

**Hvilke faktorer påvirker opplevelse av samvalg  
blant unge med psykiske problemer?**

**Which factors influence the perception of  
shared decision-making among young people  
with mental health problems?**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i helsevitenskap**

**Masteroppgave**

**Student Katrine Andersen**

**Veileder Petter Viksveen**

**01.06.2023**

## Forord

Nå som masterstudiet og arbeidet med masteroppgaven går mot en slutt ser jeg tilbake på en svært lærerik og spennende tid. Jeg har gjennom arbeidet med masteroppgaven fått fordype meg i et veldig interessant tema, nemlig ungdom og samvalg. Jeg vil benytte anledningen til å sende en stor takk til min dyktige veileder Petter Viksveen for god hjelp gjennom perioden jeg har jobbet med oppgaven. Jeg har lært masse, og er svært takknemlig for alt du har delt av kunnskap, innspill og tålmodighet.

Jeg vil også takke mine barn Sofie, Eric og Phillip. Dere fyller min hverdag med glede, har støttet meg og gitt meg tid til å skrive. Dere er verdens beste.

Til slutt vil jeg takke ungdommene som deltok i undersøkelsen. Mange, inkludert meg selv har fått ny kunnskap fordi dere delte fra livene deres. Tusen takk!

## Sammendrag

Det er lite kunnskap om brukermedvirkning og samvalg knyttet til ungdoms bruk av psykiske helsetjenester. Formålet med denne studien var å bidra til økt innsikt i ungdoms erfaringer med samvalg og hjelp fra helsetjenesten når de opplevde psykiske problemer. Studien ble gjennomført ved bruk av en tverrsnittstudie. Resultatene viste at de fleste ungdommene ønsket å få være involvert i egen behandling, for eksempel ved å få bestemme hva behandler kunne si til foresatte. Ungdommene opplevde å bli inkludert i avgjørelser som ble tatt, og var fornøyd med hva de fikk bestemme. De viktigste prediktorene for samvalg var om ungdommene opplevde å få hjelp fra helsetjenesten, og om de fikk starte behandling når de trengte det. Involvering gjennom samvalg er i tråd med nivået "partnerskap" som tilsvarer "borger kontroll" i Arnsteins "stige for medvirkning". Ungdommene får makt til å delta i avgjørelser som gjelder eget liv gjennom aktiv medvirkning og samvalg. Mange av ungdommene visste ikke hvor de kunne få hjelp når de opplevde psykiske problemer. Selv om over halvparten rapporterte å få hjelp var det også en betydelig andel som ikke opplevde utbytte av tjenestene de mottok. Pårørendes og venners meninger om psykiske problemer og behandling var av stor betydning for ungdommene. Resultatene av studien kan brukes som et bidrag for å forbedre tjenestene slik at de bedre møter ungdommenes behov.

Nøkkelord: unge, ungdom, psykiske problemer, samvalg, psykiske lidelser, brukermedvirkning

# Innhold

Sammendrag .....	2
1.0 Bakgrunn om temaet og oppgavens innhold .....	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Oppgavens oppbygning og avgrensning.....	5
1.3 Begrepsavklaring og viktige begrep i oppgaven .....	6
1.4 Psykiske lidelser hos unge .....	8
1.4.1 Psykiske plager hos unge.....	9
1.4.2 Ikke alle får hjelp når de trenger det .....	10
1.4.3 Ungdata .....	11
1.4.4. Konsekvenser av psykiske problemer .....	13
1.5 Ungdom i dag .....	13
1.6 Hvilke helsetjenester finnes? .....	15
1.7 Oversikt over tidligere forskning på samvalg og ungdom .....	17
1.8 Forfatterens bakgrunn.....	19
1.9 Studiens hensikt og forskningsspørsmål .....	19
2.0 Teori .....	20
2.1 Ungdom og Arnsteins stige .....	20
2.2 Brukermedvirkning og samvalg .....	24
2.2.1 Brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og tjenestenivå .....	24
2.2.2 Samvalg.....	25
2.2.3 Seks steg til samvalg med ungdom .....	26
2.3 Antonovskys “opplevelse av sammenheng” .....	27
3.0 Metode.....	28
3.1 Kort om forskningsdesign og -metode .....	29
3.2 Forskningsdesign .....	29
3.3 Utvalg og rekruttering .....	29
3.4 Måleredskap og spørreskjema .....	30
3.5 Datainnsamling.....	30
3.6 Dataanalyse .....	31
3.7 Brukermedvirkning i forskningen .....	34
3.8 Etikk og personvern .....	35
4.0 Resultater fra studien.....	35
4.1 Selvrapporterte psykiske problemer .....	35
Tabell 1. Selvrapporterte vansker blant ungdom og unge voksne.....	36
4.2 Forventninger og ønsker knyttet til hjelp av helsetjenesten .....	37

Tabell 2. Forventninger og ønsker knyttet til hjelp for psykiske plager .....	37
4.3 Hvem ungdom og unge voksne søkte hjelp hos.....	38
Tabell 3. Hvem ungdom og unge voksne har søkt hjelp hos for psykiske plager (n=399) .....	38
4.4 Informasjon om tjenesten, behandlingsstart, samvalg og opplevd hjelp av helsetjenesten.....	39
Tabell 4. Informasjon om helsetjenesten, behandlingsstart og samvalg (n=399) .....	39
Tabell 5. Hvor mye ungdom og unge voksne opplevde å få hjelp for psykiske plager fra helsetjenesten .....	40
4.5 Sammenheng mellom opplevd involvering i egen behandling og tilfredshet med involveringen .....	40
4.6 Modell for samvalg.....	41
Tabell 6. Oppsummering korrelasjon mellom utfallsvariabelen og de syv prediktorvariablene .	42
Tabell 7. Korrelasjon mellom utfallsvariabelen og de syv prediktorvariablene .....	42
4.7 Oppsummering av resultater .....	42
5.0 Diskusjon .....	43
5.1 Hjelp fra helsetjenesten .....	44
5.2 Involvering gjennom samvalg.....	46
5.3 Betydningen av nettverk .....	49
5.4 Informasjon om hjelpetjenester.....	50
5.5 Psykiske problemer hos ungdom .....	52
5.6 Hjelp når de trenger det .....	55
5.7 Styrker og svakheter ved studien .....	56
5.8 Samvalg sett opp mot teori .....	59
6.0 Konklusjon.....	60
6.1 Implikasjoner for videre arbeid med ungdom.....	61
6.2 Implikasjoner for videre forskning .....	63
Referanseliste.....	64
Vedlegg 1 Spørreskjemaet brukt i undersøkelsen.....	70
Vedlegg 2 Histogram variabel 12b9 .....	76
Vedlegg 3 Normal P-plot of Regression Standardizes Residual variabel 12b9.....	77
Vedlegg 4 Scatterplot variabel 12b9 .....	77
Vedlegg 5. Korrelasjon mellom utfallsvariabelen og de syv prediktorvariablene.....	78
Vedlegg 6. NSD sin vurdering .....	78
Vedlegg 7. Informasjonsskriv om undersøkelsen.....	80

## 1.0 Bakgrunn om temaet og oppgavens innhold

### 1.1 Innledning

Rundt åtte prosent av barn og unge i Norge i alderen 4-14 år er diagnostisert med en psykisk lidelse (Bang, 2022). En større prosentandel finner vi for selv-rapporterte psykiske plager. Blant gutter i 2020 rapporterte 9% på ungdomsskoletrinnet og 12% på videregående skole en høy grad av psykiske plager, mens dette gjaldt 25% av jentene på ungdomsskolen og 29% på videregående skole (Bakken, 2020). Ungdom har rett til å bli involvert i sin egen behandling. Dette refereres til som brukermedvirkning på individnivå (Helsedirektoratet, 2022). Ungdom skal også involveres gjennom samvalg, som innebærer involvering i beslutningsprosesser knyttet til behandlingen deres (Bjønness, 2022). Ved samvalg deltar minst to parter som deler informasjon, videre deltar partene i prosessen med å komme frem til en felles enighet om behandling. En forutsetning for denne prosessen er at helsepersonell formidler kunnskapsbasert informasjon, blant annet om hvilke mulige behandlingstilbud som finnes, samt fordeler og ulemper ved disse (Helsenorge, 2022).

Psykiske lidelser, psykiske problemer, brukermedvirkning og samvalg vil bli grundigere gjennomgått i de følgende kapitlene.

### 1.2 Oppgavens oppbygning og avgrensning

Denne oppgaven har bakgrunn i en undersøkelse gjort som en del av InvolveMENT-prosjektet ved SHARE – Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten på Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger. Prosjektet har søkelys på ungdom og unge voksne (alder 12-25 år) psykisk helse, med et mål om å bidra til å styrke relevans av helsetjenesten, og for å bidra til å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Brukermedvirkning er et sentralt fokus for og del av strategi for gjennomføringen av prosjektet. Det er spesielt søkelys på unges erfaringer med helsetjenesten når de har opplevd psykiske problemer. Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i en tverrsnittstudie som ble utført våren 2020, like før utbruddet av korona-pandemien. Jeg har valgt å ha søkelys på de deltakerne i

undersøkelsen som har oppsøkt og mottatt behandling/hjelp fra helsetjenesten for sine psykiske plager. Av 1500 deltakere, var det 399 ungdommer og unge voksne som hadde mottatt hjelp fra helsetjenesten. Det er disse 399 deltakerne som utgjør utvalget for denne masteroppgaven. Fokus for oppgaven er samvalg knyttet til behandling innenfor helsetjenesten for psykiske problemer blant unge, i hvilken grad unge ønsker å bli involvert i sin behandling, hvilke faktorer som påvirker de unges opplevelse av å bli involvert i behandlingen sin, og i hvilken grad de unge opplevde å få hjelp av helsetjenesten for psykiske plager. Kvantitative metoder er brukt i undersøkelsen.

### 1.3 Begrepsavklaring og viktige begrep i oppgaven

Viktige begrep i denne oppgaven er brukermedvirkning, samvalg, unge, ungdom, psykiske plager, psykiske problemer, psykiske lidelser og Empowerment.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som betyr at alle har rett til å medvirke, og til å ha innflytelse når de mottar behandling fra helsetjenesten. Helsetjenesten har på sin side en plikt til å involvere pasient eller bruker. Tilpasset informasjon er en forutsetning for at brukermedvirkning skal være trygt og effektivt (Helsedirektoratet, 2022).

Samvalg er en prosess der behandler, og ungdom jobber sammen for å finne den bestebehandlingen og tiltak. Dette innebærer at ungdommen er informert og tilstrekkelig opplyst til å kunne være med på å ta beslutninger som både er basert på kunnskapsbasert informasjon og som er i tråd med ungdommens egne ønsker og valg. Det er helsepersonells oppgave å formidle forskningsbasert kunnskap om hvilke behandlingsmuligheter som finnes. Ungdommen kan uttrykke tanker og ønsker rundt dette (Bjønness, 2022).

Norge er man juridisk sett voksen når man er 18 år, med strafferettslig ansvarlig fra 16 års alder (Tønneson & Svartdal, 2021). I Norge er helserettslig myndighetsalder 16 år. Det innebærer at ungdom da er samtykkekompetente, altså at de selv kan bestemme over egen helse. Det er med andre ord ikke enighet om at ungdom er avgrenset av bestemte alderstrinn, men livsfasen mellom barn og voksen. Det er heller ikke mulig å trekke en klar grense mellom ungdom og voksen dersom vi vurderer dem for å være voksne avhengig av om de er "modne". Ungdomstiden er en periode av livet individet gjennomgår store psykiske

og fysiske endringer. De utvikler personligheten, moralske verdier og identitet (Tønneson & Svartdal, 2021). I oppgaven vil deltagerne i studien omtales som ungdom eller unge.

Denne studien vil ha søkelys på ungdom og unge voksne som har opplevd egenrapporterte psykiske plager og mottatt hjelp for dette. Jeg vil benytte begrepene deltakere, unge, ungdom og unge voksne gjennom oppgaven. Unge og ungdom skal gjennom oppgaven forstås som både ungdom og unge voksne. Gjennomsnittsalder i utvalget denne oppgaven er basert på var 17.6 år.

Begrepene psykiske plager og psykiske problemer vil i oppgaven brukes om hverandre. De psykiske problemene i undersøkelsen studien er bygget på er rapportert fra ungdommene selv. Eksempler på psykiske problemer kan være søvnmangel, angstelse, tristhet, bekymring eller stress. Dette må ikke forveksles med psykiske lidelser, som innebærer at problemene er av en slik grad og art at de vil bli diagnose som en psykisk lidelse av en kliniker dersom en slik vurdering gjøres. Psykiske lidelser kan være mer langvarige og alvorlige. Eksempler på mer psykiske lidelser er depresjon, anoreksi og psykose. Dette skiller seg fra selvrapporterte psykiske plager som kan beskrives som nedstemthet, tristhet, spisevansker og forvirring. Det er da ungdommen selv beskriver en eller flere psykiske plager, uten at dette er diagnostisert som en psykisk lidelse (Bang, 2022). Begrepene psykiske problemer og psykiske lidelser vil bli gjennomgått grundigere i kapittel 1.4.

Empowerment er et begrep som stammer fra et humanetisk syn om at mennesker har evnen til å utvikle ferdigheter og evner for å sikre overlevelse og et så godt liv som mulig. For å kunne oppnå dette er det en forutsetning at personen opplever kontroll over vilkårene som bidrar til at de kan utvikle seg. Begrepet Empowerment kan derfor ses på som en prosess hvor enkeltpersoner, samfunn eller grupper fremskaffer ressurser for å kunne håndtere utfordringer. Det motsatte er maktesløshet. Gjennom Empowerment oppnår mennesker kontroll og evner til å gjøre endringer og skape vekst i eget liv (Sørensen, et. Al., 2002).

Empowerment har flere dimensjoner. Det utspiller seg i relasjoner mellom mennesker hvor det til enhver tid finnes en maktkomponent. Relasjoner mellom behandler og pasient vil innebære et maktforhold, hvor pasient er avhengig av profesjonell hjelp. Maktbalansen kan delvis jevnes ut ved å gi pasient/bruker makt til å ta avgjørelser i eget liv (Bjønness, 2022).



## 1.4 Psykiske lidelser hos unge

Psykiske lidelser er et begrep som brukes for en rekke tilstander hvor følelser, adferd og eller sosialt funksjonsnivå er forstyrret på et eller flere områder. Man klassifiserer disse gjennom internasjonale, diagnostiske kriterier som jevnlig revurderes og revideres ut fra tilgjengelig kunnskap og forskning. Diagnostisering gjøres av leger og psykologer eller gjennom kliniske intervjuer (Tesli, 2021). Omtrent halvparten av befolkningen i Norge vil oppleve en eller annen form for psykisk plage eller lidelse i løpet av livet (Norsk psykologisk forening, 2023). Omtrent 8% av unge har til enhver tid psykiske lidelser. Flere jenter sliter med psykiske plager enn gutter på samme alder, men tilleggsutfordringene er ofte de samme uansett hvilket kjønn man har (Eriksen et al., 2017).

Noen av lidelsene av alvorlig art er blant annet psykoselidelser, bipolar lidelse, depresjon og suicidalitet. Det er i hovedsak intensiteten og varigheten av plagene som avgjør hvor alvorlig syk man er. Det er slik at mange har flere lidelser, og det å ha en psykisk lidelse disponerer for å få flere, da symptomene ofte opptrer overlappende. Unge med alvorlige psykiske lidelser har ofte store psykososiale risikofaktorer og ofte en historie som innebærer traume. Diagnostisering utføres av klinikere som psykologer og psykiatere, og ved hjelp av kliniske intervjuer (Bang, 2022). Når unge har en psykisk lidelse ser man ofte tap av en eller flere funksjoner, for eksempel i forhold til skole, og i relasjon til familie og venner. Lidelsene begrenser oftest den unges livsutfoldelse, som kan føre til behov for oppfølging og hjelp fra helsetjenesten i kortere eller lengre perioder. De nasjonale Ungdata-undersøkelsene viser at et høyt nivå av psykiske plager er vanlig både blant jenter og gutter, og at flere unge i alder 16-19 år sammenlignet med yngre opplever slike plager. Graden av funksjonsnedsettelse varierer fra person til person. Enkelte kan fungere godt til tross for uttalte symptomer, mens andre endrer adferd og viser symptomer på psykiske lidelser, fravær fra skole eller kriminalitet/vold. (Bakken, 2020).

Psykopatologi hos barn og unge utarter på andre måter enn hos voksne fordi barn og unge er i stadig utvikling. Noen funksjoner er i kontinuerlig utvikling frem til 20 årsalderen, som oppmerksomhets- og affektregulering. Til tross for dette er diagnosekriteriene for eksempelvis bipolare lidelser utformet på bakgrunn av studier utført på voksne og passer derfor dårligere for barn og unge (Bjelland & Dahl, 2008). Når man skal diagnostisere barn og unge vil det være et krav om flere informanter, vanligvis barnet selv, deres foreldre og

lærere. Det er ikke uvanlig at det er lite samsvar i informasjonen som kommer fra de ulike kildene. Spør man mor, vil man gjerne være rett over diagnoseterskel, mens det lærere oppgir indikerer at barnet befinner seg under terskelen for diagnose. ICD-10 og DSM –IV er kategoriseringssystemer som oppgir kriterier for ulike diagnoser. Disse gir imidlertid ingen retningslinjer for hvordan mangel på samsvar mellom ulike informanter skal håndteres (Bjelland & Dahl, 2008). Tall fra 2019 viser at 14% av verdens ungdom hadde en eller flere psykiske lidelser, det vil si en av åtte ungdommer (WHO 2022). Verdens helseorganisasjon registrerte i løpet av det første året av pandemien en økning på 25% i tilfeller av depresjon og angst. Sosiale forskjeller, globale trusler, klimakrise og krig ses på som de største truslene for menneskehetens mentale helse (WHO, 2022). WHO rapporterer at personer med psykiske lidelser gjennomsnittlig dør 10 til 20 år tidligere enn den øvrige befolkningen. De fleste av disse dør av hjerte-kar sykdommer, infeksjoner og luftveissykdommer. WHO viser videre til bivirkninger av medisiner, samt økt risikofylt adferd som rusmisbruk, usunt kosthold og inaktivitet, som øker sannsynligheten for utvikling av alvorlig sykdom. Selvmord utgjør mer enn ett av 100 dødsfall, 58% før fylte 50 år. Man antar at det er 20 selvmordsforsøk for hvert dødsfall (WHO,2022).

#### 1.4.1 Psykiske plager hos unge

Man skiller mellom psykiske lidelser og psykiske plager. Psykiske plager må ses på som mentale vansker som er plagsomme, men ikke påvirker en i så stor grad at det danner grunnlag for å stille en diagnose. Det er en normal del av livet å oppleve eksempelvis sorg, søvnvansker og nedstemthet. Plagene kan være belastende, men det betyr ikke nødvendigvis at man har en diagnostisert psykisk lidelse. Vi kan si at det er en glidende overgang mellom psykiske plager og det som må anses som «normale» svingninger i en persons adferd og følelsesliv (Bang, 2022). Mange unge opplever å ha psykiske plager i kortere eller lengre perioder, uten at de nødvendigvis trenger hjelp. Plagene kan kartlegges ved hjelp av måleinstrumenter som for eksempel et spørreskjema. Det finnes ingen allment akseptert definisjon av hva som kalles et høyt nivå av psykiske plager, men grenseverdier brukes gjerne for ulike typer problemstillinger. Ett eksempel er en skåre (grenseverdi) på 10 poeng for selvrapporterte symptomer på moderat grad av depresjon, målt ved bruk av redskapet Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke m.fl. 2001).

Psykiske plager vil i de fleste tilfelle bli bedre med tiden og må ses på som en del av det å være menneske (Norsk forening for kognitiv terapi, 2023). Unge, særlig jenter, oppgir skole som årsak til stress og psykisk uhelse i langt større grad enn andre faktorer (Bakken, 2018). Det finnes unge som ses på som mer utsatte eller sårbare på grunn av utfordringer relatert til fysisk eller psykisk helse. Noen har lærevansker eller problemer i forhold til språk og forståelse. Noen unge blir også født inn i en vanskelig livssituasjon på grunn av fattigdom, vold, rus eller helseproblemer. Man deler dette gjerne inn i tre kategorier (Helsedirektoratet, 2021):

- A) Kortvarige problemer av mild art:** Barn og unge som har nedsatt funksjon grunnet psykiske vansker og/eller rusproblemer. Eksempelvis vansker på viktige områder som skolen eller i hjemmet med å følge opp skolegang eller å fungere i familiesammensetningen.
- B) Kortvarige alvorlige problemer/lidelser:** Barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse eller rusproblemer.
- C) Alvorlige og langvarige problemer/lidelser:** Barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse eller rusproblemer, samt betydelig nedsatt funksjon i dagliglivet på skole, i familielivet og sosialt. Problemer som varer over tid.

#### 1.4.2 Ikke alle får hjelp når de trenger det

Det er ikke alle unge som får et tilstrekkelig tilbud om helsehjelp når de opplever psykiske plager. Dette kan det være flere grunner til, som at det ikke finnes tilstrekkelig med tjenester, for lite ressurser, at ungdom ikke nås, at de unge ikke kjenner til hvilke tjenester som finnes, eller at tjenestene ikke er tilstrekkelig tilpasset for å møte ungdommenes behov (Barneombudet, 2022). Behovet for videre forskning på området er viktig ettersom svært mange barn og unge er plaget av psykiske problemer og dette inkluderer også forskning som setter søkelys på udiagnostiserte psykiske lidelser. En britisk studie viste at 12% av ungdom i alderen 13-15 år tilfredsstilte kravene for en psykisk lidelse. Det betyr at enten har norsk ungdom det bedre, eller at det er mange i Norge som har en udiagnostisert psykisk lidelse. Behandlingstilbudet for psykiske plager er utilstrekkelig (Suren, 2018). Tilbudet i ulike kommuner er ikke likt, noe som kan føre til at enkelte ikke får tilbudet de har behov for.

Riksrevisjonen har avdekket at systemet med henvisning fra fastlege til poliklinikker i barn- og ungdomspsykiatrien (BUP) fører til lang ventetid for unge med akutte psykiske lidelser. Dette fører til en lenger ventetid i akutfase (Riksrevisjonen, 2020-2021). Det er også slik at behandlere i BUP ofte ikke har kapasitet til å gi behandling andre steder til tross for en målsetning om ambulerende tjeneste ved behov. Pasienter som bor i områder hvor ventetidskrav ikke innfris risikerer å ikke få nødvendig helsehjelp når de trenger den. Mellom 2008 og 2011 var det ca. 5% av jenter i alder 15-17 som mottok hjelp fra spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser. (Bang, 2022). Det spekuleres i om økt bruk av internett kan være en årsak til eller et symptom på at unge sliter psykisk (Suren, 2018). En australsk studie fulgte en gruppe tenåringer fra 13 til 16 år og viste det motsatte, nemlig at høy bruk av internett og sosiale medier predikerte senere psykiske plager (Chiarrochi et. Al., 2016). Man fant på den andre siden en koreansk studie som viste det motsatte, nemlig at det var psykiske plager som økte bruken av internett (Sun-Mi et. Al., 2013).

