøe, and Elisabeth Hærås Sæløen; Professor Jo Røislien; Postdoctoral Researcher Petter Viksveen

Vedlegg 4: Tabeller 1-13

Tabell 1. Demografiske variabler (N, %)

	Hele utvalget N=797	Psykiske vansker	Psykiske vansker, vært hos helsesykepleier	Psykiske vansker, ikke vært hos helsesykepleier
Kjønn				
Gutt	344 (43.2)	216 (62.8)	32 (14.8)	184 (85.2)
Jente	444 (55.7)	396 (89.2)	117 (29.5)	279 (70.5)
Andre	9 (1.1)	7 (77.8)	2 (28.6)	5 (71.4)
Alder				
16 år	302 (37.9)	215 (71.2)	50 (23.3)	156 (72.6)
17 år	174 (21.8)	129 (74.1)	34 (26.4)	92 (71.3)
18 år	212 (26.6)	179 (84.4)	44 (24.6)	132 (73.7)
19 år	68 (8.5)	59 (86.8)	13 (22.0)	46 (78.0)
20 år	41 (5.1)	37 (90.2)	10 (27.0)	26 (70.3)
Bostatus (hvem bor med)				
En av foreldrene	132 (16.6)	109 (82.6)	30 (27.5)	77 (70.6)
Andre i familien enn foreldrene	20 (2.5)	20 (100.0)	5 (25.0)	15 (75.0)
Begge foreldre/verger på ett sted	521 (65.4)	385 (73.9)	92 (23.9)	282 (73.2)
Bytter på hvem av foreldrene bor med	96 (12.0)	79 (82.3)	19 (24.0)	57 (72.2)
Ikke svart	28 (3.5)	26 (92.9)	5 (19.2)	21 (80.8)
Bakgrunn				
Adoptert	13 (1.6)	11 (84.6)	1 (9.0)	10 (90.9)
Er eller har vært fosterbarn	31 (3.9)	25 (80.6)	3 (12.0)	21 (84.0)
Flyktning	58 (7.3)	44 (75.9)	8 (18.2)	35 (79.5)
Flyktning og fosterbarn	3 (0.4)	3 (100.0)	----	3 (100.0)
Ikke svart	692 (86.8)	536 (77.5)	139 (25.9)	383 (71.5)

Tabell 2. Interesser og fritidsaktiviteter hos ungdommen

	n	n (%)					5 timer eller mer
		Mindre enn 1 time	1 time	2 timer	3 timer	4 timer	
Familie	790	105 (13.2)	195 (24.5)	184 (23.1)	131 (16.4)	79 (9.9)	96 (12.0)
Venner	782	114 (14.3)	136 (17.1)	241 (30.2)	137 (17.2)	81 (10.2)	73 (9.2)
Musikk	779	108 (13.6)	184 (23.1)	176 (22.1)	124 (15.6)	74 (9.3)	113 (14.2)
Idrett	786	260 (32.6)	197 (24.7)	194 (24.3)	80 (10.0)	32 (4.0)	23 (2.9)
Hobbyer	771	215 (27.0)	187 (23.5)	177 (22.2)	100 (12.5)	44 (5.5)	48 (6.0)
Sosiale medier	792	47 (5.9)	139 (17.4)	185 (23.2)	182 (22.8)	133 (16.7)	106 (13.3)
Dataspill	768	503 (63.1)	83 (10.4)	73 (9.2)	56 (7.0)	21 (2.6)	32 (4.0)
Internett	783	81 (10.2)	123 (15.4)	142 (17.8)	149 (18.7)	102 (12.8)	186 (23.3)
Se på serier, filmer og tv	788	102 (12.8)	194 (24.3)	223 (28.0)	137 (17.2)	64 (8.0)	68 (8.5)

Tabell 3. Bruk av rusmidler hos gutter og jenter.