### 1.4.3 Ungdata

Selv om mange er diagnostisert med en psykisk lidelse, vil ikke data fra spesialisthelsetjenesten fange opp alle tilfellene. Gjennom populasjonsundersøkelser eller tverrsnittstudier vil man kunne anslå forekomst, særlig gjennom kartlegging av representative utvalg og dersom kliniske intervjuer benyttes. Slik kan vi få oversikt over en større del av befolkningen, og ikke bare de som oppsøker og mottar hjelp fra helsetjenesten (Suren, 2018). Tilsvarende populasjons- eller tverrsnittstudier som vurderer psykiske plager, kan gi en beskrivelse av unges opplevelse av sin psykiske helse, uten at de nødvendigvis har en diagnostisert lidelse. Et eksempel på dette er Ungdata-undersøkelsene som årlig gir et bilde på unges selvrapporterte psykiske helse i Norge. Dette er et viktig redskap for å få et bilde av hvordan de unge opplever eget liv, skolegang og eventuelle utfordringer knyttet til dette (Ungdata, 2023). Ungdata undersøkelsene ble første gang gjennomført i 2010 for å innhente data og kartlegge forekomsten av selvrapporterte psykiske plager blant norske ungdommer. Ungdata-undersøkelsene inkluderer mange tema som berører ungdom. Deltakerne får blant annet spørsmål om familie, skole, fritidsaktiviteter, helse, skolegang, venner og trivsel. På ungdom og videregående trinn spørres det også om seksualitet, rus,

vold og risikoadferd (Ungdata.no, 2023). Spørsmålene er ment å dekke helheten i livet til deltakerne. Siden ungdata undersøkelsene startet i 2010 har 915 tusen ungdommer fra de fleste norske kommuner deltatt i undersøkelsene. Det er velferdsinstituttet NOVA som er ansvarlig for gjennomføring av undersøkelsen sammen med KORUS som er kompetansesenter innen rus. Resultatene fra undersøkelsene brukes for å få kunnskap som er nødvendig for arbeid rettet mot unges helse både fysisk og psykisk. Resultatene fra undersøkelsene benyttes også innen forskning og i undervisning. Gjennom undersøkelsene få man mulighet til å se variasjoner og trender og analysere forskjeller i regioner innen samme gruppe (Ungdata.no, 2023).

Undersøkelsene blir gjennomført av ungdommene i skoletiden, skolene har ansvar for at undersøkelsene blir gjennomført. Deltakerne svarer da på et elektronisk spørreskjema etter de har logget seg inn med engangskode. Deltakerne blir i forkant informert om hvorfor undersøkelsen skal gjennomføres, at deltakelsen er frivillig og informasjon om personvern (Ungdata, 2023).

Etter ungdata undersøkelsene startet i 2010 har det vært en økning i psykiske plager, nesten hvert år (Bakken, 2018). Tidligere innhentet data fra andre studier utført på 90-tallet og etter 2000 viser også en økning over tid. De siste 10-15 årene har det hovedsakelig vært en økning i selvrapporterte psykiske plager blant jenter, men siden 2015 har det også vært en økt andel gutter som rapporterer om psykiske plager. Årsaken til denne økningen er uklar. Mulige forklaringer kan være økt press på skolen, økt kroppspress og press gjennom sosiale medier (Bang, 2023). Ungdom knytter mye av symptomene på psykiske plager til stress. Særlig mange jenter rapporterer skolerelatert stress. Mange opplever også press knyttet til eget utseende. Skolepresset blir som oftest fortolket negativt, mens press knyttet til utseendet som innebærer mer trening og sunnere kosthold er noe de unge er mer ambivalente til (Bakken, 2018).

#### 1.4.4. Konsekvenser av psykiske problemer

Innvirkningen psykiske plager kan ha på den enkelte ungdom er store. Eksempler på deler av livet som mulig påvirkes er nedsatt livskvalitet, redusert sosial omgang, dårligere skoleprestasjoner, frafall fra skole, og utvikling av kroniske sykdommer (Bakken, 2018).

Å leve med psykiske problemer får også ofte konsekvenser for andre enn de unge som sliter med de psykiske problemene, først og fremst de nærmeste som familie og venner, men også skolene og samfunnet ellers. Dessuten er det samfunnsøkonomiske konsekvenser forårsaket av psykiske plager hos ungdom og unge voksne. Først og fremst koster det samfunnet å tilby tjenester og ha ressurser til å hjelpe mennesker som sliter. Kostnader kan også knyttes til det å bli ute av stand til å arbeide, midlertidig eller permanent (Øhlkers et al., 2020). Her i Norge er både utdanning og arbeidsmarkedet bedre for ungdommer som fullfører videregående opplæring. Ungdom som fullfører videregående skole, har mye flere muligheter både til å studere og skaffe seg arbeid (Bergsli, 2013). Ungdom med foreldre som har høy utdanning og inntekt har lavere risiko for å stå varig utenfor utdanning og arbeid sammenlignet med ungdom som vokser opp med foreldre som har lavere utdanning og inntekt. Blant unge mellom 20 og 24 år som ikke fullfører videregående opplæring ser man at en av fem står uten arbeid, mot en av 20 som fullfører videregående. Mentale helseutfordringer blant ungdom som kan ses i sammenheng med frafall i skolen er ADHD, internaliserte plager som depresjon, angst, sosiale fobier, spiseforstyrrelser, plager som aggresjon, samt atferdsproblemer, og utfordringer knyttet til rus og kriminalitet (Bergsli, 2013).

#### 1.5 Ungdom i dag

Dagens ungdom har i de senere årene fått kallenavnet «generasjon prestasjon» (Bakken, 2018). Det er ment til å beskrive en flink, aktiv og veltilpasset ungdomsgenerasjon som er opptatt av å prestere på flere områder. Det at ungdom vil gjøre det beste ut av sin situasjon er ikke noe nytt og i utgangspunktet ikke nødvendigvis noe negativt, men det er enda mer omfattende enn før. Det handler om en generasjon med mange muligheter hvor det ligger en forventning om å prestere og være god på skole, trening, utseende, popularitet, vennskap og fritidsaktiviteter med et mål om anerkjennelse for sine prestasjoner. Undersøkelser tyder på at jenter i Norge opplever mer skolerelatert stress en gutter, men gutter på sin side er

opplever mer utfordringer knyttet til sosialt press og konflikter med jevnaldrende (Bakken, 2018).

Forskning har vist viktige faktorer for om en ungdom oppsøker og tar imot hjelp når de opplever psykisk uhelse inkluderer opplevelsen av å bli respektert, blir involvert i egen behandling, samt kontinuitet i behandlingen. En sveitsisk studie viste at enighet om oppstart av behandling, avtaler mellom behandler og ungdom og behandleres tilgjengelighet på telefon var viktige faktorer for om unge fullførte og hadde utbytte av behandlingen (Bjønness & Storm, 2021). Forhold som påvirker om unge møter opp til avtaler med hjelpeapparatet inkluderer deres kunnskap om psykisk helse, opplevd stigma, forventninger til behandler og behandling og tilgjengelighet på tjenester. Tidligere forskning tyder på at kontinuitet, opplevelse av å bli respektert og medvirkning i egen behandling hadde betydning for ungdom sitt oppmøte til behandling. En norsk studie som undersøkte oppmøte blant unge voksne til rusbehandling, viser kunnskapshull innenfor temaene brukervedvirkning og brukernes erfaring med tjenester (Bjønness & Storm, 2021).

Ungdom bruker mindre tid på skolearbeid en før. Andelen som bruker minst en time på skolearbeid per dag har sunket drastisk. Man vet ikke om dette er et resultat av redusert motivasjon blant elevene eller om skolene forventer mindre av dem. Flere unge har et negativt forhold til skolen. Andelen som kjeder seg, har økt med 10%. Skulking i skoletiden har økt fra 20 til 30%. Til tross for disse faktorene, tror 90% av ungdommene at de vil fullføre videregående opplæring. To av tre ungdommer tror de vil studere videre ved et universitet. Slik sett kan man si at de fleste ungdommer har tro på at de vil bruke mange år på skolebenken til tross for at de ikke alle er like skolemotiverte. Til tross for noen dårlige resultater trives 86% av de unge på skolen og opplever skolen som et sted for trivsel og læring (Bakken, 2022).

Ungdom bruker mer narkotika en før. Blant gutter ved tredje trinn på videregående skole rapporterte hele 14% at de har prøvd andre narkotiske stoffer en cannabis. Alkoholbruken blant ungdom er stabil, men man ser at flere unge prøver eller bruker narkotika. Færre ungdommer deltar i organiserte aktiviteter både innen idrett, religion og kultur. Nedgangen de siste 3 årene er på syv til åtte prosent (Ungdata, 2020). Man finner stor variasjon i utbredelsen av psykiske plager blant ungdommene. De fleste er lite plaget. Mest utbredt er stressrelaterte plager, bekymringer eller følelsen av at alt er et slit. En del sliter med

søvnplager eller at de føler seg triste og nedstemte. Jenter opplever høyere forekomst av psykiske plager enn gutter, men plagene øker med alderen hos begge kjønn (Ungdata, 2020).

Det er variasjon i hvor mye press ungdommene opplever å ha i hverdagen. Noen opplever ikke press i det hele tatt, mens andre opplever høy grad av press. Presset om å meste skolearbeidet er sterkest. Halvparten av ungdommene rapporterer at de blir stressa av skolearbeidet. De fleste ungdommene mestrer allikevel stresset i hverdagen godt (Bakken, 20). Siden 2015 har det vært en trend hos ungdommene i retning mindre fremtidsoptimisme og stadig færre trives på skolen. Det er flere som kjeder seg og skulker. 15% av ungdommene er misfornøyd med skolen. Andelen som trives på skolen, har gått ned med 6% siden 2015. Flere gruer seg til å gå på skolen. De føler ikke at lærerne bryr seg om dem, eller viser omsorg for dem. Endringene gjelder både ungdomsskolen og videregående, og det er likt for begge kjønn (Ungdata, 2020). Kapasitet og støtte oppleves som svært viktig for involvering. Kapasitet kan beskrives gjennom ungdommenes evner til å involvere seg og dele egne erfaringer. Helsepersonellens kapasitet ble beskrevet gjennom evnen å informere og inneha nødvendig kunnskap. Man fant at praktisk eller sosial støtte kan styrke ungdommers engasjement (Viksveen et al., 2022). Det er en sammenheng mellom foreldrenes økonomiske situasjon og de unges psykiske helse. I familiene med dårligst råd finner man ungdommene som sliter mest (Bakken, 2022). Unge som sliter mest med psykisk helse oppgir ofte å ha dårligere relasjon til sine foreldre eller omsorgspersoner, de har færre venner, blir oftere mobbet og liker seg dårligere i nærmiljøet og på skolen enn de med god psykisk helse. Det er en stor sammenheng mellom mobbing og psykisk uhelse. Ungdom med psykiske problemer er oftere involvert i risikofylt adferd, kriminalitet og/eller rusbruk. Disse ungdommene har også generelt mer fravær fra skolen (Eriksen et al., 2017).

## 1.6 Hvilke helsetjenester finnes?

I Norge finnes det mange aktører som tilbyr helsehjelp til unge som opplever psykiske problemer. Man finner allikevel store variasjoner og tjenestene kan fremstå som fragmenterte (Osborg et al, 2018). Psykisk helsevern for barn og unge har ansvar for å utrede og behandle barn og unge opp til 18 år (Helsedirektoratet, 2015). Primærhelsetjenesten gir psykisk helsehjelp til unge på kommunalt eller interkommunalt nivå. Fastlegen og



helsesykepleiere er ofte de første som møter unge som sliter, og de har ansvar for å koordinere psykiske helsetilbud på dagtid. Fastlegen samarbeider ofte med andre instanser innen primærhelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten omfatter også Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Barne og ungdomspsykiatrisk avdeling og distriktspsykiatrisk senter (BUP/BUPA/DPS). FACT UNG er også et tilbud innen spesialisthelsetjenesten for unge med samtidige problemer med rus og psykiske vansker (Helsedirektoratet, 2021). Legevakten kommer inn under primærhelsetjenesten og har ansvar for å tilby akutt psykisk helsehjelp på kveldstid, i helger og på helligdager. Kommunene har ansvar for å yte nødvendig psykisk helsehjelp gjennom skolehelsetjeneste og helsestasjon. Der møter de unge ulike profesjoner som: helsesykepleier, psykolog, psykiatrisk sykepleier, sosionomer og andre med helsefaglig bakgrunn. Kommunen har ansvar for skoletjenesten på grunnskolenivå og fylket har ansvar for skoletjenesten for videregående skole (Helsedirektoratet, 2021). Ifølge SINTEF (Osborg et al, 2018) svarer 80% av kommunene i Norge at de tilrettelegger i stor grad for at barn og unge med psykiske vansker skal få hjelp. De resterende kommunene svarer at de i noen grad tilrettelegger for at unge skal få hjelp. 79 % av kommunene melder at det i stor grad er etablert rutiner/praksis for samarbeid mellom sektorene for barn og unge med psykiske utfordringer (problemer eller lidelser) mellom skolehelsetjenesten, skole, barnehage, helsestasjon og barnevern. Resterende kommuner svarer at det i noen grad er etablert slike rutiner (Osborg et al, 2018). Spesialisthelsetjenesten, (også kalt andrelinjetjenesten), tilbyr spesialiserte psykiske helsetjenester til unge på statlig nivå. Fagpersoner de unge kan møte er blant annet lege, sykepleier, psykiatrisk sykepleier, ernæringsfysiolog, miljøterapeut, psykolog, psykiater, og sosionom. For å komme i kontakt med spesialhelsetjenesten må man henvises fra fastlegen eller en lege som jobber i spesialhelsetjenesten. BUP (Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk/avdeling) er et tilbud som finnes i spesialisthelsetjenesten. De yter tjenester til barn og unge i alder 0 til 17 år og deres familier i form av utredning, behandling og oppfølging. Spesialisthelsetjenesten har som oppgave å sikre spesialisert tverrfaglig utredning til ungdom som har behov for dette. Utredningen består av: diagnostisering, kartlegging og behandling. 5 % av barn og unge i Norge mottar hjelp av BUP. Poliklinikkene står for 95% av behandlingen i BUP (Helsedirektoratet, 2021, Henriksen et.al, 2020).

## 1.7 Oversikt over tidligere forskning på samvalg og ungdom

Det finnes til nå lite forskning på samvalg når det gjelder ungdom med psykiske problemer. Det meste av forskningen på området er gjort av forskere ved Universitetet i Stavanger. En systematisk litteraturstudie med søkelys på brukermedvirkning knyttet til ungdoms bruk av psykiske helsetjenester identifiserte 31 studier på området (Viksveen et al., 2022). Resultatet av en tematisk syntese av 24 kvalitative studier beskrev brukermedvirkning på individnivå gjennom tre temaer: retten til å bli involvert, behandleres ensidige kontroll versus et forhold preget av medvirkning, samt hvilke forhold som er viktige for gunstig medbestemmelse. Begrenset forskningsbasert kunnskap satte søkelys på effekt av brukermedvirkning identifisert gjennom studier som benyttet kvantitative metoder. Resultatene tyder på at dersom team som jobber med ungdom som har alvorlige psykiske helseutfordringer inkluderer ungdommen, deres familie og sosiale nettverk i behandlingen, øker ungdommens deltagelse både på kort og lang sikt. Det var da dobbelt så sannsynlig at ungdommen opplevde planleggingsmøter som positive. Resultater fra en kohortstudie tydet på at dersom ungdom hadde høyere forventninger, men dårlig erfaring med samvalg, hadde de lavere grad av forståelse og evne til å håndtere psykiske plager tre måneder inn i behandlingen. Resultater fra en tverrsnittstudie viste at omtrent halvparten av ungdom som hadde vært innlagt på sykehus i forbindelse med psykisk sykdom mente de var i stand til å delta i beslutningsprosesser, en fjerdedel mente de kunne delta delvis og en fjerdedel ikke i det hele tatt. En tverrsnittsundersøkelse, rapporterte etter utprøving en skala for å teste an Youth Empowerment scale (YES-MH) ungdommers deltagelse i teambaserte tjenester og behandlingsplanlegging for psykiske helsetjenester. Resultatet viste at ungdom kan ha tilstrekkelig selvtillit og kapasitet til å være med på å gjøre valg i forhold til tjenesteleverandører, være med på påvirke tjenestetilbud, samt bidra i prosesser for å forbedre tjenestetilbudet (Viksveen et al., 2022). Selv om ungdommer ønsker å være en del av beslutningsprosesser, anerkjenner de unge i flere studier også at de er i en overgangsfase mellom barn og voksen. De har behov for støtte av andre som en del av prosessen, særlig gjennom å søke informasjon og veiledning fra helsepersonell og foresatte for å kunne ta beslutninger. Ungdommene har en rett til involvering og studier viser at ungdom i alle aldre ønsker å bli hørt og inkludert i beslutninger som omhandler deres liv, både når det gjelder helse, behandling og velvære. Deres autonomi bør respekteres. Selv om ønsket om grad av

involvering varierte, var det et grunnleggende ønske hos ungdommene om å opprettholde en viss kontroll gjennom involvering (Viksveen et al., 2022). Å gi ungdom mulighet til å påvirke utforming og gjennomføring av behandlingen bidro til å styrke behandlingens effekt og ikke minst at ungdommer som fikk delta i større grad gjennomførte behandling. Ungdoms involvering bidro også til å bedre å tilpasse behandlingsmiljøet for å møte deres behov, gjennom for eksempel å endre utformingen på møterom. Bruk av ungdomskonsulenter (en form for "likemenn") bidro som en støtte for ungdommer med psykiske utfordringer. De hjalp ungdom og foresatte med å sette ord på sine mål, ønskede aktiviteter og beslutninger og ønsker i form av planer og tiltak som skulle prøves ut. Hvis man skal involvere ungdom på systemnivå måtte fagpersoner være åpne for ungdommenes synspunkter og forståelse av psykisk helse (Viksveen et al., 2022).

Ingen av studiene som ble identifisert hadde søkelys på sikkerhet knyttet til brukermedvirkning. Basert på denne litteraturstudien, kan vi trekke slutningen at eksisterende dokumentasjon gir en tydelig indikasjon på at unge ønsker å delta aktivt i sin egen behandling. Mer forskning er imidlertid nødvendig for å i større grad å utforske opplevelser og effekt av brukermedvirkning, hva som er gode tilnærminger til brukermedvirkning, samt aspekter knyttet til pasientsikkerhet (Viksveen et al., 2022).

Rundt 40% av ungdom sier de sliter med psykisk helse. Så mye som syv til åtte prosent av ungdom blir diagnostisert med en psykisk lidelse i løpet av ungdomstiden. De fleste psykiske lidelser oppstår i ungdomstiden mens hjernen er i utvikling (Bjønness, 2022). Ungdom har behov for at helsetjenesten er tilpasset dem. Tradisjonelt sett har pasienten tidligere vært en mer passiv mottaker av behandling, men dette har i stor grad endret seg. Pasienter og helsepersonell må samarbeide for å finne fram til og sammen komme fram til valg i forhold til den beste behandlingen for den enkelte ungdommen. Dette kalles samvalg. Selv om det er lite forskning som har undersøkt effekt av samvalg, vil samvalg være en viktig faktor i behandlingstilbudet for unge i årene fremover, både av rettighetsmessige grunner og fordi de unge og deres behandlere ønsker det (Bjønness, 2022). Potensielt kan det bidra til å styrke selvfølelsen til ungdom, oppnå kunnskap og evne til å delta i beslutninger som vedrører egen helse og ikke minst styrke samarbeidet mellom de unge og behandlerne deres. Dette kan igjen ha innvirkning på tilfredshet med og bruk av behandlingen. Dette er jo også mål for dem som behandler ungdom med psykiske plager. Det kan være vanskelig å

måle effekten av brukermedvirkning, og det er behov for mer forskning knyttet til samvalg. Medbestemmelse appellerer til ungdom, noe som kan øke engasjementet deres i egen behandling, og dette kan ha potensiale til at flere fullfører behandlingen og oppnår bedre psykisk helse. Samtidig mangler forskning på ungdom med psykiske lidelser og samvalg. Det er derfor behovet for ytterligere forskning på unge og psykisk helse, og herunder spesielt brukermedvirkning og samvalg (Viksveen et al., 2022).

## 1.8 Forfatterens bakgrunn

Jeg har studert master i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger og masteroppgaven jeg skal skrive er avsluttende del av studiet. Selv jobber jeg i dag som sykepleier i kommunehelsetjenesten. Jeg har også jobbet med barn og unge på skole og bidratt i frivillig arbeid i ulike speiderforeninger. Jeg har 3 barn i alderen 19, 17 og 9 år, så jeg er derfor også personlig engasjert i det som omhandler unges psykiske helse.

## 1.9 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Formålet med denne studien er å bidra til økt innsikt og kunnskap om ungdoms erfaringer med brukermedvirkning, spesielt knyttet til samvalg, og hjelp fra helsetjenesten når de sliter med psykiske problemer. Studien kan bidra til å fylle kunnskapshull i forskningen som har søkelys på dette praksisfeltet.

Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke i hvilken grad ungdom rapporterte opplevelse av samvalg i egen behandling for psykiske problemer, i tillegg til å undersøke i hvilken grad hjelpen oppleves som nyttig. Følgende fire forskningsspørsmål dannet utgangspunktet for analysene:

- I hvilken grad opplever unge å bli involvert i behandlingen sin?
- Hvilke faktorer er assosiert med ungdoms opplevelse av å bli involvert i beslutninger knyttet til egen behandling (samvalg) når de har psykiske problemer?
- I hvilken grad opplever ungdom hjelp av behandling og tiltak for psykiske problemer?
- I hvilken grad er utfall av behandlingen knyttet til samvalg?

## 2.0 Teori

### 2.1 Ungdom og Arnsteins stige

Jeg ønsker i denne masteroppgaven å belyse ungdom og samvalg gjennom Arnsteins “stige for medvirkning” (A ladder of Citizen Participation). Stigen er en guide for å se hvem som har makt når viktige beslutninger skal tas. Den rangerer fra lav til høy grad av medvirkning og består av åtte trinn. De første to trinnene som er lavt nivå, innebærer ingen medvirkning. Disse består av nivå “manipulasjon” og “terapi”. Fokus her er å undervise deltakerne. De neste tre trinnene er “informere”, som er første steg mot medvirkning. Her er søkelys på hyppig informasjon. Neste steg er “konsultasjon” som også innebærer mer søkelys på informasjon og deltakelse i møter. Steget etter dette er “plassering” som innebærer økt deltakelse i møtevirksomhet, men fortsatt ikke full makt til å delta i avgjørelser. Disse tre nivåene har en delvis medvirkning. Når vi kommer opp på nivået “partnerskap” er det hvor virkelig medvirkning finner sted. Her er makten distribuert mellom borgere og maktpersoner. Neste trinn “delegere” er hvor borgerne har mest makt til å ta avgjørelser og kan tilpasse saker i deres favør. Siste nivå er “borgerkontroll” og her har borgerne full kontroll i alle saker både når det gjelder planlegging, utførelse og økonomi. Disse siste tre nivåene innebærer høy grad av borgerkontroll (Arnstein, 1969).