	n	Aldri	En eller få ganger	Månedlig	Ukentlig	Daglig	Ikke svart
Alkohol*							
Gutter	344	115 (33.4)	90 (26.2)	92 (26.7)	42 (12.2)	3 (0.9)	2 (0.6)
Jenter	444	142 (32.0)	93 (20.9)	161 (36.3)	47 (10.6)	1 (0.2)	----
Totalt	788	257 (32.6)	183 (23.2)	253 (32.1)	89 (11.3)	4 (0.5)	2 (0.3)
Røyk eller snus							
Gutter	344	171 (49.7)	83 (24.1)	20 (5.8)	20 (5.8)	38 (11.0)	12 (3.5)
Jenter	444	245 (55.2)	100 (22.5)	32 (7.2)	15 (3.4)	42 (9.5)	10 (2.3)
Totalt	788	416 (52.8)	183 (23.2)	52 (6.6)	35 (4.4)	80 (10.2)	22 (2.8)
Narkotiske stoffer**							
Gutter	344	292 (84.9)	37 (10.8)	4 (1.2)	4 (1.2)	2 (0.6)	5 (1.5)
Jenter	444	381 (85.8)	58 (13.1)	4 (0.9)	1 (0.2)	----	----
Totalt	788	673 (85.4)	95 (12.1)	8 (1.0)	5 (0.6)	2 (0.3)	5 (0.6)
Medisiner***							
Gutter	344	322 (93.6)	13 (3.8)	----	----	5 (1.5)	4 (1.2)
Jenter	444	407 (91.7)	29 (6.5)	5 (1.1)	2 (0.5)	----	1 (0.2)
Totalt	788	729 (92.5)	42 (5.3)	5 (0.6)	2 (0.3)	5 (0.6)	5 (0.6)

* Øl, vin, sprit, etc.

** Narkotiske stoffer som marihuana (hasj, kokain, partydop (som MDMD/ecstasy), hallusinogener (som LSD), heroin, snuffemidler (som lim) eller metamfetamin (som speed).

*** Medisiner du ikke har fått av legen din, for å bli høy eller endre på hvordan du føler deg.

Tabell 4. Hvem ville kontaktet helsesykepleier – gutter og jenter

	n (df)	(%)	Kji-kvadrat	Sig.
Psykiske problemer	788 (1)		22.554 ^a	0.001
Jenter	444			
Ville søkt hjelp	190	(42.8)		
Ville ikke søkt hjelp	254	(57.2)		
Gutter	344			
Ville søkt hjelp	91	(26.5)		
Ville ikke søkt hjelp	253	(73.5)		
Spørsmål om seksualitet	(1)		28.214 ^a	0.000
Jenter	444			
Ville søkt hjelp	162	(36.5)		
Ville ikke søkt hjelp	282	(63.5)		
Gutter	344			
Ville søkt hjelp	66	(19.2)		
Ville ikke søkt hjelp	278	(80.8)		
Spørsmål om rusmidler	(1)		3.722 ^a	0.056

Tabell 5. Psykiske problemer hos gutter som har hatt kontakt med helsesykepleier

	n (%)			
	Ikke hatt det	Liten grad	Noen grad	Stor grad
Angst, redsel, frykt, fobier	16 (50.0)	5 (15.6)	6 (18.8)	5 (15.6)
Deprimert, lei, nedfor, trist	7 (21.9)	5 (15.6)	11 (34.4)	9 (28.1)
Blitt mobbet eller truet	19 (59.4)	6 (18.8)	2 (6.3)	5 (15.6)
Opplevd vold	19 (59.4)	8 (25.0)	4 (12.5)	1 (3.1)
Konflikter i familien	13 (40.6)	9 (28.1)	7 (21.9)	3 (9.4)
Søvnproblemer	8 (25.0)	11 (34.4)	4 (12.5)	9 (28.1)
Stress	5 (15.6)	7 (21.9)	11 (34.4)	9 (28.1)
Irritasjon eller sinne	5 (15.6)	13 (40.6)	10 (31.3)	4 (12.5)
Spiseforstyrrelse	24 (75.0)	4 (12.5)	3 (9.4)	1 (3.1)
Ensomhet	12 (37.5)	5 (15.6)	7 (21.9)	8 (25.0)
Selvskading	24 (75.0)	7 (21.9)	----	1 (3.1)
Selv mordstanker	15 (46.9)	10 (31.3)	6 (18.8)	1 (3.1)
Lavt selvbilde/selvfølelse	15 (46.9)	7 (21.9)	5 (15.6)	5 (15.6)
Misfornøyd med egen kropp	13 (40.6)	10 (31.3)	2 (6.3)	7 (21.9)
Følelse av håpløshet	14 (43.8)	4 (12.5)	3 (9.4)	11 (34.4)
Bekymrer seg for mye	10 (31.3)	10 (31.3)	6 (18.8)	6 (18.8)
Sorg	14 (43.8)	10 (31.3)	5 (15.6)	3 (9.4)
Konsentrasjonsvansker	7 (21.9)	7 (21.9)	9 (28.1)	9 (28.1)
Andre psykiske problemer	20 (62.5)	7 (21.9)	2 (6.3)	3 (9.4)

Tabell 6. Antall psykiske problemer, angst og depresjon hos gutter med og uten kontakt med helsesykepleier

	n	Median (IQR*)	Mann-Whitney U	Sig.
Antall psykiske problemer (noen eller stor grad)			1835.000	0.002
Kontakt med helsesykepleier	32	6.0 (2.0,9.0)		
Ikke kontakt med helsesykepleier	175	3.0 (1.0,6.0)		
Totalt	207			
PHQ-9 (sum score)			2224.000	0.064
GAD-7 (sum score)			2251.000	0.076

* IQR: Interkvartilbredde, rapportert med 25. og 27. persentil

Tabell 7. Psykiske problemer hos gutter med og uten kontakt med helsesykepleier

	n	Median (IQR*)	Mann-Whitney U	Sig.
Angst, redsel, frykt, fobier			2504.500	0.296
Deprimert, lei, nedfor, trist			2038.500	0.011
Kontakt helsesykepleier	32	2.0 (1.0,3.0)		
Ikke kontakt helsesykepleier	175	1.0 (0.0,2.0)		
Blitt mobbet eller truet			2305.000	0.043
Kontakt helsesykepleier	32	0.0 (0.0,1.0)		
Ikke kontakt helsesykepleier	175	0.0 (0.0,1.0)		
Opplevd vold			2111.500	0.001
Kontakt helsesykepleier	32	0.0 (0.0,1.0)		
Ikke kontakt helsesykepleier	175	0.0 (0.0,0.0)		
Konflikter i familien			2254.500	0.054
Søvnproblemer			2570.000	0.442
Stress			2285.500	0.086
Irritasjon eller sinne			2300.000	0.090
Spiseforstyrrelse			2590.000	0.318
Ensomhet			2186.000	0.036
Kontakt helsesykepleier	32	1.0 (0.0,2.75)		
Ikke kontakt helsesykepleier	175	1.0 (0.0,1.0)		
Selvskading			2369.500	0.013
Kontakt helsesykepleier	32	0.0 (0.0,0.75)		
Ikke kontakt helsesykepleier	175	0.0 (0.0,0.0)		
Selvmordstanker			1901.000	0.000
Kontakt helsesykepleier	32	1.0 (0.0,1.0)		
Ikke kontakt helsesykepleier	175	0.0 (0.0,0.0)		
Lavt selvbilde/selvfølelse			2546.500	0.378
Misfornøyd med egen kropp			2451.500	0.228
Følelse av håpløshet			2344.500	0.120
Bekymrer seg for mye			2611.000	0.526
Sorg			2322.000	0.086
Konsentrasjonsvansker			2226.500	0.056
Andre psykiske problemer			2285.000	0.022

* IQR: Interkvartilbredde, rapportert med 25. og 27. persentil

Tabell 8. Bruk av rusmidler hos gutter med psykiske problemer med og uten kontakt med helsesykepleier

	n	Mann-Whitney U	Sig.
Alkohol*	207	2515.500	0.344
Røyk eller snus	199	2384.500	0.427
Narkotiske stoffer*	204	2731.500	0.920
Medisiner***	205	2665.000	0.429

* Øl, vin, sprit, etc.

** Narkotiske stoffer som marihuana (hasj), kokain, partydop (som MDMD/ecstasy), hallusinogener (som LSD), heroin, sniffemidler (som lim) eller metamfetamin (som speed).

*** Medisiner du ikke har fått av legen din, for å bli høy eller endre på hvordan du føler deg.

Tabell 9. Erfaringer hos gutter med og uten kontakt med helsesykepleier

	n	Median (IQR*)	Mann-Whitney U	Sig.
Fikk nok informasjon om hvor de kunne søke hjelp			200.000	0.004
Kontakt med helsesykepleier	19	2.0 (1.0,3.0)		
Ikke kontakt med helsesykepleier	39	0.0 (-1.0,1.0)		
Ikke fått behandling	149			
Lett å få kontakt med behandleren			217.500	0.009
Kontakt med helsesykepleier	32	2.0 (0.0,3.0)		
Ikke kontakt med helsesykepleier	39	0.0 (-1.0,1.0)		
Ikke fått behandling	149			