Grunnen til at jeg tenker at ungdom og samvalg kan ses opp mot dette er fordi denne modellen har som mål å sidestille borgere uavhengig av hvor mye makt de (opplever at de) har. Målet er å få tilgang til den reelle makten som er nødvendig for å påvirke utfallet av prosessen. Arnsteins “borger” engasjerer seg i komiteer, er deltagende på møter og svarer på undersøkelser. Slik engasjerer borgeren seg i en slags maktposisjon (høy eller lav) for å gjøre samfunnet kjent med deres verdier, behov eller ønsker (Arnstein, 1969, Botchwey et al., 2019). På samme måte ønsker man at ungdom gjennom samvalg skal ha reell makt til å påvirke eget liv, beslutninger, planlegging og gjennomføring av tiltak når de mottar helsehjelp.

To historiske hendelser bidro til et skifte i perspektiver på ungdoms rettigheter og autonomi, spesielt i vestlige samfunn (Botchwey et.al., 2019). Det første store skiftet fant sted etter

andre verdenskrig, da Verdenserklæringen om menneskerettigheter passerte FNs generalforsamling i 1948. Det andre store skiftet var innføringen av FNs barnekonvensjon i 1989. Verdenserklæringen sier at alle barn har rett til sosial beskyttelse, og utdanning. Disse to klausulene avviker skarpt fra den industrielle revolusjonen og krigstidens oppfatninger av ungdom som velfungerende "små voksne" og regelmessige bidragsyttere til arbeidsstyrken. Barn har ifølge FNs barnekonvensjon rett til å uttrykke ethvert synspunkt de er stand til å forme og bør høres i samsvar med barnets alder og modenhet. Voksne har plikt til å bidra til å hjelpe barn til å kunne ta beslutninger om eget liv, lokalsamfunn og miljøer (FN, 1989, Botchwey et.al., 2019).

Det å involvere ungdom i planleggingsprosesser gir både fordeler for samfunnet og for ungdommen. Ungdom som blir inkludert i beslutningsprosesser opplever personlig vekst gjennom psykologiske, sosiale og pedagogiske ferdigheter som kan bidra til å motvirke isolasjon, lav selvtillit og maktesløshet (Botchwey et al., 2019). Deltakelse i planleggingsprosesser kan gi økt ansvarsfølelse, åpenhet om psykisk sykdom, samt styrket sosial kompetanse for de unge. Ungdom som involveres gjennom samvalg får økt faglig kunnskap om samfunnet og lærer å jobbe mer effektivt i grupper.

Ungdom kan delta aktivt i beslutningsprosesser på flere måter. De kan dele erfaringer med bruk av medisiner, involveres i valg av behandlingsmetoder, involveres i valg av saksbehandlere, velge seg inn eller ut av gruppeaktiviteter og engasjere seg aktivt i ulike former for behandling. Dette bidrar til å styrke samspill mellom helsepersonell og ungdom. Samarbeid gjør ungdom mer engasjert. På motsatt side har man funnet at ungdom som blir utelatt fra møter som omhandler dem og deres liv, blir avbrutt av voksne/behandlere, ignorert og ikke bedt om innspill som gjelder saken som angående eget liv engasjerer seg unntaksvis og får reduserte lyst til å gjøre en innsats i behandlingen sin. Ungdom kan lettere delta i behandlingen når de får tilstrekkelig informasjon. Aktiv involvering i egen behandling er assosiert med høyere behandlingsoppfølging (Viksveen et al., 2022).

Arnsteins "Ladder of Citizen Participation" har påvirket byplanlegging, sosialt arbeid, folkehelse og engasjert samfunnet. Mange har benyttet stigen tilpasset egne formål og målgrupper (Botchwey et al, 2019). Harts stige for ungdomsdeltakelse bygger på Arnsteins stige og er utviklet for å passe til unge (Paulsen, 2016). Den videreutviklede modellen til Hart tydeliggjør at det voksne anser som deltagelse ikke nødvendigvis er det (Paulsen, 2016).

Unge ønsker å bli involvert i beslutninger (Viksveen et al. 2022) Unge har behov for autonomi, noe som gjør brukermedvirkning spesielt viktig. Man ser i noen studier at brukermedvirkning påvirker behandlingsresultatet og pasienttilfredsheten (Bjønness, 2022). Noen få studier rapporterer om mulige problemer med sikkerheten til ungdom i form av at involvering av ungdom i beslutningsprosessen kan være til fare for seg selv eller andre. Man fant da at enkelte ungdom ikke var kompetent nok til å ta beslutninger som omhandlet psykisk helsehjelp (Viksveen et al., 2022).

Kvantitative studier viser funn som tilsier en reduksjon av psykososiale problemer og bedret selvtillit som følge av delaktighet i behandlingen. Man så at samvalg fremmet gunstig behandlingsresultat fordi sannsynligheten for at den unge tok valg ut fra det forskningen anbefalte økte (Bjønness, 2022).

Systematisk litteraturstudie som er gjort viser at dagens litteratur er spredt og fragmentert. Resultatene viser at unge ønsker å være involvert i beslutninger som angår dem og deres behandling. Dette kan gjøres på ulike måter og må tilpasses den enkelte. Noen ønsker "bare" å bli hørt, mens andre ønsker å være aktive deltagere i beslutningsprosesser (Viksveen et al., 2022).

Borgere som engasjerer seg i samfunn, selskaper eller regjering er som oftest mennesker med et privilegium som er voksne, ikke ungdom. Til tross for dette anerkjenner moderne planleggere at unge mennesker kan forbedre en beslutnings og planleggingsprosess. Det er flere barrierer når ungdom skal operere på Arnsteins stige på nivå "partnerskap" eller høyere. Det første problemet er at ungdom ikke regnes som "borgere". De anses til en viss grad ute av stand til å motta informasjon og behandle denne på en rasjonell måte, for så å ta en beslutning som bygger på denne informasjonen. Før man er voksen er det behov for å tilrettelegge for at ungdom effektivt skal kunne bidra i beslutningsprosesser. Ungdom har ofte behov for å engasjere seg gjennom voksne som foreldre, verge eller andre som er nær dem (Botchwey et al, 2019). Kapasitet og støtte er nøkkelen til om ungdom blir engasjerte deltagere i egen behandling. Mye er avhengig av den unges evne til å være engasjerte og dele sine erfaringer. Praktisk og sosial støtte er også viktige faktorer. De viktige aspektene helsepersonell bidrar med er å være tilgjengelig og gi av sin tid samt å ha faglig kunnskap. Man ser at graden av involvering fra unge er avhengig av informasjonen som gis av helsepersonell, som igjen avhenger av hvor god kompetanse helsepersonell innehar om

medikamenter, forventet utfall, bivirkninger og lignende. Det er nødvendig å finne en balansegang mellom for lite, passe og for mye informasjon. For lite informasjon fører til at unge føler seg lite ivaretatt og for mye fører til at de føler seg presset. Det er derfor viktig at informasjonen som gis er tilpasset ungdom. Når man ser på praktisk støtte, kan dette også innebære å hjelpe med transport til avtaler. De unge har i tillegg behov for sosial støtte ved å bli hørt og oppmuntret i beslutningssituasjoner (Viksveen et al., 2022).

Helsepersonell betrakter brukermedvirkning og samvalg som en rettighet, hvor det er nødvendig at helsepersonell anerkjenner rettigheten samt fordelene ved å involvere ungdom i behandlingen. De unges ønske om å delta i avgjørelser er ikke konstante, og kan variere. Man ser at tvungen deltakelse kan krenke de samme rettighetene. Ulike grupper har ulike behov, det er viktig å ta hensyn til dette i utformingen av helsetjenestene.

Intervensjoner som inkluderte brukermedvirkning, fikk styrket sin kvalitet. Man ser at det er behov for tilrettelegging av brukermedvirkning, samt opplæring og trening av helsepersonell som skal ivareta de unges brukermedvirkning. Man ser at noe helsepersonell har tanker om at unge ikke har kognitiv kapasitet til å ta valg om egen behandling (Bjønness, 2022).

Helsepersonell som er lydhøre for de unge og inkluderer dem i behandlingen ser man gir økt kvalitet og opplevd nytte. Relasjonen mellom den unge og behandler har mye å si for de unges engasjement og brukermedvirkning. En behandling med søkelys på hvilke behov de unge har fremmer samarbeid, og kan gjøre det lettere å nå frem til unge. En slik tilnærming kan erstatte den tradisjonelle modellen (Bjønness, 2022).

Det er i flere studier funnet at helsepersonell utøvde kontroll over ungdom i behandling. Ungdommene beskrev manglende kontroll med begrensede muligheter til å ytre seg, begrensede selvvalg, behandlingsvalg og begrenset involvering i beslutningsprosesser. Ungdom rapporterte at helsepersonell utøvde press og tok beslutninger på vegne av dem. Ungdommene følte seg ikke hørt, ble utelatt fra møter, avbrutt, ignorert eller unnlatt å spurt om meninger. De opplevde å bli presset eller tvunget til å delta på møter, ta medisiner eller delta på aktiviteter de ikke hadde interesse for. Ungdommene vegret seg for å si hva de mente da de kun ble oppfordret til å dele sin mening dersom den samsvarte med helsepersonellens egne meninger og var passende. Ensidig kontroll opplevdes også i form av at aktiviteter ikke var tilpasset, noe som hindret deltagelse. Noe helsepersonell var skeptiske til å overlate kontrollen til ungdom. Annet helsepersonell beskrev at de var imot å



kontrollere og hadde en god samarbeidsrelasjon. Samarbeidsrelasjoner la til rette for ungdommenes medvirkning. De viktigste områdene her inkluderte et godt forhold mellom helsepersonell og ungdom, åpen kommunikasjon og jevnlig sjekk av i hvor stor grad ungdommene ønsket å være en del av beslutninger som skulle tas (Viksveen et al., 2022).

## 2.2 Brukermedvirkning og samvalg

Når man snakker om brukermedvirkning i helsetjenesten innebærer det at de som berøres av en beslutning har rett til å si sin mening og medvirke. Formålet med brukermedvirkning er å gi de unge rom for å bli hørt og involvert i beslutninger. Det kan også bidra til å forbedre og kvalitetssikre helse- og omsorgstjenestene ved at brukernes meninger og erfaringer tas med i utforming, evaluering og forbedring av helsetjenestene (tønnes, 2022).

### 2.2.1 Brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og tjenestenivå

Brukermedvirkning kan finne sted på ulike nivåer (Helsedirektoratet, 2022).:

- **Individnivå**

Dette omhandler den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på behandling de mottar i helse- og omsorgstjenesten. For eksempel, kan ungdommen få mulighet til å velge mellom ulike behandlingstilbud. Dette er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (kapittel 3).

- **Tjenestenivå**

Dette innebærer at representanter for brukerne samarbeider med fagpersoner i helsetjenestene, eksempelvis sykehus, der brukerrepresentanter kan likestilles med fagpersoner.

- **Systemnivå**

Dette innebærer at brukergrupper og organisasjoner blir involvert i planlegging av tjenester og tiltak, for eksempel gjennom samarbeid med statsforvaltere, eller kompetansesentre.

På individnivå er brukermedvirkning lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (kapittel 3). På klinikk- og systemnivå er det helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 som er gjeldende (Helsedirektoratet, 2022).

### 2.2.2 Samvalg

Ungdommen på sin side kan gjennom samvalg uttrykke tanker og følelser, og ønsker knyttet til behandlingen (Bjønness, 2022). Med nødvendig kunnskap og opplysning om fordeler og ulemper knyttet til behandlingen, kunnskapsbasert informasjon og erfaring formidlet fra behandler til ungdom, kan ungdommene gjøres i stand til å ta beslutninger om egen behandling sammen med behandler. Flere begreper er brukt i litteraturen. Klinisk brukermedvirkning inkluderer ikke like stor vektlegging av pasientens ønsker, og ligner mer på tradisjonell beslutningsprosess. Støttende brukermedvirkning fokuserer mer på samarbeid mellom helsepersonell og pasient, og har søkelys på prosessen fremfor beslutningstakingen. Informert brukermedvirkning innebærer at man vektlegger helsepersonellens informasjon om hva som kan ha virkning samt eventuelle ulemper ved behandlingen, mens behandlingsvalget overlates til pasienten. Når man ser at brukermedvirkning er en viktig del av behandlingen for at ungdom skal bli motivert og fullføre behandling for psykiske vansker er det nyttig og nødvendig med videre forskning på området. Barn og unge i Norge har rett til å bli hørt og de skal få si sin mening i saker som vedrører dem, og deres helse eller behandling. Dette følger av artikkel 12 i FN sin barnekonvensjon hvor det står at barn som er i stand til å ha egne synspunkter skal få gi fritt uttrykk for disse i alle forhold som angår barnet (Helsedirektoratet, 2022). Det er ikke satt en aldersgrense på denne retten, men det er presisert at man skal tillegge meningene vekt etter barnets alder og modenhet. Grunnlovens §104 sier at barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. Videre står det at barn har rett til å bli hørt i spørsmål som angår deres liv og at meningen deres skal vektlegges. Kommunen har ansvar for at representanter for brukere og pasienter blir hørt når man skal utforme et tjenestetilbud jf. helse- og omsorgstjenesteloven (§3-10 første og andre ledd). Barn, ungdom og foresatte har rett på informasjon om de unges helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen som ytes jf. pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-4 og § 3-2). Så langt det er mulig skal tjenestetilbudet utformes i samråd med brukeren jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1.

Helsepersonell skal gi informasjon på en tilpasset måte ut fra den enkeltes forutsetning til å forstå med hensyn til alder, kjønn, språk, etnisitet jf. pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-5) og helsepersonelloven (§10). Man må som helsepersonell bruke nødvendige hjelpemidler for å formidle budskapet på en god måte. Når det gjelder samtykke og medbestemmelse har foresatte samtykkekompetanse på vegne av barnet frem til de fyller 12 år jf. pasient- og brukerrettighetsloven (§ 4-3 første ledd). Når barnet er mellom 12 og 16 år skal barnets meninger tillegges vekt. Barnet/ungdommen har samtykkekompetanse som gjelder helsehjelp for forhold foreldrene ikke er informert om, samt når tiltakets art tilsier at det er forsvarlig jf. pasient- og brukerrettighetsloven (§4-3 første ledd). Ungdom mellom 16 og 18 år har rett til å samtykke selv jf. pasient- og brukerrettighetsloven (§4-3 første ledd) (Helsedirektoratet, 2023). Det finnes et eget senter som jobber med samvalg som heter samvalgssenteret. Deres oppdrag er å bidra til at samvalg blir implementert i helsesektoren. De produserer samvalgsverktøy, bistår med implementering av samvalg, tilbyr opplæring, utvikler e- læringsverktøy, leder fagnettverk og deler informasjon om samvalg. Produksjonen av samvalgsverktøy blir tilpasset hver enkel behandlingsproblemstilling og er bygget opp etter stegene i en beslutningsprosess. Verktøyene inneholder informasjons og motivasjonsfilmer og blir produsert sammen med både pasienter og helsepersonell. Samvalgssenteret jobber med forskjellige pasientorganisasjoner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner (Universitetssykehuset Nord Norge (UNN), 2023). Målet med samvalg er å styrke brukere av helsetjenestene gjennom å gi økt innflytelse og trekke frem hva som er viktig for den som mottar hjelp. Ungdommen får informasjon om fordeler og ulemper ved ulike alternativ og kan vurdere disse opp mot hverandre gjennom støtte fra helsepersonell? Dette gjøres ofte gjennom tre spørsmål:

- Hvilke behandlingsalternativer finnes?
- Hva er fordeler og ulemper med de ulike alternativene?
- Hvor sannsynlig er det at jeg vil oppleve fordelene og ulempene som kan forekomme?

Man kan også bruke tidligere nevnt samvalgsverktøy som kan brukes før, under og etter samtale for å sikre at samvalg er til stede (FHI, 2019)

### 2.2.3 Seks steg til samvalg med ungdom

“Seks steg til samvalg” er en modell som ofte blir benyttet for å beskrive den trinnvise prosessen knyttet til samvalg. Modellen består av følgende punkter:

- **Problemstilling**
- **Nøkkelbudskap**
- **Alternativer**
- **Avveining**
- **Beslutning**
- **Veien videre** (Helse sør-øst, 2023)

I den første fasen når man skal definere problemstilling må man finne ut hvorfor det kreves en beslutning og identifisere beslutningen (Helse sør-øst 2023). Behov som er aktuelle identifiseres og helsepersonell, foreldre og ungdom beskriver aktuell tilstand. Her beskrives hva eventuelle tiltak vil kunne påvirke og andre aspekter som også påvirker valg av behandlingsmetode og tiltak. Det neste trinnet er å beslutte og kommunisere hvilket nøkkelbudskap, som forteller noe om hvorfor og hvordan ungdommen skal være med å bestemme. Hvis det finnes flere måter å tilnærme seg en gitt problemstilling, kan samvalg være aktuelt. Gjennom å få informasjon og kunnskap kan ungdommen gjøre valg og veie konsekvenser av ulike valg opp mot hverandre. Når man så har kommet frem til ulike alternativer, diskuteres disse i fellesskap. Muligheter, fordeler og ulemper som kan forekomme presenteres, basert på forskning og kunnskapsbasert informasjon. Den unge deltar så i avveininger gjennom å utforske og diskutere forventninger og bekymringer knyttet til ulike muligheter. Det tas deretter en beslutning hvor det tydeliggjøres hva partene er enige om. Til slutt gjøre avtaler om plan for veien videre og det avtales hvordan dette skal skje rent praktisk (Helse sør-øst, 2023). De viktigste faktorene for å kunne hjelpe ungdom er å gi dem redskapene og styrken de trenger til å mestre utfordringer, og leve gode liv.

### 2.3 Antonovskys “opplevelse av sammenheng”

En del av det å mestre er å ha opplevelsen av kontroll i eget liv. For å mestre utfordringer i livet og håndtere stress er det avgjørende med en “Opplevelse av sammenheng” (Antonovsky, 2012). Det omhandler å skape orden i en kaotisk tilværelse gjennom

begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012). Begripelighet omhandler opplevelsen av at stimuli som kommer fra indre eller ytre omgivelser er forståelige. Meningsfullhet handler om motivasjon og følelser som gir mot og styrke nok til å stå i krevende situasjoner gjennom følelser om at det er verdt det. Dette vurderes av Antonovsky for å være den viktigste komponenten for å oppleve sammenheng. Håndterbarhet handler om opplevelsen av å ha tilstrekkelige ressurser til å håndtere utfordringene man møter (Antonovsky, 2012). Denne modellen er særlig relevant fordi samvalg i stor grad handler om å bidra til å gjøre ungdom rustet til å oppleve at de har kontroll over eget liv og egen situasjon. Samvalg skal være med på å gi de unge en "Opplevelse av sammenheng" gjennom å sette unge som opplever psykiske problemer i stand til å oppleve at situasjonen er håndterbare gjennom å få økt kunnskap og bli gitt ulike muligheter. De unge kan få opplevelse av motivasjon gjennom å ha makt over eget liv og oppleve situasjonen som håndterbar gjennom å se at de selv er med på å bidra i prosessene som skal lede mot bedring i den psykiske helsetilstanden og livet deres.

### 3.0 Metode

Denne masteroppgaven er basert på datasett fra InvolveMENT prosjektet. Tanken bak dette prosjektet er å bidra til å styrke tilgangen til og kvaliteten på helsetjenesten for ungdom med psykiske plager og lidelser, gjennom at ungdom involveres i forskning for utvikling, evaluering og forbedring av helsetjenesten. Dette kan betegnes som brukermedvirkning på systemnivå. InvolveMENT prosjektet har inkludert tolv ungdommer og unge voksne som representanter og med forskere siden 2017 (Viksveen et.al, 2022). De har vært involvert i planlegging, gjennomføring og analysering av forskningen, samt publisering av resultater. Prosjektet bruker kvalitative undersøkelser og spørreundersøkelser med mål om å lære om unges erfaring med og perspektiver på helsetjenesten for at denne kunnskapen skal kunne brukes for å forbedre tjenesten. InvolveMENT undersøker blant annet hvilke faktorer som hemmer og fremmer bruk av tjenester, og hvordan ungdom kan involveres i egen behandling. InvolveMENT innhenter også helsepersonells erfaringer (Universitetet i Stavanger, 2022).

### 3.1 Kort om forskningsdesign og -metode

I undersøkelsen er det brukt kvantitative metoder, designet som er benyttet i undersøkelsen er tverrsnittstudie. Kvantitative metoder innebærer bruk av numeriske data for å undersøke og besvare forskningsspørsmål. Dette kan omfatte innsamling av data fra deltakere eksempelvis gjennom selvrapporterte undersøkelser ved bruk av spørreskjema. Statistiske analyser blir brukt for å analysere dataene, med et ønske om å trekke ut pålitelige resultater (Aanesen, 2020). Variablene blir så uttrykt gjennom tallverdier og materialet kan presenteres ved hjelp av tabeller, grafiske figurer eller mål som gjennomsnitt, median, variasjon og korrelasjon. De kan så analyseres ved hjelp av ulike statistiske verktøy som varians eller regresjonsanalyse (Befring, 2007).

### 3.2 Forskningsdesign

Dette masterprosjektet er basert på en tverrsnittstudie. Tverrsnittstudier er en type observerende design hvor man tar for seg en gruppe mennesker på et bestemt tidspunkt for så å undersøke prevalens av fenomener, målt ved bruk av ulike variabler. Dette innebærer målinger utført på et tidspunkt eller over en periode (dager eller måneder). Tverrsnittstudie er egnet for å si noe om assosiasjoner mellom ulike variabler, men ikke for å teste kausalitet. Ofte benytter man spørreskjemaer med ulike variabler (Bjørndal & Hofoss, 2012). Studiene kan evaluere flere undergrupper i ett datamateriale, for å vurdere likheter og ulikheter mellom disse gruppene.