* IQR: Interkvartilbredde, rapportert med 25. og 27. persentil

Tabell 10. Perspektiver blant gutter med og uten kontakt med helsesykepleier

	n	Median (IQR*)	Mann-Whitney U	Sig.
Tro på hjelp fra helsetjenesten			2090.500	0.021
Kontakt med helsesykepleier	32	1.0 (0.0, 2.8)		
Ikke kontakt med helsesykepleier	175	0.0 (-1.0, 2.0)		
Det vil hjelpe å snakke			2513.000	0.349
Ingen vil forstå meg			2343.500	0.135
Medisiner vil hjelpe			2729.500	0.816
Hjelpen må være noe mer			1920.500	0.004
Kontakt med helsesykepleier	32	1.0 (0.0, 2.0)		
Ikke kontakt med helsesykepleier	175	0.0 (-2.0, 1.0)		
Bestemme hva behandler kan si til foreldre			1998.500	0.008
Kontakt med helsesykepleier	32	3.0 (0.3, 3.0)		
Ikke kontakt med helsesykepleier	175	1.0 (0.0, 3.0)		
Greit om andre vet at jeg får behandling			2328.500	0.120
Viktig at behandler er av samme kjønn			2765.000	0.906
Behandler må være ung			2633.000	0.581
Forventer kontakt innen 48 timer			2236.000	0.063
Forventer øyeblikkelig hjelp hvis akutt problem			2146.500	0.033
Kontakt med helsesykepleier	32	2.0 (0.0, 3.0)		
Ikke kontakt med helsesykepleier	175	1.0 (0.0, 2.0)		
Søker bare hjelp hvis ikke trenger bytte behandler			2623.500	0.534
Forventer å kunne bytte behandler			2344.500	0.134
Greit å få hjelpen bare for en periode			2708.500	0.756
Viktig å ikke få fravær fra skolen			2376.000	0.149
Min families mening om psykiske problemer påvirker meg			2771.000	0.924
Mine venners meninger om psykiske problemer påvirker meg			2504.500	0.330

* IQR: Interkvartilbredde, rapportert med 25. og 27. persentil

Tabell 11. Hvordan guttenes tidligere kontakt med helsesykepleier er assosiert med hvem de vil kontakte for hjelp i fremtiden

	n (%)	n (%)	Kji-kvadrat	Sig.
	Hatt kontakt	Ikke hatt kontakt		
Psykiske problemer			10.191 ^a	0.001
Ville kontaktet helsesykepleier	17 (53.1)	44 (25.1)		
Ville ikke kontaktet helsesykepleier	15 (46.9)	131 (74.9)		
Seksualitet			19.646 ^a	0.000
Ville kontaktet helsesykepleier	16 (50.0)	27 (15.4)		
Ville ikke kontaktet helsesykepleier	16 (50.0)	148 (84.6)		
Rusmidler				0.020
Ville kontaktet helsesykepleier	9 (28.1)	19 (10.9)		
Ville ikke kontaktet helsesykepleier	23 (71.9)	156 (89.1)		

Tabell 12. Perspektiver blant jenter og gutter

	n	Median (IQR*)	Mann-Whitney U	Sig.
Tro på hjelp fra helsetjenesten	788		71651.000	0.131
Det vil hjelpe å snakke	788		70645.500	0.066
Ingen vil forstå meg			61682.500	0.000
Gutter	344	-1.0 (-3.0, 0.0)		
Jenter	444	0.0 (-2.0, 1.0)		
Medisiner vil hjelpe	788		75796.500	0.853
Hjelpen må være noe mer enn å snakke og ta medisiner			70242.000	0.047
Gutter	344	0.0 (-1.0, 1.0)		
Jenter	444	0.0 (0.0, 1.8)		
Bestemme hva behandler kan si til foreldre			57247.000	0.000
Gutter	344	1.0 (0.0, 3.0)		
Jenter	444	2.0 (1.0, 3.0)		
Greit om andre vet at jeg får behandling	788		74299.500	0.506
Viktig at behandler er av samme kjønn			50983.500	0.000
Gutter	344	-1.0 (-3.0, 0.0)		
Jenter	444	0.0 (-1.0, 1.0)		
Behandler må være ung	788		71638.000	0.121
Forventer kontakt innen 48 timer			61223.500	0.000
Gutter	344	0.0 (0.0, 2.0)		
Jenter	444	1.0 (0.0, 2.0)		
Forventer øyeblikkelig hjelp hvis akutt problem			59683.000	0.000
Gutter	344	1.0 (0.0, 2.0)		
Jenter	444	2.0 (0.0, 3.0)		
Søker bare hjelp hvis jeg ikke trenger bytte behandler			64508.000	0.000
Gutter	344	0.0 (0.0, 0.0)		
Jenter	444	0.0 (0.0, 1.0)		
Forventer å kunne bytte behandler hvis jeg ønsker			57291.500	0.000
Gutter	344	1.0 (0.0, 2.0)		
Jenter	444	2.0 (1.0, 3.0)		
Greit å få hjelpen bare for en periode			72751.500	0.232
Viktig å ikke få fravær fra skolen			56005.500	0.000
Gutter	344	2.0 (0.0, 3.0)		
Jenter	444	3.0 (2.0, 3.0)		
Min families mening om psykiske problemer påvirker meg			56812.500	0.000
Gutter	344	0.0 (-2.0, 1.0)		
Jenter	444	1.0 (0.0, 2.0)		
Mine venners meninger om psykiske problemer påvirker meg			60703.000	0.000
Gutter	344	0.0 (-2.0, 1.0)		
Jenter	444	0.0 (0.0, 2.0)		