### 3.3 Utvalg og rekruttering

Populasjonen undersøkelsen har sikte på å adressere er unge som går på ungdomsskolen og videregående, samt unge fra læringsentre for personer som kommer fra andre land. Populasjonen er de man vil kunne si noe om, mens utvalg er de som deltar i studien (Bjørndal & Hofoss, 2012). For å besvare min problemstilling evaluerer jeg informasjon innhentet fra ungdom som har mottatt helsehjelp for psykiske plager. Undersøkelsen ble gjennomført av InvolveMENT-prosjektet i regi av SHARE ved Universitetet i Stavanger. Det ble rekruttert elever ved ungdomsskoler, videregående skoler i Agder og Rogaland. Et

tilfeldig utvalg av deltakere var ikke mulig å gjennomføre, da det ikke var tilgang til noen fullstendig oversikt over alle unge i de to fylkene. Et strategisk utvalg ble derfor gjort for å rekruttere fra ulike skoler, slik at det skulle bli spredning i alders/klassestrinn, geografisk beliggenhet og studieretning. Hensikten var på den måten å få et utvalg som i størst mulig grad ville være representativt for populasjonen av ungdom som går på skole. Det ble i tillegg rekruttert ungdom fra læringscentre, for å inkludere dem med innvandrerbakgrunn som ikke er integrert i ungdomsskoler eller videregående skoler. Eksklusjonskriteriene var ungdom som av språklige, intellektuelle eller andre grunner ikke kunne svare selv på undersøkelsen. Populasjonen som er fokus for denne studien, er unge som har mottatt hjelp for psykiske plager. Utvalget utgjør 399 av 1500 deltakere som deltok i studien.

### 3.4 Måleredskap og spørreskjema

I undersøkelsen ble det benyttet et spørreskjema med 20 kategorier av spørsmål og 181 variabler (vedlegg 1). Spørreskjemaet var utviklet over en periode på to år, inkludert pilottesting. Spørreskjemaet inneholder validerte måleredskap som Generalized Anxiety disorder (GAD-7) og Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Disse måleredskapene brukes for selvrapporing av angst og depresjon (Beard & Bjørgvinson, 2014). Spørreskjemaet ble oversatt og var derfor i tillegg til norsk også tilgjengelig på engelsk, arabisk og dari. Oversettelsen til engelsk ble utført av en person og sjekket av en annen person. Oversettelsene på arabisk og dari ble utført av et profesjonelt translatørfirma. Oversettelse til arabisk ble gjort for å inkludere deltakere som har bakgrunn som flykninger fra land i Midtøsten, og til dari for å inkludere dem som har bakgrunn fra Afghanistan.

### 3.5 Datainnsamling

Spørreskjemaet ble besvart elektronisk av ungdommene gjennom SurveyXact med Rambøll som tjenesteleverandør. Systemet er tilpasset GDPR kriteriene. Data ble lagret i anonymisert form. Det var kun forskere på Universitetet i Stavanger som hadde tilgang til dataene. Noen spørsmål var obligatoriske, mens andre var valgfrie. Det betyr at for noen spørsmål, for eksempel alder eller kjønn, kunne deltakerne velge om de ønsket å svare, mens det for

andre spørsmål var slik at det ikke var mulig å gå videre til neste spørsmål dersom disse ikke var besvart. Eksempler på dette var symptomer på selv-rapportert angst eller depresjon. Disse spørsmålene måtte med andre ord besvares, ellers kunne deltakerne velge å ikke delta i studien. Personer som svarte at de hadde mottatt helsehjelp for psykiske plager fikk mulighet til å svare på eksempelvis hvilken hjelp de hadde mottatt, hvor mye det hjalp, om de var involvert i egen behandling, og om de var fornøyde med i hvilken grad de var involvert. De som ikke hadde mottatt helsehjelp for psykiske plager svarte ikke på disse spørsmålene.

### 3.6 Dataanalyse

#### Univariate analyser

Planen for dataanalysene ble utviklet i samråd med veileder. Analysene ble utført av veileder ved bruk av SPSS (versjon 28.0.1.1). Jo Røislien, professor i medisinsk statistikk, ble også konsultert for å kvalitetssikre regresjonsanalysen.

Univariate analyser ble brukt for å rapportere frekvens (og prosent), sentraltendens og spredning for ulike variabler. Frekvens ble beregnet for å rapportere ulike kategorier av selvrapporterte vansker, hvem ungdom hadde søkt hjelp hos, i hvor stor grad deltakerne opplevde å få hjelp for psykiske plager fra helsetjenesten, venner, familie og nettbaserte tjenester. Sentraltendens og spredning ble rapportert for alder og kjønn.

#### Bivariat analyse

En bivariat analyse ble brukt for å evaluere deltakernes tilfredshet med deres involvering i behandlingen. Dette ble gjort ved å teste korrelasjon mellom deltakernes rapporter om hvorvidt de var blitt involvert i avgjørelser og hvorvidt de var fornøyde med hva de fikk bestemme. Variablene var "Jeg var involvert i avgjørelser som ble tatt" (12b9) og "Jeg er fornøyd med hva jeg fikk bestemme" (12b10). Variablene var målt på en 7-punkts Likert skala, som er på ordinalt målenivå. Derfor ble Spearman's rho beregnet, samt varians ( $R^2$ ) for sammenhengen.  $R^2$  beregnet ut fra Spearman's rho forklarer hvor mye varians i ranken de to variablene har til felles (Pripp, 2018).



### Utvikling av modell for regresjon

Regresjon ble brukt for å teste en modell for samvalg. Et første utkast til en mulig modell som skulle testes, inkluderte noen av variablene som var inkludert i undersøkelsen. Valg av disse variablene ble bestemt etter preliminaire bivariante analyser mellom ulike variabler, samt en vurdering av hvilke av variablene i studien som kan tenkes å være assosiert med samvalg, og i dialog med veileder.

Som et mål på deltakernes rapporter om samvalg ble "*Jeg var involvert i avgjørelser som ble tatt*" (12b9) brukt som avhengig variabel i modellen. Følgende uavhengige variabler ble vurdert som mulig relevante for modellen: A) **Ulike typer av psykiske problemer**, inkludert bekymringer (6.16. *Bekymrer meg for mye*), håpløshet (6.15. *Følelse av håpløshet*), selvbilde/selvfølelse (6.13. *Lavt selvbilde/lav selvfølelse*), spiseforstyrrelser (6.9. *Spiseforstyrrelse, f.eks. overspising, anoreksi og bulimi*), selvskading (6.11. *Selvskading, f.eks. kutte/skjære meg*), og annet (6.19. *Andre psykiske problemer*); B) **Forventninger til helsetjenesten**, inkludert hvorvidt de trodde at de ville få hjelp (7.1. *Jeg tror jeg vil få hjelp av helsetjenesten*), forventinger om å bli forstått (7.3. *Jeg tror ikke at noen vil forstå meg*), og om å få medvirke (7.6. *Jeg vil bestemme hva behandleren kan si til mine foreldre/foresatte*); C) **Familiens og venners meninger** (7.18. *Min families mening om psykiske problemer og behandling påvirker meg*, og 7.19. *Mine venners meninger om psykiske problemer og behandling påvirker meg*), D) **Opplevelser av helsetjenesten**, inkludert om deltakerne syntes at de fikk tilstrekkelig informasjon om hvor de kunne søke hjelp (12b1. *Jeg fikk nok informasjon om hvor jeg kunne søke hjelp*) og om de syntes at de fikk startet behandlingen til riktig tid (12b3. *Jeg fikk startet behandlingen når jeg behøvde det*); og E) **Opplevd utbytte av behandlingen** (10b. *Hvor mye hjalp det?*).

For å spørsmålet om opplevd utbytte av behandlingen, svarte deltakerne separat for hver av de åtte kategoriene av helsepersonellgrupper og -tjenester, som var helsesykepleier, psykolog, fastlege, legevakt, psykiater, annet helsepersonell, barne- og ungdomspsykiatrien (BUP)/ psykisk helsevern for barn, ungdom og rusavhengige (BURA), og distriktpsikiatrisk senter (DPS). For kategorien "annet helsepersonell" var psykiatrisk sykepleier, sosionom og miljøterapeut spesifikt nevnt som eksempler. DPS er en tjeneste for voksne, altså dem over 18 år, og var inkludert i undersøkelsen fordi noen deltakere kunne være over 18 år. Et

gjennomsnitt ble beregnet for helsepersonell samlet sett, i stedet for å evaluere hver enkelt kategori av helsepersonell og tjenester for seg. Dette ble gjort fordi hensikten var å se på deltakernes tilfredshet med helsetjenesten samlet sett.

For utvikling av modellen, ble først hierarkisk regresjon benyttet. Denne tilnærmingen har en fordel sammenlignet med trinnvis regresjon (stepwise regression) hvor forskerne ikke kan kontrollere hvilke variabler som inkluderes og ekskluderes. I trinnvis regresjon er det programvaren (SPSS) som tar beslutningene. Ved hierarkisk regresjon kan forskerne bestemme hvilken rekkefølge variablene skal inkluderes i, alt etter hvilke uavhengige variabler de vurderer som viktigst, nest viktigst, og så videre. I denne studien brukte vi "baklengs hierarkisk regresjon" (backward hierarchical regression). Samtlige uavhengige variabler inkluderes da først i modellen, og de variablene som ikke bidrar signifikant til modellen fjernes i en trinnvis prosess. Den uavhengige variabelen som ble lagt inn sist, er den som vurderes først. Dersom denne bidrar signifikant til modellen, beholdes den, og en vurderer den variabelen som ble lagt til nest sist. Dersom den uavhengige variabelen ikke bidrar signifikant til modellen, fjernes den, og deretter vurderes regresjon med de gjestående uavhengige variablene. Denne prosessen gjentas helt til en kun står igjen med de variablene som signifikant bidrar til modellen. Grandjean (2021) sier om "backward hierarchical regression" at denne tilnærmingen er bedre å bruke når en ikke har en helt klar teoretisk modell for forståelse av årsak og virkning, og derfor ønsker å inkludere en lengre rekke av uavhengige variabler. Dette bidrar til å styrke modellen, samtidig som en reduserer antall variabler til et minimum. Gitt at forskningsfeltet "samvalg" er utilstrekkelig utforsket, virket det derfor mest hensiktsmessig å benytte "backward hierarchical regression" (Grandjean, 2021).

Rekkefølgen på variablene i første modell som ble testet ble besluttet i samråd med veileder, og etter innspill fra de ti med forskerne i InvolveMENT-prosjektet. Etter å ha gjennomført baklengs hierarkisk regresjon, gjenstod følgende syv uavhengige variabler:

- 12b3. Jeg fikk startet behandlingen når jeg behøvde det
- 7.6. Jeg vil bestemme hva behandleren kan si til mine foreldre/foresatte
- 10b. Hvor mye hjalp det å oppsøke helsepersonell? (helsesykepleier, psykolog, fastlege, legevakt, psykiater, annet helsepersonell, BUP/BURA, DPS)
- 7.3. Jeg tror ikke at noen vil forstå meg

- 6.15. Følelse av håpløshet
- 6.11. Selvskading (f.eks. kutte/skjære meg)
- 12b1. Jeg fikk nok informasjon om hvor jeg kunne søke hjelp

### Ordinal og linær regresjon

Variablene i undersøkelsen var målt med Likert-skalaer, i denne undersøkelsen med fire til syv målenivåer (vedlegg 1). Gitt at variablene var på ordinalt nivå og ikke på intervall/rationivå, var det ikke sikkert at forutsetningen for bruk av lineær regresjon ble møtt. Modellen ble derfor også vurdert ved bruk av ordinal regresjon. Det var imidlertid ingen betydningsfull forskjell i resultatet mellom ordinal og lineær regresjon. I tillegg indikerte søylediagram normalfordeling for utfallsvariabelen (vedlegg 2). Et p-plot viste at residualene var tilstrekkelig normalt distribuert (vedlegg 3). Det var ingen signifikant multikollinearitet, altså ingen sterk sammenheng mellom prediktorvariablene (toleranse var over 0.2 for samtlige variabler) (tabell 6). Det var heller ingen uteliggere (ekstremverdier) som påvirket resultatene (Cook's distance 0.004, som ikke bør være over 1). Det var ingen indikasjoner på et mønster i dataene som skulle tilsi at resultatene ikke kunne beskrives gjennom en lineær modell, da plottede prediksjons- og residualverdier var tilfeldig spredd (homoskedastisitet) (vedlegg 4). På grunnlag av disse testene ble det vurdert at resultatet kunne presenteres ved bruk av lineær regresjon.

### 3.7 Brukermedvirkning i forskningen

Undersøkelsen er basert på erfaring og kunnskap opparbeidet gjennom arbeid gjennomført av SHARE. Det er benyttet validerte måleredskap i tillegg til spørsmål basert på tidligere undersøkelser og innspill fra unge med forskere, helsepersonell og forskere i SHARE. Pilottesting av undersøkelsen estimerte et tidsbruk på rundt 15 til 30 minutter for å fullføre undersøkelsen. Unge medforskere og tidligere deltagere i andre undersøkelser anbefalte at undersøkelsen ble utført ved bruk av nettbasert spørreskjema. Undersøkelsen ble gjennomført ved bruk av nettbasert spørreskjema.

### 3.8 Etikk og personvern

Forespørselen om å gjennomføre undersøkelsen ble vurdert av Norsk senter for forskningsdata (NSD, som nå er endret til Sikt) som konkluderte med at prosjektet var i tråd med retningslinjene for personvern (GDPR). Behandlingen av persondata var ferdig før utgangen av 2021 (vedlegg 6.). NSD anbefalte at undersøkelsen kunne startes.

Undersøkelsen var anonym. Ungdom i alderen 16-25 år kunne svare på undersøkelsen uten samtykke fra foresatte. Ungdom i alderen 12-15 år måtte ha foresattes skriftlige godkjenning for å delta. Ungdommene ble informert om at de kunne be om at deres data ble slettet dersom de kunne gjenkjennes, men ingen tok kontakt med forskerne med forespørsel om dette. I forkant av undersøkelsen mottok deltakerne et informasjonsskriv som omhandlet hvorfor undersøkelsen skulle gjennomføres, hvordan forskerne fant frem til akkurat dem, hvem som gjennomførte undersøkelsen, hvordan man deltok i undersøkelsen, den enkeltes rettigheter, hvordan dataene skulle behandles, samt kontaktinformasjon dersom noen hadde ytterligere spørsmål (vedlegg 7).

## 4.0 Resultater fra studien

Jeg vil her presentere funnene fra studien. Det var 399 av 1500 deltakere i studien som hadde eller hadde hatt psykiske problemer og som hadde fått hjelp for dette av helsetjenesten. Disse 399 personene utgjør utvalget i studien. Blant disse var 250 jenter og 140 gutter, mens tre deltakere definerte seg som "annet kjønn" (6 rapporterte ikke kjønn). Dette betyr at 63.6% av dem som har søkt hjelp for psykiske plager i undersøkelsen var jenter, 35.6% var gutter og 0,8% tilhørte kategorien "annet kjønn". Gjennomsnittsalderen var 17.6 år (SD 2.8).

### 4.1 Selvrapporterte psykiske problemer

Selvrapporterte psykiske problemer inkluderte både det deltakerne opplevde nå og problemer de hadde hatt tidligere. Her i teksten vil jeg presentere funnene etter høyest forekomst med fallende prosentandel. Resultatene (tabell 1) viste at flest av ungdommene

(73.4%) hadde opplevd stress i noen eller stor grad. (For samtlige psykiske problemer rapportert her, gjelder at deltagerne hadde rapportert at de hadde eller tidligere hadde hatt disse i noen eller stor grad). To av tre (66.6%) rapporterte at de hadde følt seg deprimerte, triste, nedfor eller lei seg. Mer enn seks av ti (62.4%) svarte at de bekymret seg for mye, og 59.4% hadde opplevd angst, redsel og fobier. Over halvparten av deltagerne (55.2%) oppgav å ha opplevd søvnproblemer eller følelse av håpløshet (55.0%). Nesten like mange (52.9%) slet med lavt selvbilde eller lav selvfølelse, eller konsentrasjonsvansker (52.8%). Nesten halvparten av de spurte rapporterte å ha slitt med irritasjon eller sinne (49.4%) eller ensomhet (48.6%). I alt 45.4% var misfornøyde med egen kropp. Nesten en av fire (38.1%) hadde opplevd konflikter i familien. Over en av tre av (34.3%) hadde opplevd sorg, og nesten like mange (32.3%) hadde hatt tanker om selvmord eller ønske om å ikke leve lenger. Mer enn hver fjerde deltaker (25.9%) rapporterte spiseforstyrrelser. En av fem (20.8%) hadde opplevd fysisk, psykisk eller seksuell vold, og omtrent like mange (19.8%) hadde hatt noe eller store problemer med selvskading. I alt 18.8% hadde blitt mobbet eller truet. En av fire (24.8%) opplevde andre psykiske problemer.

Tabell 1. Selvrappporterte vansker blant ungdom og unge voksne

	Ikke hatt det n (%)	Liten grad n (%)	Noen grad n (%)	Stor grad n (%)	Missing n (%)
Angst, redsel, frykt og fobier	72 (18.0)	88 (22.1)	113 (28.3)	124 (31.1)	2 (0.5)
Deprimert, lei, nedfor og trist	51 (12.8)	80 (20.1)	119 (29.8)	147 (36.8)	2 (0.5)
Blitt mobbet eller truet	240 (60.2)	82 (20.6)	47 (11.8)	28 (7.0)	2 (0.5)
Opplevd vold (fysisk, psykisk eller seksuell)	244 (61.2)	70 (17.5)	40 (10.0)	43 (10.8)	2 (0.5)
Konflikter i familien	142 (35.6)	103 (25.8)	85 (21.3)	67 (16.8)	2 (0.5)
Søvnproblemer	85 (21.3)	92 (23.1)	104 (26.1)	116 (29.1)	2 (0.5)
Stress	41 (10.3)	63 (15.8)	109 (27.3)	184 (46.1)	2 (0.5)
Irritasjon eller sinne	77 (19.3)	123 (30.8)	106 (26.6)	91 (22.8)	2 (0.5)
Spiseforstyrrelse (overspising, anoreksi eller bulimi)	220 (55.1)	76 (19.0)	45 (11.3)	56 (14.6)	2 (0.5)
Ensomhet, føler meg alene	98 (24.6)	105 (26.3)	93 (23.3)	101 (25.3)	2 (0.5)
Selvskading (eks. Kutte/skjære meg)	257 (64.4)	61 (15.3)	35 (8.8)	44 (11.0)	2 (0.5)
Selvmodstanker, ikke lyst å leve	179 (44.9)	89 (22.3)	70 (17.5)	59 (14.8)	2 (0.5)

Lavt selvbilde/lav selvfølelse	94 (23.6)	92 (23.2)	89 (22.3)	122 (30.6)	2 (0.5)
Misfornøyd med egen kropp	97 (24.3)	95 (23.8)	90 (22.6)	115 (28.8)	2 (0.5)
Følelse av håpløshet	98 (25.6)	79 (19.8)	97 (24.3)	123 (30.8)	2 (0.5)
Bekymrer meg for mye	60 (15.0)	88 (22.1)	93 (23.3)	156 (39.1)	2 (0.5)
Sorg	115 (28.8)	145 (36.3)	75 (18.8)	62 (15.5)	2 (0.5)
Konsentrasjonsvansker	91 (22.8)	95 (23.8)	78 (19.5)	133 (33.3)	2 (0.5)
Andre psykiske problemer	210 (52.6)	88 (22.1)	49 (12.3)	50 (12.5)	2(0.5)

#### 4.2 Forventninger og ønsker knyttet til hjelp av helsetjenesten

Deltakerne rapporterte i hvilken grad de trodde de ville få hjelp av helsetjenesten. De ble også spurt om de trodde noen ville forstå dem. Deltakerne rapporterte også i hvilken grad de ville bestemme hva behandlere kunne si til foreldre eller foresatte. Deltakerne ble i tillegg spurt i hvilken grad familie og venners mening om psykiske problemer og behandling påvirket dem. Resultatene (tabell2) viste at flertallet av deltagerne i studien (56.9%) trodde at de ville få hjelp av helsetjenesten. Nærmere halvparten (48.4%) sa at de trodde at noen ville forstå dem. Tre av fire (75.4%) deltagerne ønsket å bestemme hva behandler kunne si til foreldre/foresatte. Families mening om psykiske problemer og behandling hadde stor innvirkning på deres egne oppfatninger (51.6%). Det samme gjaldt venners meninger om psykiske problemer og behandling (47.9%). En av fire (26.5%) tror ikke de vil få hjelp av helsetjenesten. En tredjedel (31.3%) tror ikke noen vil forstå dem. Omtrent en fjerdedel blir ikke påvirket av families (24.3%) og venners (25.8%) meninger om psykiske problemer og behandling.

Tabell 2. Forventninger og ønsker knyttet til hjelp for psykiske plager

	Uenig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Enig n (%)
Jeg tror jeg vil få hjelp av helsetjenesten	106 (26.5)	66 (16.5)	227 (56.9)
Jeg tror ikke at noen vil forstå meg	193 (48.4)	81 (20.3)	125 (31.3)
Jeg vil bestemme hva behandleren kan si til mine foreldre/foresatte	53 (13.3)	45 (11.3)	301 (75.4)

Families mening om psykiske problemer/behandling påvirker meg	97 (24.3)	96 (24.2)	206 (51.6)
Venners mening om psykiske problemer/behandling påvirker meg	103 (25.8)	105 (26.3)	191 (47.9)

### 4.3 Hvem ungdom og unge voksne søkte hjelp hos

Deltakerne i undersøkelsen ble spurt hvem de hadde søkt hjelp hos når de opplevde psykiske problemer. Noen av deltagerne søkte hjelp hos familie og/eller venner (Tabell 3), andre brukte nettbaserte tjenester eller oppsøkte helsepersonell. Flere av deltakerne benyttet mer enn en type tjeneste. Flest ungdom rapporterte å ha søkt hjelp hos familiemedlem (64.7%), psykolog (59.8%) og venner (58.9%). Det var også mange som hadde søkt hjelp hos helsesykepleier (40.9%) og fastlege (44.1%). En litt mindre andel hadde søkt hjelp hos BUP/BURA (25.1%), annet helsepersonell (15.8 %), eller psykiater (14.8%). Færrest hadde søkt hjelp hos DPS (11.5%) og på legevakten (10.8%).

Tabell 3. Hvem ungdom og unge voksne har søkt hjelp hos for psykiske plager (n=399)

	Har søkt hjelp hos n (%)
Familiemedlem	258 (64.7)
Venn	235 (58.9)
Nettbasert hjelpetjeneste	50 (12.5)
Helsesykepleier	163 (40.9)
Psykolog	237 (59.4)
Fastlege	176 (44.1)
Legevakt	43 (10.8)
Psykiater	59 (14.8)
Annet helsepersonell <sup>1</sup>	63 (15.8)
BUP/BURA	100 (25.1)
DPS	46 (11.5)

1. Psykiatrisk sykepleier, miljøterapeut, andre

#### 4.4 Informasjon om tjenesten, behandlingsstart, samvalg og opplevd hjelp av helsetjenesten

Deltakerne i undersøkelsen rapporterte om de fikk informasjon om hvor de kunne søke hjelp når de opplevde psykiske problemer. De ble også spurt om de fikk starte behandling når de hadde behov for det. Deltakerne rapporterte om de ble involvert i avgjørelser som ble tatt og om de var fornøyd med hva de fikk bestemme. Under halvparten av deltakerne rapporterte at de fikk tilstrekkelig informasjon om hvor de kunne søke hjelp (41.8%) (Tabell 4). Nærmere en tredjedel (30.6%) opplevde ikke å få nok informasjon om hvor de kunne søke hjelp. Flertallet fikk startet behandling når de følte at de behøvde det (49.6%). Over en fjerdedel (26.1%) fikk ikke starte behandlingen når de hadde behov. De fleste deltagerne (60.9%) opplevde å bli involvert i avgjørelsene som ble tatt. Det var 15.1% som ikke opplevde å bli involvert i avgjørelser som ble tatt. Flertallet (55.6%) var også fornøyd med hva de fikk bestemme. Andelen som ikke var fornøyd med hva de fikk bestemme var 16.3%.

Tabell 4. Informasjon om helsetjenesten, behandlingsstart og samvalg (n=399)

	Uenig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Enig n (%)
Jeg fikk nok informasjon om hvor jeg kunne søke hjelp	122 (30.6)	112 (28.1)	165 (41.8)
Jeg fikk starte behandling når jeg hadde behov	104 (26.1)	97 (24.3)	198 (49.6)
Jeg ble involvert i avgjørelser som ble tatt	60 (15.1)	96 (24.1)	243 (60.9)
Jeg er fornøyd med hva jeg fikk bestemme	65 (16.3)	112 (28.2)	222(55.6)

Deltakerne rapporterte også hvor mye hjelp de mente at de hadde fått av de ulike gruppene av helsepersonell (svarkategoriene "det hjalp en del" og "det hjalp mye" rapporteres her samlet; og det samme gjøres for "hjalp lite", "hjalp ikke" og "ble verre"). Det var relativt stor variasjon i andelen av deltakere som rapporterte å ha hatt utbytte av hjelpen, fra rundt 41% til 65%, avhengig av hvilken tjeneste de benyttet. Av de 218 ungdommene som oppsøkte psykolog opplevde 65.1 % av dem å ha nytte av tilbudet, mot 34.9% som ikke hadde nytte av tilbudet eller ble verre. Av de 168 som oppsøkte fastlege opplevde 41.7% å ha utbytte av hjelpen de fikk, mot 58.3 % som ikke hadde nytte eller ble verre av hjelpen. Det var 160 som



oppsøkte helsesykepleier og av disse hadde 42.6% av ungdommene utbytte av hjelpen, og 57.5 % av ungdommene hadde ikke hjelp av tilbudet. Det var 108 stykker som mottok hjelp fra BUP/BURA og av disse opplevde 52.8 % utbytte av hjelpen mot 47.2 % som ikke hadde utbytte av hjelpen. Det var 61 personer som hadde fått hjelp av annet helsepersonell, her hadde 52.5 % hatt utbytte av hjelpen og 47.6% hadde ikke. Psykiater hadde gitt tilbud til 56 av deltakerne og av disse hadde 51.7 % hatt utbytte av hjelpen, og 48.2% opplevde ikke å ha hjelp av tilbudet. Det var 44 ungdom som hadde fått hjelp av DPS, av disse opplevde 52.3% å ha hjelp av tilbudet mot 47.7% som ikke hadde utbytte av tilbudet. Av de 41 ungdommene som hadde oppsøkt legevakt opplevde 48.8% å ha nytte av dette og 51.3% av dem hadde ikke utbytte av hjelpen eller ble verre.

Tabell 5. Hvor mye ungdom og unge voksne opplevde å få hjelp for psykiske plager fra helsetjenesten

	Ble verre n (%)	Hjalp ikke n (%)	Hjalp lite n (%)	Hjalp en del n (%)	Hjalp mye n (%)
Psykolog (n=218)	11 (5.0)	23 (10.6)	42 (19.3)	74 (33.9)	68 (31.2)
Fastlege (n=168)	6 (3.6)	34 (20.2)	58 (34.5)	42 (25.0)	28 (16.7)
Helsesykepleier (n=160)	12 (7.5)	32 (20.0)	48 (30.0)	42 (26.3)	26 (16.3)
BUP/BURA (n=108)	9 (8.3)	14 (22.2)	18 (16.7)	31 (28.7)	26 (24.1)
Annet helsepersonell (n=61)	7 (11.5)	7 (11.5)	15 (24.6)	18 (29.5)	14 (23.0)
Psykiater (n=56)	6 (10.7)	10 (17.9)	11 (19.6)	18 (32.1)	11 (19.6)
DPS (n=44)	6 (13.6)	7 (15.9)	8 (18.2)	14 (31.8)	9 (20.5)
Legevakt (n=41)	5 (12.2)	9 (22.0)	7 (17.1)	12 (29.3)	8 (19.5)

#### 4.5 Sammenheng mellom opplevd involvering i egen behandling og tilfredshet med involveringen

Deltakernes rapporterte involvering i sin egen behandling (12b9. *Jeg var involvert i avgjørelser som ble tatt*) var signifikant og sterkt korrelert med deres tilfredshet med hva de fikk bestemme (12b10. *Jeg er fornøyd med hva jeg fikk bestemme*) (Spearman's rho 0.821,  $R^2=0.674$ ,  $p<0.001$ ).

## 4.6 Modell for samvalg

En modell ble brukt for å undersøke hvilke faktorer som var assosiert med ungdoms opplevelse av å bli involvert i sin egen behandling (samvalg) når de har psykiske utfordringer. Utfallsvariabelen (avhengig variabel) for opplevelse av å bli involvert i beslutninger var "Jeg var involvert i avgjørelser som ble tatt" (12b9), og modellen inkluderte syv prediktorer (uavhengige variabler) som dekket fire ulike områder:

- A. **Psykiske problemer**, med håpløshet (6.15. *Følelse av håpløshet*) og selvskading (6.11. *Selvskading, f.eks. kutte/skjære meg*);
- B. **Forventninger til helsetjenesten**, med forventinger om å bli forstått (7.3. *Jeg tror ikke at noen vil forstå meg*) og om å få medvirke (7.6. *Jeg vil bestemme hva behandleren kan si til mine foreldre/foresatte*);
- C. **Opplevelser av helsetjenesten**, om deltakerne syntes at de fikk tilstrekkelig informasjon om hvor de kunne søke hjelp (12b1. *Jeg fikk nok informasjon om hvor jeg kunne søke hjelp*) og om de syntes at de fikk startet behandlingen til riktig tid (12b3. *Jeg fikk startet behandlingen når jeg behøvde det*); og
- D. **Opplevd utbytte av behandlingen** (10b. *Hvor mye hjalp det?*).

Korrelasjon mellom utfallsvariabelen og de syv prediktorvariablene var  $R=0.672$  ( $p<0.001$ ). Modellen forklarte 45.1% av variansen ( $R^2=0.451$ ) (tabell 6). Den sterkeste prediktoren var hvor mye deltakerne opplevde at det hjalp å oppsøke helsepersonell (standardisert beta,  $\beta=0.394$ ). En økning på ett poeng på skalaen for hvor mye deltakerne opplevde at behandlingen hjalp, var assosiert med en økning på 0.635 poeng på utfallsvariabelen (7-punkts skala) for rapportert involvering i avgjørelser som ble tatt ( $B=0.635$ , 95% KI 0.481,0.789,  $p<0.001$ ) (tabell 7). Dette var fulgt av hvorvidt deltakerne opplevde å få starte behandlingen når de behøvde det ( $\beta=0.251$ ,  $B=0.225$ , 95% KI 0.134,0.316,  $p<0.001$ ), og følelse av håpløshet ( $\beta=0.206$ ,  $B=0.308$ , 95% CI 0.155,0.460,  $p<0.001$ ). De øvrige variablene bidro i noe mindre grad til modellen: om deltakerne hadde fått nok informasjon om hvor de kunne få hjelp ( $\beta=0.135$ ,  $B=0.126$ , 95% CI 0.033,0.219,  $p=0.008$ ); i hvilken grad deltakerne ville bestemme hva som skulle bli sagt til deres foreldre/foresatte ( $\beta=0.125$ ,  $B=0.119$ , 95% CI

0.029,0.209,  $p=0.010$ ); at de ikke trodde at noen ville forstå dem ( $\beta=-0.109$ ,  $B=-0.098$ , 95% CI  $-0.179,-0.017$ ,  $p=0.018$ ); og selvskading ( $\beta=-0.109$ ,  $B=-0.160$ , 95% CI  $-0.317,-0.021$ ,  $p=0.025$ ).

Tabell 6. Oppsummering korrelasjon mellom utfallsvariabelen og de syv prediktorvariablene

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,672 <sup>a</sup>	,451	,438	1,244	,451	35,564	7	303	<,001

Samme fotnote som for tabell 7.

Tabell 7. Korrelasjon mellom utfallsvariabelen og de syv prediktorvariablene

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower	Upper	Tolerance	VIF
(Constant)	-,710	,183		-3,884	<,001	-1,070	-,350		
12b3	,225	,046	,251	4,879	<,001	,134	,316	,685	1,459
7.6	,119	,046	,125	2,595	,010	,029	,209	,784	1,276
10b	,635	,078	,394	8,104	<,001	,481	,789	,767	1,304
7.3	-,098	,041	-,109	-2,372	,018	-,179	-,017	,859	1,164
6.15	,308	,077	,206	3,969	<,001	,155	,460	,675	1,480
6.11	-,169	,075	-,110	-2,253	,025	-,317	-,021	,759	1,317
12b1	,126	,047	,135	2,674	,008	,033	,219	,715	1,399

a. Prediktorer (uavhengige variabler): 12b1. Jeg fikk nok informasjon om hvor jeg kunne søke hjelp, 7.3. Jeg tror ikke at noen vil forstå meg, 6.15. Følelse av håpløshet - Psykiske problemer, 10b. Hvor mye hjalp det? Helsepersonell - mean score (helsesykepleier, psykolog, fastlege, legevakt, psykiater, annet helsepersonell, BUP/BURA, DPS), 7.6. Jeg vil bestemme hva behandleren kan si til mine foreldre/foresatte, 6.11. Selvskading (f.eks. kutte/skjære meg) - Psykiske problemer, 12b3. Jeg fikk startet behandlingen når jeg behøvde det. b. Avhengig variabel: 12b9. Jeg var involvert i avgjørelser som ble tatt.

#### 4.7 Oppsummering av resultater

En stor andel av deltagerne i utvalget hadde alle rapportert psykiske plager i noen eller stor grad. Hyppigst rapportert var stress, å føle seg deprimert, trist eller lei seg, å være bekymret, samt redsel og fobier. Resultatene viste at mange av deltakerne hadde tro på at de ville få hjelp av helsetjenesten, men en av fire trodde ikke de ville få hjelp. Halvparten av deltakerne trodde at de ville bli forstått av en behandler, men en av tre trodde ikke noen ville forstå dem. Flertallet ønsket selv å bestemme hva behandler kan si til foreldre og foresatte. Familiens og venners mening om psykiske problemer var viktig for deltakerne, og noen søkt hjelp hos disse. Psykolog, helsesykepleier og fastlege var de tre helsepersonellgruppene som ble brukt av flest. Seks av ti deltakere rapporterte å ha hatt utbytte av behandling hos psykolog, mot rundt halvparten av dem som oppsøkte BUP, DPS, og annet helsepersonell. Helsesykepleier og fastlege var de to helsepersonellgruppene som lavest andel av deltakerne (fire av ti) rapporterte å ha fått hjelp av. Med unntak av psykolog var det altså rundt halvparten eller færre som ikke hadde utbytte av hjelpen. Under halvparten av deltakerne opplevde å ha fått tilstrekkelig informasjon om hvor de kunne få hjelp. De fleste opplevde imidlertid å bli involvert i avgjørelser som ble tatt.

Mange var fornøyd med hva de fikk bestemme. Resultatene viser at involvering gjennom samvalg var sterkt positivt assosiert med tilfredshet med egen involvering. Deltakerne var fornøyd med graden av involvering og hva de fikk bestemme. Den sterkeste prediktoren for de unges opplevelse av å bli involvert i sin egen behandling når de hadde psykiske problemer var om de opplevde at det hjalp å oppsøke helsepersonell. Å få starte behandlingen når de behøvde det, var også en sterk positiv prediktor, mens følelse av håpløshet var en negativ prediktor. De øvrige variablene bidro i mindre grad, men hadde allikevel en signifikant betydning for modellen.

## 5.0 Diskusjon

Dette er den første studien som ser på hvilke faktorer som er assosiert med ungdoms opplevelse av samvalg når de har psykiske problemer. En modell for å beskrive dette ble

testet. Det ble også undersøkt i hvilken grad unge opplevde å bli involvert i behandlingen sin gjennom å se på om ungdommene ble involvert, og om de var fornøyde med hva de fikk bestemme. Videre har studien undersøkt om ungdom opplevde hjelp av behandling og tiltak for psykiske problemer, hvem de søkte hjelp hos og også hvor stort utbytte ungdom rapporterte å ha av å oppsøke ulike profesjonsgrupper. Studien har sett på forekomst av ulike psykiske problemer, samt hyppighet av psykiske problemer opp mot kjønn. Samlet sett kan denne studien være et viktig bidrag for å tilpasse helsetjenesten for å styrke unges involvering i egen behandling. Det danner også et utgangspunkt for videre forskning med søkelys på unge og samvalg.

### 5.1 Hjelp fra helsetjenesten

Resultatene i denne studien viser at de fleste unge rapporterte å få hjelp når de opplevde psykiske problemer. Det var allikevel mange som ikke opplevde å få den hjelpen de hadde behov for. Mange av deltakerne opplevde at hjelpen de fikk ikke hadde effekt eller at de følte seg dårligere under eller etter behandlingen, og en firedel rapporterte at de ikke fikk hjelp når de behøvde det. For de fleste helsepersonellgruppene var det nærmere halvparten som ikke hadde utbytte av tjenestene de mottok, og hos helsesykepleier og fastlege rapporterte så mange som seks av ti at de ikke hadde utbytte av hjelpen. Bare psykolog utmerket seg med en høyere andel deltakere som rapporterte å ha hatt utbytte av tjenestetilbudet. Selv om alle unge i Norge har rett til et godt helsetilbud jf. Pasient og brukerrettighetsloven §2-1a og §2.1b (Lovdata, 2022), tyder funnene fra denne studien på at ikke alle opplever å få hjelp. Selv om en ikke kan forvente at alle er tilfredse med helsetjenesten, er andelen av dem som opplevde å ikke få hjelp av behandlingstilbudet så stor at det derfor kan vurderes som utilstrekkelig. Behandlerne i BUP har begrenset mulighet til å tilby hjelp utenfor poliklinikken (Riksrevisjonen, 2020-21). BUP/BURA hadde hjulpet mange av de som hadde fått tilbud hos dem, men kunne muligens hjulpet enda flere dersom de hadde mulighet til å møte ungdommene på deres arena. Det var psykolog, fastlege og helsesykepleier som hadde blitt oppsøkt av flest deltakere for psykiske vansker, men bare psykolog hadde hjulpet mer enn halvparten av de som mottok tjenesten. Hos både helsesykepleier og fastlege var det flere som ikke hadde utbytte av tjenesten eller ble verre, enn dem som faktisk opplevde å ha utbytte av tjenesten. Helsesykepleier og fastlege er de

helsepersonellgruppene som er lettest tilgjengelige for ungdom, som oftest uten særlig lang ventetid. Denne studien viser at disse tjenestene ikke har fungert godt for en stor andel av deltakerne. Dette er en mulig indikasjon på at tjenestene samfunnet tror skal hjelpe ungdommene, ikke fungerer så godt som ønskelig. Men også blant dem som hadde oppsøkt andre behandlere som psykiater, annet helsepersonell, DPS og legevakt oppgir nærmere halvparten av deltakerne at de ikke hadde utbytte av eller ble dårligere etter. Dette er bekymringsverdig og bekrefter at tilbudet unge får når de opplever psykiske problemer er utilstrekkelig. Selv hos psykologer, hvor de fleste rapporterte bedring, er det fire av ti som ikke opplever å få den hjelpen de behøver, et resultat som bør vekke bekymring og som bør utforskes videre.

Ved psykiske plager er det gjerne et større behov for at tjenestene tilpasses den unges liv og behov, at hjelpen gis når den trengs og at behandler kan møte de unge på deres arena om dette måtte være hjemme, på skolen eller andre steder. Det er behov for rask hjelp fra helsetjenesten for å ikke få forverret helsetilstanden og for å oppnå bedring, samt en forenklet prosess for å komme i kontakt med og få første time hos behandleren for å unngå for lang ventetid (Barneombudet, 2022).

I 2020 viste dødsfallregisteret at 5.4 prosent av de som begikk selvmord var under 20 år (FHI, 2021). Unge som opplever psykiske helseutfordringer, har behov for et behandlingstilbud hvor de ulike tjenestene samhandler og skaper kontinuitet og trygghet, for å slippe å bli kasteballer i helsetjenesten (Barneombudet, 2022). En viktig positiv prediktor for om deltakerne i denne studien opplevde å bli involvert i egen behandling var at de fikk starte behandlingen når de behøvde det. Studien bekrefter altså at det er viktig for unge å få starte behandlingen når de behøver det. Fire av fem kommuner rapporterer at de i stor grad tilrettelegger for at unge skal få helsetilbud av god kvalitet (Osborg et al, 2018). Ungdom forteller selv at det er viktig for dem at hjelpen oppleves som relevant i forhold til hva de sliter med. Da er det behov for å bruke tid på å finne ut hva man trenger hjelp til og så å tilpasse hjelpen i forhold til dette. Mange unge ønsker målrettede samtaler ut fra hva de selv sliter med og hvordan de kan håndtere egne utfordringer. I tillegg ønsker unge konkrete tips de kan bruke i hverdagen. Unge, organisasjoner og ansatte i kommuner uttrykker behov for

at det tilbys bredde i hjelpen gjennom individ-, gruppe-, eller aktivitetstilbud (Barneombudet, 2022).

Kommunens tilbud må altså tilpasses unges behov. En måte for at ungdommer skal kunne inngå raske avtaler med behandler kan være bruk av tekstmeldinger (SMS), og at behandler er lett å komme i kontakt med ved behov for eksempel via SMS eller telefon (Barneombudet, 2022). Det vil også kunne være til hjelp om sted for møtene tilpasses ungdommen, i tillegg til å tilpasse intensiteten og varigheten av hjelpen, i stedet for å måtte forholde seg til et avgrenset antall timer slik det er introdusert i pakkeforløp for psykisk helse (Barneombudet, 2022). Det kan være til hjelp for unge å kunne ha direkte kontakt med behandler, for eksempel gjennom tekstmeldinger eller at de har direktenummer til behandler, i stedet for å måtte ringe et sentralbord. Åpningstidene er også noe som er av betydning. Noen unge ønsker kun å benytte hjelp etter skoletid, både for å ikke gå glipp av undervisningstimer og fordi de av ulike grunner kan ønske at deres medelever ikke vet at de går til behandling. Det vil da oppleves som problematisk at de fleste hjelpetjenester har stengt etter klokken 16. Når unge opplever en større fleksibilitet rundt disse aspektene, skapes det rom som kan bidra til medvirkning i tillegg til å bygge relasjon mellom ungdom og behandler. Dette er selvsagt en utfordring for helsetjenesten, som har begrensede ressurser, men det er også et spørsmål om hvordan tjenesten organiseres. Det er derfor ikke "godt nok" å argumentere med at "dette har vi ikke råd til" (Barneombudet, 2022).

## 5.2 Involvering gjennom samvalg

Resultatene i min studie viser at involvering gjennom samvalg var sterkt positivt assosiert med tilfredshet med egen involvering. Dersom det ikke hadde vært en positiv sammenheng mellom disse to variablene, ville det tydet på at helsepersonell involverer de unge i behandlingen, men at de "ikke treffer" med denne involveringen, fordi de unge ikke er fornøyde med det. Det ville betydd at helsetjenesten må gjøre en stor endring i hvordan de legger opp brukermedvirkning og samvalg. Men resultatene tyder på det motsatte, altså at de fleste unge er tilfreds med sin involvering. Dette kan indikere at involvering gjennom samhandling er en viktig faktor for å øke ungdommenes tilfredshet med tilbudet de får fra

helsetjenesten, og det å oppleve at behandlingen er til hjelp for deres psykiske problemer. Annen forskning har også vist at ungdom ønsker å være involvert i avgjørelser som er relatert til deres psykiske helsehjelp. Graden av involvering varierer, fra det å bare bli lyttet til om sine meninger, til å være involvert i avgjørelser for egen behandling og på systemnivå for å bidra til utvikling av helsetjenester som oppleves som relevante for ungdommene (Viksveen et al., 2022). Gjennom samvalg kan unge gis reell makt i eget liv og over egen situasjon. I en tid i livet som kan oppleves som kaotisk og uoversiktlig, vil det å beholde deler av kontrollen over hva som skal skje kunne oppleves som en trygghet. I Arnsteins (1969) modell gis borgeren makt til å medvirke og delta i avgjørelser som påvirker hvordan organisasjoner og samfunn bygges opp eller løser utfordringer. På samme måte får de unge reell makt når de blir involvert gjennom samvalg når de opplever psykiske problemer. Da får den unge personen ta del i beslutninger som gjelder egen helse sammen med voksne mennesker som har kompetanse knyttet til sin profesjonsbakgrunn. Begge parter får kunnskap om hverandres perspektiver, og beslutninger kan tas på en måte hvor både ungdom, pårørende og helsepersonell blir sett, anerkjent og hørt. Ungdommer gis reell makt i eget liv, hvilket oppleves som betydningsfullt for å oppnå et godt behandlingsresultat (Bjønness, 2022).

Ungdom befinner seg i et skille mellom barndom og voksenlivet. De er avhengige av støtte og veiledning, men har også et behov for og et ønske om å være aktive bidragsyttere i forhold som omhandler dem. Samvalg og medvirkning er avhengig av fleksible rammer. Mange unge opplever å få medvirke i tilbudet de får fra kommunen og opplever dette som positivt. Noen trekker frem at det gir dem en følelse av trygghet. Å få medvirke ser også ut til å bidra til at unge har større utbytte av hjelpen, samt at de får styrket motivasjonen til å motta hjelp (Bjønness, 2022; Viksveen et al., 2022).

Samvalg og medvirkning er tett knyttet til informasjon. Unge synes det er viktig at behandler tar seg god tid til å forklare hva som skal skje. Dette kan gi ungdommer en opplevelse av å ha større kontroll. Det kan bidra til at de forstår hensikten med og opplever motivasjon ved å bli tatt med på prosessen (Barneombudet, 2022). Det er viktig for ungdom at deres perspektiv blir tatt på alvor og at de opplever å bli trodd. Dette gir trygghet som bidrar til at det føler at



de kan snakke fritt, og dette gjør også brukermedvirkning mulig. Det er viktig at ungdom opplever at terapeuten bryr seg om dem. Gjennom personsentrert omsorg kan helsepersonell vise genuin omsorg, medfølelse og betrakte verden fra deres perspektiv (Bjønness, 2022).