* IQR: Interkvartilbredde, rapportert med 25. og 27. persentil

Tabell 13. Erfaringer hos gutter og jenter med psykiske problemer

	Gutter (n=32)	Jenter (n=117)
Alder		
16 år	9 (28.1)	40 (34.2)
17 år	7 (21.9)	27 (23.0)
18 år	8 (25.0)	35 (29.9)
19 år	4 (12.5)	9 (7.7)
20 år	4 (12.5)	6 (5.1)
Bostatus (hvem bor med)		
En av foreldrene	6 (18.8)	22 (18.8)
Andre i familien enn foreldrene	2 (6.3)	3 (2.6)
Begge foreldre/verger på ett sted	15 (46.9)	77 (65.8)
Bytter på foreldre bor med	8 (25.0)	1 (9.4)
Ikke svart	1 (3.1)	4 (3.4)
Bakgrunn		
Adoptert	----	1 (0.9)
Er eller har vært fosterbarn	----	3 (2.6)
Flyktning	3 (9.0)	5 (4.3)
Flyktning og fosterbarn	----	----
Ikke svart	29 (91.0)	108 (92.3)

* IQR: Interkvartilbredde, rapportert med 25. og 27. persentil

Tabell 14. Bakgrunn hos gutter og jenter med psykiske vansker og kontakt med helsesykepleier

	n	Median (IQR*)	Mann-Whitney U	Sig
Fikk nok informasjon om hvor de kunne søke hjelp			333.000	0.001
Gutter	19	2.0 (1.0,3.0)		
Jenter	67	0.0 (-2.0,2.0)		
Ikke fått behandling	63			
Lett å få kontakt med behandleren			461.000	0.063
Gutter	19	2.0 (0.0,3.0)		
Jenter	67	0.0 (-1.0,2.0)		
Ikke fått behandling	63			

Tabell 15. Tidsbruk på fritidsaktiviteter hos ungdom med psykiske problemer som kontaktet helsesykepleier

	n (%)	Median (IQR*)	Mann Whitney U	Sig.
Familie			1478.000	0.074
Gutter	32 (100.0)	1.0 (0.3,3.0)		
Jenter	116 (99.1)	2.0 (1.0,4.0)		
Venner			1750.000	0.721
Gutter	32 (100.0)	2.0 (1.0,3.0)		
Jenter	114 (97.4)	2.0 (1.0,3.0)		
Musikk			1713.000	0.850
Gutter	31 (96.9)	2.0 (1.0,5.0)		
Jenter	113 (96.6)	2.0 (1.0,4.0)		
Idrett			1513.000	0.920
Gutter	32 (100.0)	2.0 (0.0,2.0)		
Jenter	116 (99.1)	1.0 (0.0,2.0)		
Hobbyer			1210.500	0.009
Gutter	30 (94.0)	2.0 (0.0,3.3)		
Jenter	115 (98.3)	1.0 (0.0,2.0)		
Sosiale medier			1170.000	0.001
Gutter	32 (100.0)	2.0 (1.0,3.0)		
Jenter	116 (99.1)	3.0 (2.0,4.0)		
Dataspill			678.000	0.000
Gutter	32 (100.0)	2.0 (0.0,3.8)		
Jenter	114 (97.4)	0.0 (0.0,0.0)		
Internett			1625.000	0.247
Gutter	32 (100.0)	4.0 (2.0,5.0)		
Jenter	117 (100.0)	3.0 (1.0,5.0)		
Se på serier, filmer, tv			1774.000	0.644
Gutter	32 (100.0)	2.0 (1.0,3.0)		
Jenter	117 (100.0)	2.0 (1.0,4.0)		

* IQR: Interkvartilbredde, rapportert med 25. og 27. persentil

Tabell 16. Antall psykiske problemer, angst og depresjon - gutter og jenter i kontakt med helsesykepleier

	n	Median (IQR*)	Mann Whitney U	Sig.
Antall psykiske problemer (noen/stor grad)				
Gutter	32	6.0 (2.0,9.0)	1335.500	0.013
Jenter	117	9.0 (4.0,14.0)		
Totalt	149			
PHQ-9 (sum score)				
Gutter	32	9.0 (3.2,11.0)	1105.500	0.000
Jenter	117	13.0 (7.0,19.0)		
Totalt	149			
GAD-7 (sum score)				
Gutter	32	4.0 (2.0,7.0)	1022.500	0.000
Jenter	117	9.0 (4.0,14.0)		
Totalt	149			

* IQR: Interkvartilbredde, rapportert med 25. og 27. persentil

Tabell 17. Psykiske problemer, vært i kontakt med helsesykepleier (gutter n=32, jenter n=117)

	n (%)			
	Ikke hatt det	Liten grad	Noen grad	Stor grad
Angst, redsel, frykt, fobier				
Jenter	22 (18.8)	37 (31.6)	22 (18.8)	36 (30.8)
Gutter	16 (50.0)	5 (15.6)	6 (18.8)	5 (15.6)
Deprimert, lei, nedfor, trist				
Jenter	9 (7.7)	29 (24.8)	41 (35.0)	38 (32.5)
Gutter	7 (21.9)	5 (15.6)	11 (34.4)	9 (28.1)
Blitt mobbet eller truet				
Jenter	78 (66.7)	25 (21.4)	11 (9.4)	3 (2.6)
Gutter	19 (59.4)	6 (18.8)	2 (6.3)	5 (15.6)
Opplevd vold				
Jenter	75 (64.1)	24 (20.5)	9 (7.7)	9 (7.7)
Gutter	19 (59.4)	8 (25.0)	4 (12.5)	1 (3.1)
Konflikter i familien				
Jenter	38 (32.5)	32 (27.4)	28 (23.9)	19 (16.2)
Gutter	13 (40.6)	9 (28.1)	7 (21.9)	3 (9.4)
Søvnproblemer				
Jenter	24 (20.5)	26 (22.2)	36 (30.8)	31 (26.5)
Gutter	8 (25.0)	11 (34.4)	4 (12.5)	9 (28.1)
Stress				
Jenter	4 (3.4)	12 (10.3)	37 (31.6)	64 (54.7)
Gutter	5 (15.6)	7 (21.9)	11 (34.4)	9 (28.1)
Irritasjon eller sinne				
Jenter	10 (8.5)	43 (36.8)	36 (30.8)	28 (23.9)
Gutter	5 (15.6)	13 (40.6)	10 (31.3)	4 (12.5)
Spiseforstyrrelse				
Jenter	57 (48.7)	33 (28.2)	11 (9.4)	16 (13.7)
Gutter	24 (75.0)	4 (12.5)	3 (9.4)	1 (3.1)
Ensomhet				
Jenter	25 (21.4)	37 (31.6)	25 (21.4)	30 (25.6)
Gutter	12 (37.5)	5 (15.6)	7 (21.9)	8 (25.0)
Selvskading				
Jenter	71 (60.7)	17 (14.5)	16 (13.7)	13 (11.1)
Gutter	24 (75.0)	7 (21.9)	----	1 (3.1)
Selv mordstanker				
Jenter	58 (49.6)	18 (15.4)	18 (15.4)	23 (19.7)
Gutter	15 (46.9)	10 (31.3)	6 (18.8)	1 (3.1)
Lavt selvbilde/selvfølelse				
Jenter	19 (16.2)	30 (25.6)	26 (22.2)	42 (35.9)
Gutter	15 (46.9)	7 (21.9)	5 (15.6)	5 (15.6)
Misfornøyd med egen kropp				
Jenter	15 (12.8)	27 (23.1)	30 (25.6)	45 (38.5)
Gutter	13 (40.6)	10 (31.3)	2 (6.3)	7 (21.9)
Følelse av håpløshet				
Jenter	22 (18.8)	31 (26.5)	29 (24.8)	35 (29.9)
Gutter	14 (43.8)	4 (12.5)	3 (9.4)	11 (34.4)
Bekymrer seg for mye				
Jenter	7 (6.0)	28 (23.9)	31 (26.5)	51 (43.6)
Gutter	10 (31.3)	10 (31.3)	6 (18.8)	6 (18.8)
Sorg				
Jenter	29 (24.8)	45 (38.5)	15 (12.8)	28 (23.9)
Gutter	14 (43.8)	10 (31.3)	5 (15.6)	3 (9.4)
Konsentrasjonsvansker				
Jenter	14 (12.0)	32 (27.4)	33 (28.2)	38 (32.5)
Gutter	7 (21.9)	7 (21.9)	9 (28.1)	9 (28.1)
Andre psykiske problemer				
Jenter	64 (54.7)	24 (20.5)	13 (11.1)	16 (13.7)
Gutter	20 (62.5)	7 (21.9)	2 (6.3)	3 (9.4)