Resultatene av studien viser at de fleste opplevde å bli involvert i avgjørelser som ble tatt. Mange var fornøyd med hva de fikk bestemme. Medbestemmelse er en menneskerettighet som er lovfestet jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 og 3-2 hvor det beskrives at alle pasienter har rett til medbestemmelse, og til å få informasjon for å kunne medvirke i avgjørelser på en forsvarlig måte (Lovdata, 2022). Det er ikke behov for å se OM samvalg skal være en del av behandlingen, men hvordan samvalg best kan være en del av behandlingen. Det er enighet blant helsepersonell og foreldre om at brukermedvirkning er et grunnleggende prinsipp i helsetjenesten, for å bidra til å ivareta ungdommenes autonomi (Bjønness, 2022). Det finnes allikevel utfordringer relatert til ungdom med psykiske problemer og brukermedvirkning, og da kan det være behov for å "balansere" medvirkningen. Dette vil da spesielt omhandle det som man etter Arnsteins modell (1969) kan se på som høy grad av medvirkning. Samvalg og brukermedvirkning for ungdom skiller seg fra helsetjenester for voksne ved at også foreldre og foresatte spiller en rolle og har rettigheter frem til ungdommen er helserettslig myndig ved 16 år og myndig ved 18 år. I tillegg er ofte andre voksne involvert, fra skole, fritidstilbud eller hjelpeapparat. Disse spiller også en viktig rolle i livet til den unge. Det er viktig å inkludere den unges støttespillere i så stor grad som mulig, og foreldrene blir ofte en viktig beslutningstaker. Dette kan også medføre dilemmaer som at ungdom og foreldre har ulikt syn på saker eller foreldrene mener ungdommen ikke er i stand til å ta de beste beslutningene. Dersom foreldre i ungdommenes øyne blir for involvert i behandlingen deres, risikerer man at ungdommene ikke klarer å bygge like god relasjon til behandlerne, spesielt når de ikke selv får bestemme i hvilken grad foreldrene skal være involvert (Bjønness, 2022).

Ungdom kan delta gjennom samvalg på flere måter når de opplever psykiske problemer. De kan for eksempel dele erfaring med bruk av medisiner, være med på beslutninger som gjelder behandlingsvalg, delta i valg av gruppeaktiviteter, og engasjere seg i valg av

saksbehandler. Slik kan også samspillet mellom ungdom og behandler styrkes og ungdommen blir mer engasjert, noe som øker sjansen for godt utfall av behandlingen, og at ungdommen fortsetter å følge opp behandlingen (Viksveen et al., 2022).

Målet med samvalg er at ungdom skal få reell makt til å påvirke eget liv, spesielt knyttet til behandling, beslutninger og tiltak når de opplever psykiske plager. Tre fjerdedeler (75.4%) i denne studien ønsket å bestemme hva behandler skulle kunne si til foreldrene. Dette er et funn som bekrefter at ungdommene selv ønsker å ha kontroll over hva som blir fortalt videre, inkludert å ha kontroll over personsensitiv informasjon. Prinsippet om helsepersonells taushetsplikt er viktig for unge som oppsøker helsehjelp. Fra unges ståsted er behovet for konfidensialitet svært viktig når de skal åpne seg for helsepersonell. Unge ønsker trygghet for at opplysningene ikke videre bringes og de vil være sikre på at de blir forstått riktig. Taushetsplikt omhandler sånn sett en gjensidig tillit til de unges perspektiver på egen situasjon. Den unge har behov for å oppleve kontroll over eget liv, tanker og følelser som formidles (Langaard, 2006). Ungdommenes involvering er avhengig av at de voksne gir tilstrekkelig og god nok informasjon. For lite informasjon fører til at ungdommene føler lav grad av støtte gjennom manglende opplevelse av kontroll og manglende motivasjon for å delta aktivt i behandlingen sin (Viksveen et al., 2022). Den sterkeste prediktoren i studien som omhandlet faktorer som er assosiert med ungdoms opplevelse av å bli involvert i egen behandling, var hvor mye det hjalp å oppsøke helsepersonell.

### 5.3 Betydningen av nettverk

Foreldre har (eller tar) ofte en rolle som informasjonsformidler og er viktige for å følge opp og evaluere behandlingen barna deres mottar. Brukermedvirkning fungerer bedre når det er etablert godt samarbeid med foreldrene, i samråd med de unge selv. Man må se på både ungdommens og foreldrenes behov og forventninger for å oppnå kvalitet og tilfredshet gjennom en terapeutisk allianse. Hovednøkkelen er informasjon til ungdommen, som er en forutsetning for brukermedvirkning og samvalg (Bjønness, 2022). Resultatene i denne studien tyder på at familiens og venners meninger om psykiske plager og behandling var av

stor betydning for deltagerne. De fleste av ungdommene valgte å oppsøke familiemedlemmer når de trengte hjelp for psykiske problemer. De fleste svarte også at både familiens og venners mening om psykiske problemer og behandling påvirket dem. Dersom team som jobber med ungdom med psykiske problemer inkluderer ungdommen, deres familie samt deres sosiale nettverk i behandlingen, øker det sannsynligvis sjansen for ungdommens aktive deltakelse i behandlingen på kort og lang sikt. En tidligere gjennomført norsk studie viste at når dette ble gjort, var det dobbelt så stor sjanse for at ungdommen opplevde behandlingsmøter som positive (Bjønness, 2022). Dersom ungdommen hadde høyere forventinger enn de som ble innfridd og dårlig erfaring med samvalg, hadde de derimot mindre forståelse og evne til å håndtere egne utfordringer (Viksveen et al., 2022).

Mange forhold kan påvirke opplevelsen av hjelp og støtte når unge opplever psykiske problemer. En viktig faktor er at de har noen å henvende seg til. En nylig publisert studie viste at åtte av ti unge i dag opplever at de har noen de føler at de kan stole på (Mental helse, 2023). Det er helst nære relasjoner unge henvender seg til. Foreldre ses på som de viktigste ressurspersonene. Mange unge betror seg også til venner, noe som også kom frem i min studie, selv om flest henvendte seg til familiemedlemmer når de opplever psykiske plager. Flere unge uttrykker at de ikke ønsker å involvere så mange andre personer. Dessverre er det fortsatt slik at mange unge føler at de i stor grad er overlatt til seg selv og må mestre situasjoner og utfordringer på egenhånd. Ungdommene opplever at ansvaret hviler på dem, og det tyder på at psykisk helse oppleves som et ensomt og individuelt prosjekt for mange unge (Mental helse, 2023). Det er derfor et stort forbedringspotensial når det gjelder det å legge forholdene til rette for å styrke deres sosiale nettverk. Selv om foreldre utgjør viktige støttespillere, kan det offentlige bidra i langt større grad for å legge forholdene til rette for å bidra til flere og sterkere sosiale nettverk for ungdommer.

#### 5.4 Informasjon om hjelpetjenester

Resultatene av denne studien viser at under halvparten opplevde å ha tilstrekkelig informasjon om hvor de kunne få hjelp. Ikke alle unge ber om hjelp fra familie, venner eller andre. De bruker internett for å finne informasjon om det som plager dem, for selvhjelp og

for å søke hvor de kan få hjelp (Dysthe et. al, 2021). Dette kan ende med at de kommer over feilinformasjon som ikke er til hjelp for dem eller som kan være direkte skadelig. Det er derfor viktig å se på hva man kan gjøre med plattformer som overleverer informasjon om symptomer og andre utfordringer, tiltak for selvhjelp, behandling og ulike støtte – og hjelpetilbud for unge med psykiske problemer. Dysthe et.al (2021) fant at tiltak for å fremme egenmestring og informasjon om behandlingsmuligheter, prognose og hvor ungdom kan søke hjelp er viktig. I tillegg fant man at det er viktig at ungdom får kunnskap om psykiske lidelser og behandlingstilbud for å stimulere hjelpesøkende adferd, samt å kunne forebygge tilbakefall (Dysthe et. al, 2021).

Resultatene i studien viser at mange av deltakerne hadde tro på at de ville få hjelp av helsevesenet når de opplever psykiske problemer, men en av fire tror ikke de vil få hjelp av helsetjenesten. Helsesykepleiere var en av helsepersonellgruppene mange unge oppsøkte når de opplevde psykiske plager. Skolehelsetjenesten kjennetegnes av lett tilgjengelighet. Her kan unge komme uten henvisning og tjenestene er gratis. Å oppsøke helsesykepleier er kanskje også forbundet med noe mindre stigma enn det å oppsøke en psykolog (Langaard, 2006). Det vil være rimelig å anta flere ungdommer derfor ikke har like vanskelig for å ta kontakt med helsesykepleier. De fleste som har oppsøkt hjelp, har kontaktet psykolog, BUP, helsesykepleier eller fastlege (Mental helse, 2023). Helsesykepleier er også en av yrkesgruppene i denne studien som har vært hyppigst kontaktet, men også en av gruppene hvor flest har opplevd at de ikke fikk hjelp eller ble verre av tilbudet. I denne studien opplevde flest å ha hjelp av tilbud fra psykolog, BUP, annet helsepersonell og DPS. Når over halvparten av ungdommene som oppsøker tjenestene helsesykepleier og fastlege som er gjort lettest tilgjengelig for dem, ikke hjelper eller gjør dem verre er det nødvendig å se på kvaliteten av tilbudet som gis. En tidligere studie som omhandler fastlegers møte med ungdom som opplever psykiske problemer, viste at mange fastleger følte seg faglig usikre i møtet med denne pasientgruppen. Legene opplevde å ha begrenset kunnskap fra grunnutdanningen til å møte dem. Det var begrensede muligheter for etter og videreutdanning innen emnet psykisk helse hos barn og unge. Legene var opptatt av at de skal ha et godt utgangspunkt for å bygge tillit og bidra til et godt helsetilbud, men de var i varierende grad involvert i det tverrfaglige samarbeidet. Økt veiledning og samarbeid fra spesialisthelsetjenesten ble sett på som nødvendig for at fastlegene skal være i stand til å

møte ungdom med psykiske problemer på en måte som gjør at de får hjelp av tilbudet (Hafting & Garløv, 2006). Blant helsesykepleiere har det vært omdiskutert om de skal drive med behandling av psykiske problemer. I 2019 ble det gjennomført en høring og det ble bestemt at helsesykepleiere kunne påta seg arbeid med behandling av lettere somatiske og psykiske plager hos barn og ungdom de hadde ansvar for, på grunnlag av manglende tilbud flere steder i landet. I forbindelse med høringene kom det frem at både helsestasjoner og skolehelsetjenesten var utilstrekkelig bemannet, i tillegg til at de hadde manglende kompetanse for å kunne tilby slike tjenester. Kommunenes rapporter viser at et økt antall unge sliter med psykiske problemer. Rapportene viser også at det er behov for flere lavterskeltilbud for unge slik at man kan behandle psykiske problemer på lavest mulig nivå (Gallefoss & Øen, 2023).

Når profesjonell hjelp gjøres lett tilgjengelig, er det viktig at hjelpen utformes på en måte som hindrer sykeliggjøring av ungdommen. Ungdom uttrykker selv behov for å bli møtt med nøytralitet, omsorg, selvbestemmelse og konfidensialitet (Langaard, 2006). Å vite når man skal oppsøke hjelp er ikke alltid lett for ungdom. Psykisk helse oppleves gjerne som litt ukjent for en del ungdom. Det kan være følelser av negativ art som de ikke helt vet hvor kommer fra og hva de skal gjøre med. De skjønner ikke hvorfor de er lei seg, og det oppleves forvirrende. Psykisk helse oppleves som ukontrollerbart og uforklarlig. Det er vanskelig for mange unge å beskrive psykisk helse med konkrete svar (Mental helse, 2023). For deltakerne i denne studien viste modellen som ble benyttet at den viktigste prediktoren for opplevelsen av å bli involvert i egen behandling var i hvilken grad det hjalp å oppsøke helsepersonell. Det var varierende hvor mye deltakerne opplevde at helsehjelpen hjalp. Noen yrkesgrupper skilte seg ut som de som hadde hjulpet for flest. Dette var psykolog, helsesykepleier og fastlege.

## 5.5 Psykiske problemer hos ungdom

Resultatene av studien viser at stress var det hyppigste selvrapporterte psykiske problemet. Hele 73.4 % av utvalget hadde opplevd stress. Dette bekrefter resultater fra de nasjonale

Ungdata-undersøkelsene (Ungdata, 2022). Forskning viser at ungdom, spesielt jenter, sliter med stressrelaterte plager.

Det er store forskjeller i hyppighet av psykiske problemer når det gjelder kjønn og alder. Det er signifikant flere jenter (63 %) enn gutter (39 %) som oppgir å ha ganske eller svært dårlig psykisk helse og ha oppsøkt hjelp (Mental helse, 2023). Dette samsvarer med min studie som også viste at jenter var overrepresentert med 63 %, mot 35 % gutter.

Mange unge forteller at de opplever at kravet til karakterer øker og mange kjenner på et stort press for å prestere på og utenfor skolen. De ønsker å få til alt, på alle arenaer i livet. De vil ha gode karakterer, være god i idrett, se bra ut og være populære (Ungdata, 2022). Mange opplever at "alle andre" får det til. De tenker gjerne at kun "det beste" er godt nok. Det som skaper mest stress og bekymring er skole og studier. Halvparten av ungdommene er bekymret for dette (Mental helse, 2023). Vennskap og brutte vennskap er også noe unge bekymrer seg for. Andre forhold ungdommene er bekymret for, er forventningspress fra omgivelsene, eget stressnivå og eget utseende, samt intime forhold. Tre av ti uttrykker også bekymring for egen psykisk helse (Mental helse, 2023). Dette samsvarer med funn i min studie, hvor de fleste fra utvalget hadde opplevd stress, og mange hadde opplevd bekymring. Rundt 15-20 % av barn og unge i Norge rapporterer psykiske problemer i større eller mindre grad som er så utfordrende at det går ut over skolegang og fritid. Psykiske problemer i barne og ungdomsårene øker risiko for dårlig psykisk helse senere i livet (Sand & Kvarme, 2018). I tillegg øker faren for frafall fra skole, problemer i nære relasjoner, arbeidsliv og rusmisbruk. Det er større risiko for at ungdom utvikler psykiske problemer i perioder med traumer og mye stress. Når belastningen øker, blir det økt fare for at omfanget av problemene og varigheten av problemene øker. Det er større frafall fra skolen når ungdom sliter med problemer som angst, depresjon og adferdsproblemer (Sand & Kvarme, 2018).

Mange unge rapporterer stress og press relatert til skoleprestasjon (Eriksen, et al., 2020). Foreldrenes måte å formidle forventninger på har betydning for hvordan ungdom håndterer prestasjonsstress og hva de tenker er årsak til eventuelle psykiske problemer. Ungdom av

foreldre fra middelklassen opplever ofte foreldrene som sterkt målrettede på ungdommens vegne (Eriksen, et al., 2020). De har store krav og ambisjoner om ungdommens prestasjoner. Ungdommene opplever da lavere grad av selvstendighet, og psykiske problemer kan komme som en konsekvens av prestasjonspress og å ikke kunne leve opp til foreldrenes og deres egne forventninger. Ungdom med foreldre fra den kulturelle middelklassen føler større press fra forventninger rettet mot dem selv. De er opptatt av selvdisiplin og mål de selv har satt. De opplever også i større grad selvstendighet. Både ungdom med foreldre fra middelklassen og ungdom med foreldre av den kulturelle middelklassen opplever å være utsatt for risiko for å mislykkes hvis de ikke til enhver tid yter sitt beste. Mange av disse unge sliter med angst og stress både i hverdagen og når de tenker på fremtiden. Muligheten for å mislykkes oppleves som en trussel mot deres selvfølelse både for nå og fremtid. Dette er en stressfaktor som er svært skadelig for menneskers mentale helse (Eriksen, et al., 2020). I denne studien rapporterte flertallet at de hadde opplevd stress i en så stor grad at det var et psykisk problem. Det ble ikke spurt om direkte stress knyttet til skolegang, men Ungdataundersøkelsene har vist at mange ungdommer sliter med skolerelatert stress.

Mange unge sliter også med depresjon og tristhet. Fastlegen er ofte den første som kommer i kontakt med ungdom som sliter med dette, og det gir en mulighet for at ungdommen kan få hjelp tidlig. En norsk studie undersøkte screening av ungdom for depresjon gjennom å stille tre spørsmål knyttet til opplevelse av å føle seg nedfor, deprimerte eller triste, samt om de hadde opplevd redusert interesse for ting som tidligere gav dem glede og om dette var noe ungdommen ønsket hjelp for (Rashidi, 2016). Ved å stille to spørsmål om symptomer og ett spørsmål om hjelpebehov, fikk man ganske pålitelige holdepunkter for om ungdommen hadde symptomer på depresjon. I min studie var depresjon og tristhet det nest hyppigste psykiske problemet, hele to av tre rapporterte dette. Forekomsten av psykiske problemer er hos de fleste unge lave før puberteten (Sletten & Bakken, 2016). Det er heller ingen vesentlige forskjeller hos kjønnene før den tid. I ungdomstiden er det vanlig at omfanget av psykiske problemer øker, og flere jenter sliter med dette enn gutter. Når ungdomstiden er over, blir det større likhet mellom kjønnene, men kjønnsforskjellene forsvinner ikke helt. For de fleste mennesker forsvinner psykiske problemer etter hvert og ofte uten bruk av intervensjoner/behandling, men hos dem som har et alvorlig forløp er det større risiko for at

dette vedvarer inn i voksenlivet. De vanligste problemene er angst, depresjon og adferdsproblemer (Sletten&Bakken, 2016).

Alle mennesker er født med en viss sårbarhet som påvirker hvordan vi mestrer stress. Miljøfaktorer som hvordan vi vokser opp og relasjoner til omsorgspersoner og andre, påvirker også hvordan man håndterer stress og påkjenning. Risikoen for å oppleve psykiske problemer øker når man opplever flere typer belastning eller traumer samtidig, spesielt hvis dette kombineres med lav grad av støtte og høy grad av sårbarhet (Sletten & Bakken, 2016).

## 5.6 Hjelp når de trenger det

Resultatene av min studie viser at flertallet opplevde å få starte behandlingen når de trengte det. Det gjaldt imidlertid ikke alle. En av fire fikk ikke hjelp når de trengte det. Ifølge Helsedirektoratet var i 2020 ventetiden for psykisk helsehjelp fra henvisning var sendt til unge med psykiske problemer fikk hjelp fra spesialisthelsetjenesten gjennomsnittlig 53.5 dager (Helsedirektoratet, 2023). Tjenestetilbudet i ulike kommuner varierer, og dette kan føre til at mange unge i Norge ikke får den hjelpen de har behov for. De som bor i et område hvor ventetidskravet ikke innfris, kan risikere å ikke få hjelp når de har behov for det. Mange kommuner har begrensede ressurser som gjør at hjelpetilbudet kun blir tilgjengelig i et begrenset omfang (Riksrevisjonen 2020-2021). Det er viktig at de unge får hjelp lenge nok (Barneombudet, 2022). Rapporter fra ungdommer viser at det varierer hvor lenge og hvor intensivt de behøver og mottar hjelp. Flere unge ønsker fleksibilitet i forhold til i hvor lang tid og i hvilken intensitet hjelpes tilbys. Noen har behov for støtte over lang tid, mens andre klarer seg med noen uker. Det at behandler har tid til å bygge relasjon til ungdommen er viktig. Det forskjell fra kommune til kommune i hvor stor grad de har mulighet til å være fleksible og ha mindre strenge kriterier for inntak. Disse kommunene har mulighet til å følge ungdommene over lengre tid, i noen tilfeller over flere år ved behov. Dette er allikevel ressurskrevende, men sammen med ungdommene anerkjennes behovet for at behandlingen er langsiktig (Barneombudet, 2022). Det må skapes et grunnleggende terapeutisk bånd mellom behandler og pasient for at terapi skal kunne være effektivt. Båndet bygger på tillit og forståelse i tillegg til behandlers kunnskap og ekspertise (Bjønness, 2022). Barneombudet



har funnet at der ungdommene er fornøyde med hjelpen de får, er disse faktorene til stede. De opplever at hjelperen har tilstrekkelig tid til å bygge en god relasjon og at de har tilgang på hjelpen ved behov. Tilbud som helsesykepleier, psykolog og rådgiver trekkes frem som grupper som har gitt rom for å medvirke, fleksibilitet samt relasjonsbygging (Barneombudet, 2022). Mange ungdommer er fornøyd med hjelpen de får, men kommuneansatte forteller at tilbudene ikke alltid er like fleksible. Det blir trukket frem at mange bare har et tilbud innenfor visse tider og steder, og ikke nødvendigvis når de unge trenger det mest. De fleste deltakerne i min studie rapporterte at de fikk starte behandling når de hadde behov for det. Mange av deltakerne i studien tror at noen vil forstå dem når de opplever psykiske problemer, men en av tre deltakere tror ikke noen vil forstå dem.

### 5.7 Styrker og svakheter ved studien

I studien er det benyttet kvantitativ metode, med tverrsnittstudie som valgt design. En tverrsnittstudie er egnet for å gi "et øyeblikksbilde" med informasjon om prevalens av ulike variabler, i dette tilfellet variabler som gir indikasjoner på ungdommenes opplevelse av sin psykiske helse, bruk av helsetjenester og faktorer knyttet til samvalg. Tverrsnittstudier gir ikke informasjon om endringer over tid. I så fall må man gjøre gjentatte studier over et visst (lengre) tidsrom, og dette vil i så fall refereres til som longitudinelle studier. Tverrsnittstudier gir heller ikke dybdeinformasjon som gir mer utførlig beskrivelse av hvordan ungdom opplever sin psykiske helse, bruk av helsetjenester og samvalg. Kvalitative studier vil være bedre egnet for å bidra til slik kunnskap. Tverrsnittstudier foreller heller ikke noe om årsakssammenhenger, kun om assosiasjoner mellom ulike variabler.

Gitt at denne tverrsnittstudien ble utført med deltakere i all hovedsak fra ungdomsskoler og videregående skoler i to fylker, er det også begrensninger knyttet til i hvilken grad man kan generalisere resultatene til populasjonen av ungdom i Norge. Det at studien ble gjennomført i byer og tettsteder, og inkluderte ulike former for utdanningsinstitusjoner, bidro imidlertid til en bredde i utvalget, som kan øke sjansen noe for å få et mer representativt utvalg for

populasjonen av ungdom som går på ungdomsskole og videregående skole. Studien forteller ingenting om dem som har falt ut fra skolen.

Resultatene fra studien er i høy grad knyttet til hvordan helsetjenesten er bygget opp i Norge. Det er allikevel slik at forskning og kunnskap om samvalg når ungdom opplever psykiske problemer kan være av interesse internasjonalt, spesielt gitt det begrensede omfanget av forskning som finnes på feltet samvalg ved ungdoms bruk av helsetjenesten. Kunnskapen kan være relevant for forskere, helsepersonell, foreldre, ungdom og institusjoner som har ansvar for å tilrettelegge tjenestetilbudet for ungdom, samt beslutningstakere som har ansvar for å utvikle retningslinjer og tildele budsjetter for utvikling og drøfting av tjenestene.

Undersøkelsen ble gjennomført på skolene, i skoletiden. Det er både styrker og svakheter knyttet til dette. En svakhet kan være at det ikke er sikkert at alle som faktisk opplevde psykiske problemer, turte å rapportere dette av frykt for at andre elever eller lærere skulle kunne se besvarelsen deres. Det er heller ikke mulig å utelukke at noen elever ikke forsto alle spørsmålene, men ikke turte å be lærerne sine om forklaring. Dette vil kunne påvirke om svarene er pålitelige. Lærere er imidlertid godt vant til å ha en viss "kontroll" over klassemiljøet og det er derfor ikke urimelig å anta at de fleste har fått besvare spørsmålene uforstyrret og i trygge omgivelser.

Det er en styrke at spørreundersøkelsen var elektronisk og anonym. Det er rimelig å anta at det at undersøkelsen var anonym, økte sannsynligheten for at ungdommen turte å svare ærlig. Å kunne levere undersøkelsen elektronisk var både mer praktisk og reduserte sjansen for at opplysningene kommer på avveie, sammenlignet med papirbaserte spørreundersøkelser.

Jenter var overrepresentert i denne studien, noe som kan henge sammen med at flere jenter sliter med psykiske problemer og oftere søker hjelp. Gutter er kanskje mindre bevisst sine

psykiske plager og mer reservert når det gjelder å dele denne typen informasjon. Det er derfor uklart i hvilken grad undersøkelsen gir et presist resultat for de to kjønnene.

Spørreskjemaet var blitt utviklet over tid og hadde blitt testet i tidligere pilotprosjekter. Det var dessuten delvis bygget på validerte instrumenter. I tillegg hadde ungdom og helsepersonell bidratt i utviklingen av spørreskjemaet. Det er rimelig å tenke av disse faktorene kan ha bidratt til å styrke relevans, validitet og pålitelighet av spørreskjemaet.

Noen av spørsmålene var obligatoriske. Det betyr at deltakerne måtte besvare disse spørsmålene før de kunne gå videre til neste spørsmål. Det kan ikke utelukkes at noen deltakere valgte å droppe ut av studien av denne grunnen eller at de svarte for raskt/upresist eller feilaktig på spørsmålene. Gitt at spørreskjemaet var blitt testet ut på forhånd og at det var blitt funnet brukervennlig av de unge som hadde testet det, reduserer imidlertid sjansen for dette.

Det å bli stillet spørsmål om psykiske problemer kan tenkes å mulig bidra til at deltakerne også etter undersøkelsen tenkte over egen psykiske helse. For noen kan dette kanskje ha bidratt positivt, mens det for andre kanskje kan ha bidratt til bekymringer. Tidligere forskning har imidlertid ikke vist at det er noen sammenheng mellom det å bli stillet spørsmål om f.eks. selvmordstanker eller selvskading, og økt risiko for denne typen tanker og handlinger etter slike undersøkelser (Blades, 2018). Det at undersøkelsen ble gjennomført på skolen, kan også ha gjort det lettere for elever å snakke med sine lærere eller med medelever om eventuelle bekymringer. Dessuten ble det i informasjonsskrivet informert om hvilke instanser ungdommene kunne ta kontakt med, dersom de skulle ha behov for det.

Kvantitativ forskning var et område som var nytt for meg å jobbe med. Jeg har lært mye gjennom prosessen, og føler at jeg har oppnådd større forståelse av de ulike metodene som ble brukt. Det var en styrke for studien at veileder bidro til dataanalysene og at en professor i medisinsk statistikk bidro med anbefalinger.

Spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen var i tillegg til norsk, også tilgjengelig på engelsk for å inkludere dem som ikke hadde tilstrekkelige norskkunnskaper. Det var også tilgjengelig på arabisk for å gjøre undersøkelsen lettere tilgjengelig for flyktninger fra Midtøsten, og på dari for å lette deltakelse for dem som kommer fra Afghanistan.

## 5.8 Samvalg sett opp mot teori

Gjennom samvalg kan ungdom bli møtt og sett og gjennom kunnskap bli gitt reell makt i eget liv. Som Arnsteins borger (1969) som får reell makt i samfunnet gjennom å delta i avgjørelser, kan ungdommen være med på å forme behandlingstilbud, tiltak og være med på å legge til rette for andre som trenger hjelp ved å fortelle hva unge i dag mener at de faktisk trenger. Vi ser gjennom forskning at samvalg er ønsket og nødvendig for at ungdommen skal bli engasjert, ha tillit og oppleve bedring når de har psykiske problemer. Ungdom kan også bli ressurspersoner for andre gjennom å opptre som kontaktperson for andre med psykiske problemer når de selv er bedre og på denne måten bidra i samfunnet (Viksveen et al., 2022, Bjønness, 2022). Gjennom samvalg kan ungdom nå nivået "partnerskap" eller høyere i kategorien "borgerkontroll" på Arnsteins "stige for medvirkning". Nivået partnerskap innebærer at maktfordeling er distribuert mellom maktpersoner og "den vanlige borgeren" (Arnstein, 1969). På samme måte får ungdom og helsepersonell en maktfordeling mellom dem. Der unge tidligere ikke hadde reell makt får de gjennom kunnskap, erfaringer og kompetanse mulighet til å bidra i beslutninger som angår egen helse. For at ungdom skal kunne mestre utfordringer de møter er det sannsynligvis viktig for de fleste å føle at det er en mening med det som skjer. Å få delta gjennom samvalg kan være med på å gi en "opplevelse av sammenheng" (Antonovsky, 2012). Målet for behandlingen for psykiske problemer hos ungdom må være å skape orden i en kaotisk tilværelse. Samvalg kan bidra til meningsfullhet som i følge Antonovsky er den viktigste faktoren og omhandler motivasjon og styrke til å gå gjennom krevende perioder. Gjennom samvalg skal ungdommene oppleve at situasjonen er håndterbar og begripelig fordi de får kunnskap og kompetanse nok til å være deltakende i beslutninger som omhandler dem og deres liv. Helsepersonell spiller en viktig

rolle for at dette skal kunne skje, da grunnlaget for samvalg er at kunnskap og kompetanse blir delt på en måte som ungdommene forstår og kan benytte seg av.

## 6.0 Konklusjon

Resultatet av studien viste at samvalg er viktig for ungdommenes tilfredshet når de mottar hjelp for psykiske problemer. De fleste deltakerne i studien opplevde å bli inkludert i avgjørelser som ble tatt, og mange var fornøyd med hva de fikk bestemme. Ungdommene ønsket å ha kontroll over egen informasjon, og ville bestemme hva behandler kunne fortelle foresatte. De to viktigste prediktorene for om ungdommene rapporterte å få bidra til egen behandling gjennom samvalg, var om de opplevde å få hjelp fra helsepersonell, og at de fikk starte behandlingen når de trengte det. Studien gir imidlertid ikke svar på hvordan kausalitet skal forstås når det gjelder disse sammenhengene. De fleste deltakerne fikk hjelp når de trengte det, men det var allikevel en betydelig andel som rapporterte at de ikke hadde fått den hjelpen de hadde behov for. Flest deltakere hadde oppsøkt psykologer, helsesykepleiere og fastleger. Av disse var det psykolog som hadde hjulpet størst andel, mens behandling hos helsesykepleiere og fastlege var det en større andel som ikke opplevde å ha utbytte av. Høyere grad av opplevd håpløshet var negativt assosiert med rapporter om samvalg. De øvrige prediktorene, informasjon om tjenesten; innflytelse på hvilken informasjon som ble videreformidlet til foreldre; tro på å bli forstått; og grad av selvskading; var av mindre betydning i modellen. Involvering gjennom samvalg var sterkt positivt assosiert med tilfredshet med egen involvering i behandlingen. Dette indikerer at de ulike delene av helsetjenesten involverer ungdom på en måte som de er tilfreds med. Mange av ungdommene i studien hadde tro på at noen ville forstå dem når de opplevde psykiske problemer, men så mye som en av tre hadde ikke det. Studien viste også at mange ungdommer søkte hjelp fra familie og venner, og at disse personene sine meninger om psykiske problemer og behandling var av stor betydning for ungdommenes egne meninger. Samvalg kan bidra til at ungdom opplever å beholde kontrollen i en tid som kan oppleves kaotisk. Samvalg kan bidra til motivasjon og pågangsmot til å stå i krevende situasjoner fordi

opplevelsen av meningsfullhet og egenverdi styrker ungdommene til å ta avgjørelser og bidra i samfunnet slik som Arnsteins borgere.

## 6.1 Implikasjoner for videre arbeid med ungdom

Resultatene av denne studien tyder på at helsetjenesten bør forbedres, for bedre å møte ungdoms behov når de sliter med psykiske problemer. Styrket informasjon og tilgjengelige tjenester vil kunne bidra til å øke sjansen for at ungdom finner fram til den tjenesten som passer best for dem. Mange har kanskje behov for å teste ut flere tjenester før de finner noe som passer dem. Man vet at det kan være ganske lang ventetid for å komme til psykolog så det er viktig å se på muligheter for å korte ned ventetid i tillegg til å forenkle henvisningsrutinene. Studien viser at mange ikke hadde effekt av hjelpetilbudene de prøvde og dette kan indikere behov for flere lavterskeltilbud som kan hjelpe ungdom i tidlig fase når de opplever psykiske problemer. Tilbudene som eventuelt opprettes må gjøres kjent for unge gjennom flere kanaler. Det videre helserettede tilbudet helsesykepleiere gir gjennom skole og helsestasjon bør styrkes kvalitetsmessig ved å sette inn mer ressurser og kontortid på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten, i tillegg til å utvikle kompetansen hos de ansatte der det er nødvendig. Det samme gjelder arbeidet fastleger gjør for ungdom som oppsøker hjelp for psykiske problemer.

Resultatene fra studien indikerer at samvalg er en viktig og nødvendig del av behandlingen for psykiske problemer hos ungdom. Det å få hjelp av helsetjenesten var assosiert med opplevelsen av å bli involvert. Dette reiser spørsmål om hvorvidt involvering gjennom samhandling er en sentral faktor for å øke ungdommenes tilfredshet med tjenesten og det å oppleve at behandlingen er til hjelp for deres psykiske problemer. Samvalg bør være en viktig del av behandlingen når helsetjenesten møter ungdom. På samme måte som Arnsteins borger får makt gjennom deltakelse og engasjement i samfunnet, får ungdom makt i eget liv når de har behov for helsehjelp gjennom å motta nødvendig kunnskap fra helsepersonell og på den måten kan ungdommens engasjement, behandlingvillighet og helsetilstand påvirkes i positiv forstand. Det å sørge for at ungdom har den nødvendige informasjonen slik at de kan være aktive deltakere i saker som vedrører deres helse bør være av høyeste prioritet.

Resultatene understreker også viktigheten av at unge får hjelp når de trenger det. Dette betyr at ventetiden i spesialisthelsetjenesten bør kortes ned slik at hjelpen når fram tidligere.

Resultater fra studien indikerer at det vil være til hjelp i større grad å "spille på lag" med ungdommenes sosiale nettverk, da familie og venners meninger har stor betydning for ungdommene. Dette understøttes også av en studie av Bjønness (2022), hvor de fant at det var større sannsynlighet for at ungdommen ble i behandling, gjennomførte behandling og opplevde bedring når nettverket ble involvert.

Det at flere jenter enn gutter rapporterte psykiske problemer, kan forstås som at forebyggende tiltak og tiltak som kan hjelpe jenter i tidligere faser med symptomer må styrkes. Dette understøttes også av andre undersøkelser fra Ungdata (Bakken, 2022). På den andre siden kan det tenkes at det at færre gutter enn jenter rapporterte psykiske problemer kan være en indikasjon på at det er behov for å styrke informasjon til gutter, og normalisere det å oppsøke hjelp for psykiske problemer. Måten dette kan gjøres på er å bidra med kunnskap og opplæring i skolen, for begge kjønn, men også hvor kommunikasjon tilpasses hvert enkelt kjønn og hver enkelt ungdom.

Gjennom denne studien kommer det frem at svært mange av deltakerne sliter med stress. Dette understøttes også av andre studier som viser at mange unge sliter særlig med sosialt stress og skolerelatert stress (Ungdata, 2022, Mental helse, 2023). Det at stress var det vanligste rapporterte problemet blant ungdommene, kan forstås som at det kan være behov for å vurdere den totale stressmengden de utsettes for, og eventuelt nedjustere forventningene som stilles til dem, eller å bidra til å styrke ungdommenes resiliens slik at de bedre kan tåle utfordringene de møter.

## 6.2 Implikasjoner for videre forskning

Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap knyttet til samvalg ved ungdoms bruk av helsetjenester for å støtte dem med deres psykiske problemer, gitt funnene i denne studien og at det kun eksisterer begrenset forskningsbasert kunnskap innenfor dette feltet. Det vil også være tilrådelig gitt at viktigheten av brukermedvirkning og samvalg har blitt fremhevet i lovgivning og offentlige dokumenter. Ungdom i min studie gav tydelige signaler om hvor viktig medvirkning i egen behandling og samvalg var for dem. Den videre forskningen bør sette søkelys på hvilke aspekter av samvalg som er viktigst for unge. Er det å bli lyttet til, respektert og anerkjent som menneske som er viktigst i en fase av livet som kan oppleves som kaotisk og usikker? Eller er det for dem å føle at de har makt til å gjøre endringer i egen situasjon og i eget liv til tross for at de ennå ikke er myndige? Kan det å involvere dem i beslutninger knyttet til deres egen behandling også bidra til at de modnes som mennesker? Denne typen forskning vil kunne gi svar som kan ha stor betydning for videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet, og for ungdommene selv. Forskning bør også evaluere effekten av samvalg knyttet opp til ønsket behandlingsutfall. Beslutninger må da tas i forhold til hva som skal regnes som relevante og viktige kliniske utfallsmål. Kanskje kan ungdom selv involveres i vurderingen av hva som er viktige utfallsmål, slik at det bidrar til å styrke forskningens relevans. Videre er det behov for studier som har søkelys på ulike informasjonskanaler. Mange unge bruker internett for å søke seg frem til hva som er årsaken til det de føler på. Forskning vil kunne gi tydeligere svar på hva som er gode digitale plattformer som kan bidra til å møte ungdommenes behov når de sliter med psykiske problemer.



## Referanseliste

Aanesen, K. H. (2020, 28. november). Innsamling av kvantitative data. NDLA. Tilgjengelig på: [Innsamling av kvantitative data - NDLA](#)

Antonovsky A. (2012) Helsens mysterium. Den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Arnstein, S. (1969) A ladder of citizen Participation, Journal of the American Institute of planning association Volume 35, 1969 - Issue 4

Bahus, M. (2022) Brukermedvirkning i helsetjenesten, brukermedvirkning i helsetjenesten – Store norske leksikon Tilgjengelig på: [brukermedvirkning i helsetjenesten – Store norske leksikon \(snl.no\)](#)

Bakken, A. (2018) Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av press og stress. Årgang 18, 2 IINOVA/OsloMet Tilgjengelig på: [Visning av Generasjon prestasjon? \(oslomet.no\)](#)

Bakken, A. Ungdata 2020. Nasjonale resultatet (NOVA Rapport 16/20). Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet, 2020. Tilgjengelig på: [ODA Open Digital Archive: Ungdata 2020: Nasjonale resultater \(oslomet.no\)](#)

Bakken, A Ungdata 2018 nasjonale resultater, NOVA Tilgjengelig på: [ODA Open Digital Archive: Ungdata 2018. Nasjonale resultater \(oslomet.no\)](#)

Bakken, A Ungdata 2022 nasjonale resultater NOVA Tilgjengelig på: [Ungdata 2022: Stadig færre unge deltar i organiserte fritidsaktiviteter - OsloMet](#)

Bang, L. (2022) Folkehelse rapporten, Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. Oppdatert 31.05. Tilgjengelig på: [Psykiske plager og lidelser hos barn og unge - FHI](#)

Barneombudet (2022) Rapport om psykisk helsetilbud til barn og unge i kommunene Hvem skal jeg snakke med nå? Fagrapport september 2022 Tilgjengelig på: [Hvem-skal-jeg-snakke-med-na.pdf \(barneombudet.no\)](#)

Barneombudet (2020) Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov. Tilgjengelig på: [Jeg-skulle-hatt-BUP-i-en-koffert.pdf \(barneombudet.no\)](#)

Beard, C., Bjørgvinson, T. (2014) Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample, Journal of anxiety disorder Volume 28, issue 6 august 2014, side 547-552

Befring, E. (2007) Forskingsmetode med etikk og statistikk. Samlaget

Bergsli, H. (2013) Helse og frafall i videregående opplæring Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt Høgskolen i Oslo og Akershus Tilgjengelig på: [BERGSLI Helse og frafall i videregående opplæring \(forebygging.no\)](#)

Bjelland, I., Dahl, A. A. (2008) Dimensjonal diagnostikk- ny klassifisering av psykiske lidelser Tidsskriftet norske legeforening Tilgjengelig på: [L08-13--E-PER-1.fm \(tidsskriftet.no\)](#)

Bjørnsen, H., Ringdal, R., Eilertsen, R., Espenes, G., Holmen, N., Moksnes U. (2018) Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse Sykepleien, FAGUTVIKLING 23.01. Tilgjengelig på: [pdf-export-65075.pdf \(sykepleien.no\)](#)

Bjønness, S.E., Storm, M. (2021) En kvalitativ studie om hvorfor ungdom møter til poliklinisk behandling i psykisk helsevern SHARE, Idunn

Bjønness, S. E. (2022) Brukermedvirkning og samvalg i døgnbehandling av ungdom med psykiske lidelser Universitetet i Stavanger. ISBN: 978-82-8439-066-6 ISSN: 1890-1387

Bjørndal, Hofoss, D. (2012) Statistikk for helse og sosialfagene. Gyldendal Akademisk

Blades, C.A., (2018) The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide related content Clin Psychol Rev 2018, Aug 64:1-12 DOI: 10.1016/j.cpr.2018.07.001

Capers, M. (2010) Shared Decision-Making in Mental Health Care. Practice, Research, and Future Directions. U.A. Department of Health and Human Services. Tilgjengelig på: [Shared Decision-Making in Mental Health Care \(samhsa.gov\)](#)

Ciarrocchi, J., Parker, P., Sahdra, B., Marshall, S., Jackson, C., Gloster, A. T., & Heaven, P. (2016). The development of compulsive internet use and mental health: A four-year study of adolescence. Developmental Psychology, 52(2), 272–283.

Dong, Y., Peng, C-Y. Principled missing data methods for researchers (14 mai 2013) Springer plus, Artikkel: 222 (2013) Tilgjengelig på: [Principled missing data methods for researchers | SpringerPlus | Full Text \(springeropen.com\)](#)

Dysthe, K.K., Haavet, O., Røssberg, J., Brandtzaeg, P. B., Følstad, A., Klovning, A. (23. September 2021) Finding relevant psychoeducation content for adolescents experiencing symptoms of depression: Content analysis of user-generated online texts Journal of medical internet research

Eriksen, et. al, I., Sletten, M., Bakken, A., Soest, T. (06/2017) Stress og press blant ungdom Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport Tilgjengelig på: [ODA Open Digital Archive: Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager \(oslomet.no\)](https://oda.oslomet.no/oda/handle/11250/27222)

Eriksen, I., Sletten, M., Bakken, A., von Soest, T., (23.01.2020) Stress press og psykiske plager blant unge Tilgjengelig på: [ODA Open Digital Archive: Stress, press og psykiske plager blant unge – hva sier NOVA-forskningen? \(oslomet.no\)](https://oda.oslomet.no/oda/handle/11250/27222)

Eriksen, I., M., (2021) Class, parenting and academic stress in Norway: middle-class youth on parental pressure and mental health Discourse: studies in the cultural politics of education Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education Volume 42, Issue 4 Tilgjengelig på: [Class, parenting and academic stress in Norway: middle-class youth on parental pressure and mental health: Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education: Vol 42, No 4 \(tandfonline.com\)](https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/17447344.2021.1911111)

FHI, Samvalg (15.08.2019) Oppdatert 19.01.2023 Tilgjengelig på: [Samvalg - FHI](https://www.fhi.no/publ/2019/samvalg)

FN konvensjon om barnets rettigheter (20. november 1989) Tilgjengelig på: [178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fns-barnekonvensjon-1989/id178931)

Gallefoss, L., Øen, K.G. (2023) Helsesykepleiere driver utstrakt psykiske helsearbeid Sykepleien; 111 (92250) Tilgjengelig på: [Helsesykepleiere driver utstrakt psykisk helsearbeid \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/nyheter/2023/09/20/helsesykepleiere-driver-utstrakt-psykisk-helsearbeid)

Grandenjan, B., (12.03.21) Reasons to conduct backward hierchial regression - Tilgjengelig på: [https://www.researchgate.net/post/Reasons\\_to\\_conduct\\_backward\\_hierarchical\\_regression](https://www.researchgate.net/post/Reasons_to_conduct_backward_hierarchical_regression)

Hafting, M., Garløv, I. (2006) Fastlegen og psykiske sykdom blant barn og unge. Tidsskrift Norsk legeförening nr 3, 126 Tilgjengelig på: [Fastlegen og psykisk sykdom blant barn og ungdom | Tidsskrift for Den norske legeförening \(tidsskriftet.no\)](https://www.tidsskriftet.no/2006/03/126-fastlegen-og-psykiske-sykdom-blant-barn-og-unge)

Henriksen, A., Reitan- Gjersøe, A., Bjerke, E. (2020) Hva påvirker tilgang til helsehjelp? Idunn pp 05–2312 March 2020 <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-01-02>

Helsedirektoratet (12.10.2015) Psykisk helsevern for barn og unge, tilgjengelig på: [Psykisk helsevern for barn og unge - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge)

Helsedirektoratet (09.05.2022) Brukermedvirkning: Helsestasjons, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal sikre brukermedvirkning Tilgjengelig på: [Brukermedvirkning: Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal sikre brukermedvirkning - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning-i-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom-skal-sikre-brukermedvirkning)

Helsedirektoratet (04.05.2023) Psykisk helse for barn og unge- ventetid, sist oppdatert: 04.05.2023 Tilgjengelig på: [Psykisk helse for barn og unge - ventetid - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse-for-barn-og-unge-ventetid)

Hesledirektoratet (19.05.2021) Psykisk helsearbeid for barn og unge Tilgjengelig på: [Psykisk helsearbeid for barn og unge - Helseledirektoratet](#)

Hesledirektoratet Helsetilbud til ungdom og unge voksne, rapport 15-2044, 2012 Tilgjengelig på: [IS-2044+Helsetilbud+ungdom+og+unge+voksne \(1\).pdf](#)

Hesledirektoratet, (15.12.2022) Brukermedvirkning Tilgjengelig på: [Brukermedvirkning - Helseledirektoratet](#)