Tabell 18. Bruk av rusmidler og narkotika blant gutter og jenter med psykisk problem og kontakt helsesykepleier

	n	Median (IQR*)	Mann-Whitney U	Sig.
Alkohol**			1 798.500	0.720
Gutter	32	2.0 (0.3,2.0)		
Jenter	117	2.0 (0.0,2.0)		
Totalt	149			
Røyk eller snus			1777.500	0.853
Gutter	32	0.0 (0.0,3.0)		
Jenter	117	0.0 (0.0,1.0)		
Totalt	149			
Narkotiske stoffer***			1861.500	0.944
Gutter	32	0.0 (0.0,0.0)		
Jenter	117	0.0 (0.0,0.0)		
Totalt	149			
Medisiner****			1841.000	0.894
Gutter	32	0.0 (0.0,0.0)		
Jenter	117	0.0 (0.0,0.0)		
Totalt	149			

* IQR: Interkvartilbredde, rapportert med 25. og 27. persentil

** Øl, vin, sprit, etc.

*** Narkotiske stoffer som marihuana (hasj, kokain, partydop (som MDMD/ecstasy), hallusinogener (som LSD), heroin, sniffemidler (som lim) eller metamfetamin (som speed).

**** Medisiner du ikke har fått av legen din, for å bli høy eller endre på hvordan du føler deg.

Tabell 19. Perspektiver blant gutter uten psykiske problemer (n=128)

	N (%)		
	Uenig	Nøytral	Enig
Jeg tror jeg vil få hjelp fra helsetjenesten	32 (25.0)	31 (24.2)	65 (50.8)
Det vil hjelpe å snakke om psykiske problemer	27 (21.0)	33 (25.8)	68 (53.1)
Jeg tror ikke at noen vil forstå meg	76 (59.4)	39 (30.5)	13 (10.2)
Medisiner vil hjelpe	55 (43.0)	50 (39.0)	23 (18.0)
Hjelpen må være noe mer enn å snakke eller ta medisiner	38 (29.7)	52 (40.6)	38 (29.7)
Bestemme hva behandler kan si til foreldre	30 (23.4)	41 (32.0)	57 (44.5)
Greit om andre vet at jeg får behandling	53 (41.4)	49 (38.3)	26 (20.3)
Viktig at behandler er av samme kjønn	62 (48.4)	55 (43.0)	11 (8.6)
Behandler må være ung	50 (39.0)	60 (46.9)	18 (14.0)
Forventer kontakt innen 48 timer	30 (23.4)	59 (46.1)	39 (30.5)
Forventer øyeblikkelig hjelp hvis akutt problem	23 (18.0)	43 (33.6)	62 (48.4)
Søker bare hjelp hvis ikke trenger bytte behandler	27 (21.1)	78 (60.9)	23 (18.0)
Forventer å kunne bytte behandler hvis ønsker	18 (14.1)	40 (31.3)	70 (54.5)
Greit å få hjelpen bare for en periode	26 (20.3)	67 (52.3)	35 (27.3)
Viktig å ikke få fravær fra skolen	26 (20.3)	32 (25.0)	70 (54.7)
Families mening om psykiske problemer påvirker meg	39 (30.5)	53 (41.4)	36 (28.1)
Venners meninger om psykiske problemer påvirker meg	37 (28.9)	51 (39.8)	40 (31.3)

Meldeskjema 842923

Sist oppdatert

22.01.2020

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator

Type opplysninger

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?

- Helseopplysninger

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Ungdom og unge voksnes psykiske helse og bruk av helsetjenesten

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Det er nødvendig med kunnskap om ungdoms og unge voksnes psykiske vansker, knyttet til deres bruk eller manglende bruk av og erfaringer med og perspektiver på helsetjenesten for psykiske vansker, for å kunne bidra med å utvikle kunnskap som kan benyttes for å styrke helsetjenesten for dem. Tidligere undersøkelser har vist at det kan være store forskjeller mellom ulike undergrupper når det gjelder deres bruk av tjenestene, avhengig av deres kjønn, bostatus og bakgrunn.

Prosjektbeskrivelse

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Petter Viksveen, petter.viksveen@uis.no, tlf: 51832737

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)? Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Elever i ungdomsskoler

Rekruttering eller trekking av utvalget

Elever i ungdomsskoler i Rogaland og Agder rekrutteres. Det avklares først med ledelsen i de enkelte ungdomsskolene hvorvidt de ønsker at elevene deres kan informeres om undersøkelsen. Deretter overleverer skolen informasjon om undersøkelsen til elevene og deres foresatte.

Alder

12 - 15

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Elektronisk spørreskjema

Vedlegg

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Hvem samtykker for barn under 16 år?

Foreldre/foresatte

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjons skriv

Utvalg 2

Beskriv utvalget

Elever i videregående skole

Rekruttering eller trekking av utvalget

Elever i videregående skole, på folkehøgskole, høyskoler og universitet rekrutteres. Det avklares først med ledelsen i de enkelte skolene hvorvidt de ønsker at elevene deres kan informeres om undersøkelsen. Deretter overleverer skolen informasjon om undersøkelsen til elevene. I tillegg kan ungdom og unge voksne i alderen 16 til 25 år informeres om og inviteres til å delta i undersøkelsen via interesseorganisasjoner som Mental Helse Ungdom og Unghjelp.

Alder

16 - 25

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 2

- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 2?

Elektronisk spørreskjema

Vedlegg

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Hvem samtykker for ungdom 16 og 17 år?

Ungdom

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 2

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjons skriv

Utvalg 3

Beskriv utvalget

Elever på læringscentre for fremmedspråklige

Rekruttering eller trekking av utvalget

Elever på læringsentre rekrutteres. Det avklares først med ledelsen i de enkelte skolene hvorvidt de ønsker at elevene deres kan informeres om undersøkelsen. Deretter overleverer skolen informasjon om undersøkelsen til elevene. I tillegg kan ungdom og unge voksne i alderen 16 til 25 år informeres om og inviteres til å delta i undersøkelsen via organisasjoner som representerer flyktninger, asylsøkere og minoritetsgrupper.

Alder

16 - 25

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 3

- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 3?

Elektronisk spørreskjema

Vedlegg

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Hvem samtykker for ungdom 16 og 17 år?

Ungdom

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 3

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjons skriv

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykket kan trekkes tilbake under utfyllingen av spørreskjemaet og før deltakeren har levert, ved å avbryte undersøkelsen.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Forskerne har ikke tilgang til noen personidentifiserbare opplysninger.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1000-4999

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Databehandler

Hvilken databehandler har tilgang til opplysningene?

RAMBØLL

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres
- opplysningene krypteres under lagring

Varighet

Prosjektperiode

15.09.2019 - 30.06.2021

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, data vil bli oppbevart uten personopplysninger (anonymisering)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

- Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Vi ønsker å rekruttere deltakere fra folkehøgskoler i andre fylker, da det er for få folkehøgskoler bare i Rogaland og Agder. Vi ønsker derfor også å rekruttere deltakere fra folkehøgskoler i Møre og Romsdal, og Sogn og Fjordane. 6. januar 2020: For å styrke rekrutteringen til studien kan i tillegg ungdom og unge voksne i alderen 16 til 25 år informeres om og inviteres til å delta i undersøkelsen via interesseorganisasjoner som Mental Helse Ungdom og Unghjelp, og organisasjoner som representerer flyktninger, asylsøkere og minoritetsgrupper. De samme betingelser for informasjon og informert samtykke gjelder, uavhengig av hvordan deltakerne rekrutteres. 22.januar 2020: For å få en bredere representasjon av dem som er ferdig med videregående skole, vil vi også rekruttere deltakere fra høgskoler og universitet.

Andre vedlegg

[Rambøll - Vedlegg 1 - Veiledning for brukeradministratorer i SurveyXact.pdf](#)

[Rambøll - Vedlegg 2 - IT-sikkerhet.pdf](#)

[Rambøll - Vedlegg 3 - Sikkerhets- og funksjonsbeskrivelse.pdf](#)

[Rambøll - Vedlegg 4 - Tjenestnivåavtale SLA.pdf](#)

[Rambøll - Vedlegg 5 - Rambøll Survey ISAE 3000 type 2 erklæring fra PwC.pdf](#)

[Rambøll - Vedlegg 6 - Ramboll Results and SurveyXact - Data Processing Security.pdf](#)

[Rambøll - Vedlegg 7 - Ytterligere Opsjoner.pdf](#)

Vedlegg 6: NSD vurdering

NSD sin vurdering

Prosjekttittel Ungdom og unge voksnes psykiske helse og bruk av helsetjenesten

Referansenummer 842923

Registrert 06.09.2019 av Petter Viksveen - petter.viksveen@uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Petter Viksveen, petter.viksveen@uis.no, tlf: 51832737

Type prosjekt Forskerprosjekt

Prosjektperiode 15.09.2019 - 30.06.2021

Status 30.01.2020 - Vurdert

Vurdering (3)

30.01.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 22.01.2020. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.01.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

08.01.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 06.01.2020. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 08.01.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

07.10.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 07.10.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige personopplysninger frem til 30.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Rambøll er

databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)