Hesledirektoratet (19.05.21) Begreper om psykiske helseplager Tilgjengelig på: [Begreper om psykiske helseplager - Helseledirektoratet](#)

Helse Sør-Øst (2022) Å innføre samvalg og samvalgsverktøy: Et internasjonalt kunnskapsgrunnlag Tilgjengelig på: [Samvalg - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#)

Helse Sør-Øst, 2023 Samvalg.no, Tilgjengelig på: [Samvalg](#)

Helsenorge, (21. september 2022) Samvalg Tilgjengelig på: [Samvalg – du kan være med og bestemme - Helsenorge](#)

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) Tilgjengelig på: [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

Kaiser, M. Kvantitativ metode (27.04.2015) De nasjonale forskningsetiske komiteene Tilgjengelig på: [Kvantitativ metode | Forskningsetikk](#)

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, 606-613

Kongeriket Norges grunnlov (1814) LOV-1814-05-17 siste versjon 15. mai 2023 Tilgjengelig på: [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

Langaard, K., (2006) Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp Tidsskrift for ungdomsforskning 2006, 6(2):25–40 Tilgjengelig på: [Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp | Tidsskrift for ungdomsforskning \(oslomet.no\)](#)

Lovdata (31.03.2022) Lov om pasient og brukerrettigheter Tilgjengelig på: [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

Lovdata (01.01.2023) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse og omsorgstjenesteloven) (01.01.23) LOV-2021-06-18-97 fra 01.01.2023, LOV-2022-11-25-86Tilgjengelig på: [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

Mental helse, Opinion for mental helse (2023) Hvordan har du det - egentlig? En kartlegging av psykisk helse blant ungdom og unge voksne Undersøkelsen er gjennomført av Opinion for Mental Helse mars, 2023. Tilgjengelig på: [Mental Helse rapp Opinion2023 FIN](#)

Botchwey, N., Johnson, N., Oconnel, K., Kim, A. (2019) Including youth in the ladder of citizen participation Journal of the American Planning Association, Volume 85, – Issue 3: 50 Years Since Arnstein's Ladder Tilgjengelig på: [Including Youth in the Ladder of Citizen Participation: Adding Rungs of Consent, Advocacy, and Incorporation: Journal of the American Planning Association: Vol 85, No 3 \(tandfonline.com\)](#)

NFKT Norsk forening for kognitiv terapi (2023) Psykiske lidelser | Norsk forening for kognitiv terapi Tilgjengelig på: [Psykiske lidelser | Norsk forening for kognitiv terapi](#)

Norsk psykologisk forening, 2023 Fakta om psykiske lidelser Tilgjengelig på: [Fakta om psykiske lidelser - Norsk Psykologforening \(psykologforeningen.no\)](#)

Osborg Ose, S., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M., Lassermo, E. Kalset, J. (10.12.2018) Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018 Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. VERSJON 1 Tilgjengelig på: [Microsoft Word - Rapportutkast\\_SendtEndeligTrykk13Des.docx \(sintef.no\)](#)

Paulsen, V. (2016) Ungdommers erfaring med medvirkning i barnevernet Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU Tilgjengelig på: [pdf-15.44730.0.3.addb44a4fe \(fonteneforskning.no\)](#)

Pripp, A. H. (2018) Pearsons eller spearmans korrelasjonskoeffisienter

Tidsskrift Norsk legeförening 2018 10.4045 Tilgjengelig på: [Pearsons eller Spearmans korrelasjonskoeffisienter | Tidsskrift for Den norske legeförening \(tidsskriftet.no\)](#)

Rashidi, K. (07.06.2016) Hvordan avdekke depresjon hos ungdom. Utgave 10, Tidsskrift Norsk Lægeförening 2016 136: 906 doi: 10.4045/tidsskr.16.0328 Tilgjengelig på: [Hvordan avdekke depresjon hos ungdom | Tidsskrift for Den norske legeförening \(tidsskriftet.no\)](#)

Riksrevisjonen (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester

Tilgjengelig på: Dokument 3:13 (2020-2021) Tilgjengelig på: [Dokument 3:13 \(2020-2021\) \(riksrevisjonen.no\)](#)

Strøm. M., S., Raknes, G., Stene-Larsen, K., (10.06.2021) FHI Selvmord i dødsstatistikkenFHI, Tilgjengelig på: [Selvmord i dødsårsaksstatistikken - FHI](#)

Sand, T.I, Kvarme, I. (2018) Hvordan hjelpe ungdom med depressive symptomer Sykepleien 2018;106(803): e-0803 Tilgjengelig på: [Hvordan hjelpe ungdom med depressive symptomer? \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/artikkel/106803/hvordan-hjelpe-ungdom-med-depressive-symptomer)

Sletten, M., Bakken, A. (2016) Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Notat 4/2016 Tilgjengelig på: [web-utgave-notat-4-16.pdf \(utdanningsforskning.no\)](https://www.uis.no/utgave/2016/04/web-utgave-notat-4-16.pdf)

Svartdal, F., Tverrsnittundersøkelser (9. juli 2021) Store Norske Leksikon, Tilgjengelig på: [tverrsnittundersøkelser – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/tverrsnittundersokelser)

Suren, P. (17. september 2018) Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før? Tidsskriftet den norske legeforening Utgave 14, 18. september 2018doi: 10.4045/tidsskr.18.0558 Tilgjengelig på: [Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://tidsskriftet.no/artikkel/180558)

Sun-Mi, C., Sung, M.J., Shin, K.M., Lim, K., Y., Shin, Y.M., (2013) Does psychopathology in childhood predict internet addiction in male adolescents? Child psychiatry& Human development 44 549-555, 2013 PMID: 23242708 DOI: 10.1007/s10578-012-0348-4 Tilgjengelig på: [Does psychopathology in childhood predict internet addiction in male adolescents? - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23242708/)

Sjørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K., Enger-Karlsen, T., Narum, I., Nybø, A. (10. Oktober 2002) Empowerment” I helsefremmende arbeid, Tidsskrift Norsk Legeforening 2002 122:2379-83 Publisert: 10. Oktober 2002 2379-83

Tønneson, Ø., Svartdal, F., (08.02.2021) Ungdom Store Medisinske Leksikon, Tilgjengelig på: [ungdom – Store medisinske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/ungdom)

Tesli, M., (2021), FHI Psykiske lidelser hos voksne. Psykiske lidelser hos voksne - FHI Tilgjengelig på: [Psykiske plager og lidelser hos voksne - FHI](https://www.fhi.no/publikasjoner/psykiske-lidelser-hos-voksne)

Ungdata (23.01.2020) Stress, press og psykiske plager blant unge Tilgjengelig på: [Stress, press og psykiske plager blant unge - Ungdata](https://www.ungdata.no/tema/stress-press-og-psykiske-plager-blant-unge)

Ungdata.no. (2023) Hva er ungdata? Tilgjengelig på: [Hva er Ungdata? - Ungdata](https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata)

Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) (27.10.2023) Samvalg. Tilgjengelig på: [Samvalg - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](https://www.unn.no/samvalg)

Universitetet i Stavanger, (15.09.2022) Tilgjengelig på: [InvolveMENT – for ungdoms psykiske helse | Universitetet i Stavanger \(uis.no\)](https://www.uis.no/involveMENT)

Viksveen, P., Bjønness, S.E., Cardenas, N.E., Game, J.R., Berg, S. H., Salamonsen, A., Storm, M., Aase, K. (2022) User involvement in adolescents' mental healthcare: a systematic review. 2022 European Child & Adolescent psychiatry Volume 31 Tilgjengelig på: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01818-2>

Viksveen, P. Eikevåg, S., Hodnefjell Enge, I., Hærås, E., S., (2020) Adolescent and youth mental health and their use of healthcare services Statistical analysis plan. SHARE – Centre for Resilience in Healthcare University of Stavanger Tilgjengelig på: <https://www.uis.no/nb/involvement> InvolveMENT – for ungdoms psykiske helse | Universitetet i Stavanger (uis.no)

WHO World mental health report, (June 2022) Tilgjengelig på: [World mental health report: Transforming mental health for all \(who.int\)](https://www.who.int/world-mental-health-report)

Øhlckers, L., Heradstveit, O, Sand, L. (2020) Ungdom og psykisk helse Fagbokforlaget

## Vedlegg 1 Spørreskjemaet brukt i undersøkelsen

### Spørreskjemaet brukt i undersøkelsen

**1. Alder:** .....

**2. Kjønn:** .....

#### 3. Bostatus

Jeg bor med begge foreldrene/vergene mine på ett sted
Jeg bor bare hos en av foreldrene mine

**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 og fobier				
Deprimert, lei, nedfor og 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)				
Selvordstanker, 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				

**7. Hvis du skulle søke hjelp for din psykiske helse, hvor enig/uenig er du i følgende?  
Klikk på 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							
Jeg tror ikke at noen vil forstå meg							
Jeg vil bestemme hva behandleren kan si til mine foreldre/foresatte							



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 på 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 sovet 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				
---	--	--	--	--

**10a. Hvis du har hatt psykiske problemer, hvem hadde du kontakt 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 og 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 hjalp det?**

Familiemedlem

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

Venn					
Nettbasert tjeneste eller hjelpetelefon					
Lærer					
Rådgiver/sosialrådgiver					
Helsesykepleier (helsesøster)					
Psykolog					
Fastlege					
Legevakt					
Psykiater (kan gi medisiner)					
Annet helsepersonell som psykiatrisk sykepleier, sosionom og 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

### 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							
Jeg fikk startet behandlingen når jeg behøvde det (GS-PEQ 21)							

Jeg var involvert i avgjørelser som ble tatt (GS-PEQ 17)							
Jeg er fornøyd med hva jeg fikk bestemme							

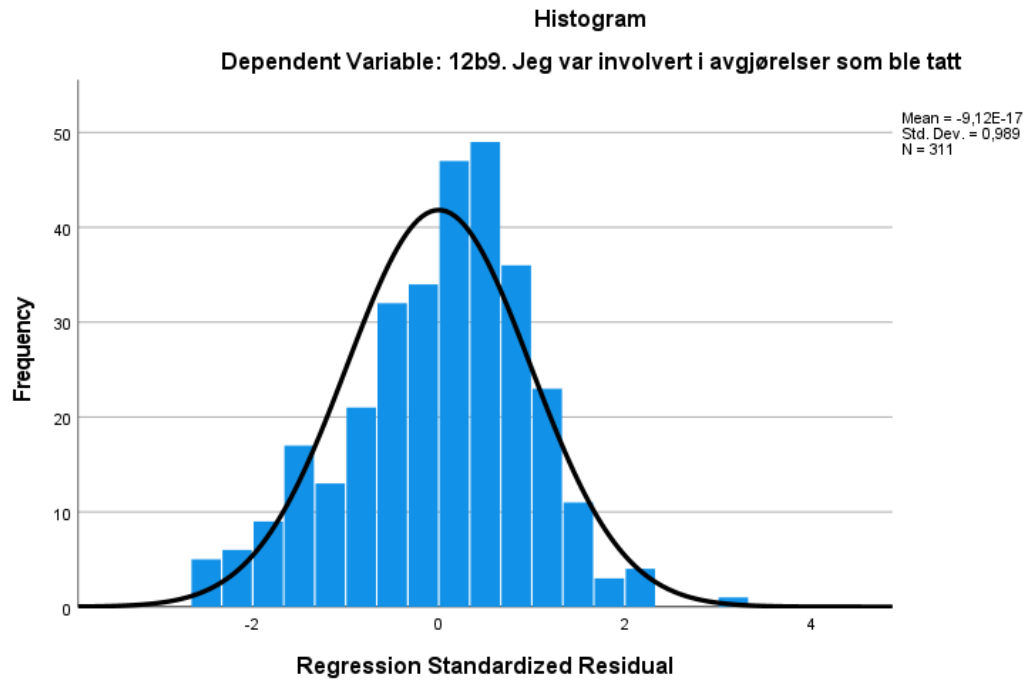
**15. Hvem ville du kontaktet for å få hjelp for psykiske problemer, spørsmål om seksualitet, og spørsmål om rusmidler?**

Du kan merke av for flere svar

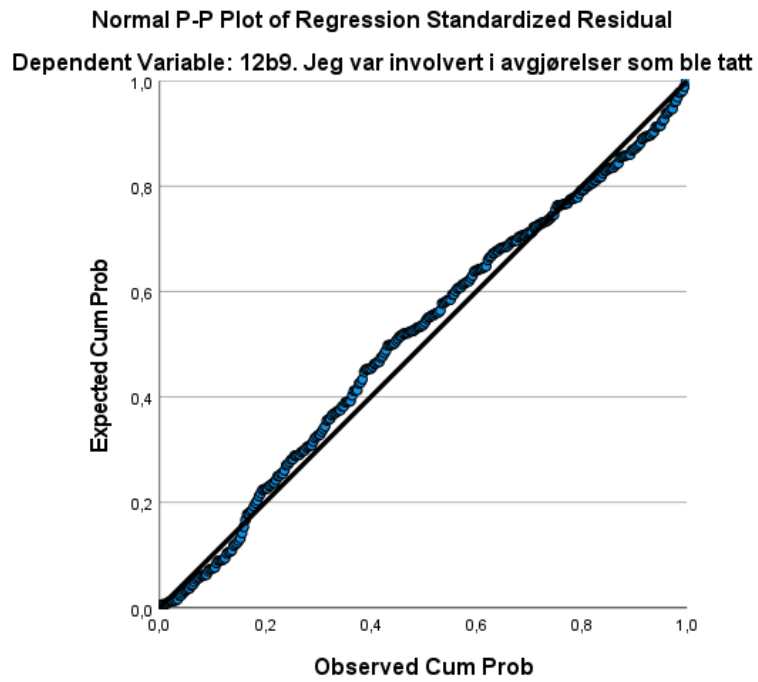
	Psykiske problemer	Seksualitet	Rusmidler (alkohol, stoff eller tobakk)
Familiemedlem			
Venn			
Nettbasert tjeneste eller hjelpetelefon			
Lærer			
Rådgiver/sosialrådgiver			
Helsesykepleier (helsesøster)			
Psykolog			
Fastlege			
Legevakt			
Psykiater (kan gi medisiner)			
Annet helsepersonell som psykiatrisk sykepleier, sosionom og 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

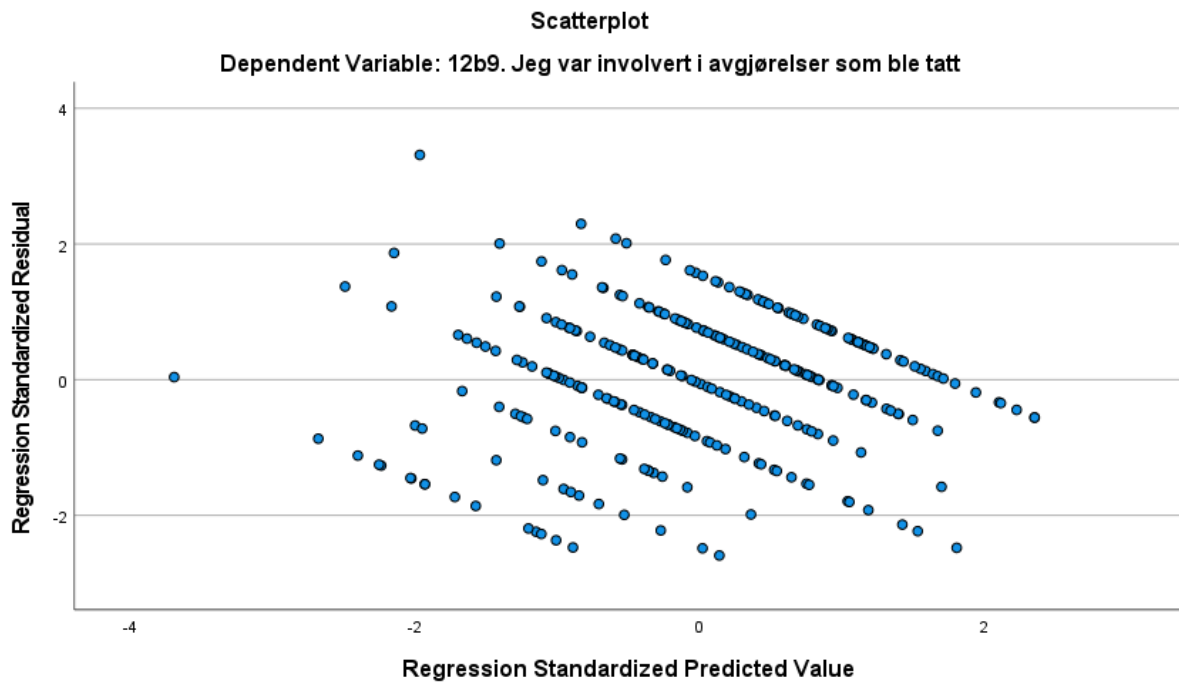
## Vedlegg 2 Histogram variabel 12b9



Vedlegg 3 Normal P-plot of Regression Standardizes Residual variabel 12b9



Vedlegg 4 Scatterplot variabel 12b9



## Vedlegg 5. Korrelasjon mellom utfallsvariabelen og de syv prediktorvariablene

Korrelasjon mellom utfallsvariabelen og de syv prediktorvariablene									
		12b9	12b3.	7.6.	10b.	7.3.	6.15.	6.11.	12b1.
Pearson Correlation	12b9.	1,000	,467	,088	,555	-,175	,106	-,100	,388
	12b3.	,467	1,000	-,068	,413	-,086	-,118	-,093	,497
	7.6.	,088	-,068	1,000	-,090	,251	,432	,262	-,127
	10b.	,555	,413	-,090	1,000	-,216	-,079	-,121	,360
	7.3.	-,175	-,086	,251	-,216	1,000	,247	,258	-,099
	6.15.	,106	-,118	,432	-,079	,247	1,000	,459	-,110
	6.11.	-,100	-,093	,262	-,121	,258	,459	1,000	-,131
	12b1.	,388	,497	-,127	,360	-,099	-,110	-,131	1,000
Sig. (1- tailed)	12b9.	.	<,001	,061	<,001	<,001	,030	,040	<,001
	12b3.	,000	.	,115	,000	,066	,019	,050	,000
	7.6.	,061	,115	.	,057	,000	,000	,000	,012
	10b.	,000	,000	,057	.	,000	,082	,017	,000
	7.3.	,001	,066	,000	,000	.	,000	,000	,041
	6.15.	,030	,019	,000	,082	,000	.	,000	,026
	6.11.	,040	,050	,000	,017	,000	,000	.	,010
	12b1.	,000	,000	,012	,000	,041	,026	,010	.

## Vedlegg 6. NSD sin 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](mailto:petter.viksveen@uis.no)

**Behandlingsansvarlig institusjon** Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Petter Viksveen, [petter.viksveen@uis.no](mailto:petter.viksveen@uis.no), tlf: 51832737

**Type prosjekt** Forskerprosjekt

**Prosjektperiode** 15.09.2019 - 30.06.2021

**Status** 30.01.2020 - Vurdert

## 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 typer endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](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)

### [Vedlegg 7. Informasjonsskriv om undersøkelsen](#)

#### **Vil du delta i en undersøkelse om ungdoms og unge voksnes psykiske helse og bruk av helsetjenesten?**

#### **Hvorfor inviterer vi deg til å delta i denne undersøkelsen?**

Vi vil lære mer om ungdoms og unge voksnes opplevelser av sin psykiske helse. Vi vil også lære om erfaringer med og syn på helsetjenesten. Målet er å bedre tilgang til og kvalitet på helsetjenesten, slik at den blir best mulig tilpasset ungdoms og unge voksnes behov.

#### **Hvordan fant vi fram til deg?**

Skolen du går på har sagt ja til at alle elevene kan informeres om og inviteres til å delta i undersøkelsen. Men skolen har ikke og skal heller ikke oppgi navn på elevene som informeres.

#### **Hvem gjennomfører denne undersøkelsen?**

Det er Universitetet i Stavanger som gjennomfører denne undersøkelsen. Våre forskere holder til på Det helsevitenskapelige fakultet.

### **Hva gjør du for å delta i undersøkelsen?**

Les først denne siden. Hvis du vil delta krysser du av nederst på siden. Du kommer da til et spørreskjema. Det tar 15 til 30 minutter å fylle ut spørreskjemaet. Du behøver ikke å gjøre noe mer. Vi innhenter ingen annen informasjon om deg.

### **Er det noen fordeler og ulemper ved å delta?**

Ditt svar gir oss informasjon som vi kan bruke for å bedre tilgang til og kvalitet på helsetjenesten, slik at den blir best mulig tilpasset ungdom og unge voksne som har psykiske vansker. Det tar litt tid å fylle ut spørreskjemaet. Hvis du ikke deltar, skal læreren din gi deg noe annet å gjøre.

### **Dine rettigheter**

Det er helt frivillig å delta. Du kan trekke deg når som helst under utfyllingen. Det er ingen negative følger om du velger å ikke delta. Dette er en anonym undersøkelse. Det betyr at vi ikke samler inn informasjon som ditt navn, fødselsnummer eller annet som skal kunne identifisere deg. Hvis du mener at det allikevel kan være noe som kan identifisere deg, har du rett til å ta kontakt med oss og få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, å få utlevert opplysningene, og å rette eller slette opplysningene hvis du ønsker det. Du vil uansett ikke kunne identifiseres i resultatene vi publiserer fra denne undersøkelsen.

### **Hva skjer med informasjonen du gir?**

Informasjonen blir sendt til oss forskere på Universitetet i Stavanger. Det er bare vi som har tilgang til svarene. All informasjonen er anonym. Det betyr at ingen kan vite hvem som har fyllet ut hvert enkelt spørreskjema, heller ikke vi forskerne.

### **Hva gjør vi med resultatene?**

Resultatene av undersøkelsen vil bli publisert i masteroppgaver på Universitetet i Stavanger, i artikler i vitenskapelige tidsskrift og presentert på konferanser/seminarer. Ingen av resultatene vil si noe som kan identifisere deg og heller ikke skolen du går på. Vi vil bruke kunnskapen til å bidra til at ungdom og unge voksne kan få lettere tilgang til helsetjenesten når de har bruk for den og at tjenesten blir av best mulig kvalitet for de som har psykiske vansker.

### **Hvem kan du kontakte hvis du har spørsmål om psykisk helse eller ønsker hjelp?**

Vi anbefaler at du snakker med læreren din eller at du kontakter helsesykepleier på skolen din. Alternativt kan du kontakte fastlege eller ringe Mental Helses hjelpetelefon på nummer 116123.

Ring nødnummeret 113 hvis du behøver akutt hjelp.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

### **Hvem kan du kontakte hvis du har spørsmål om denne undersøkelsen?**

Du kan kontakte Universitetet i Stavanger ved Petter Viksveen på epost [petter.viksveen@uis.no](mailto:petter.viksveen@uis.no) eller telefon 51832737, eller Universitetet i Stavanger på [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no), eller Norsk senter for forskningsdata [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller telefon 55582117. Du har også rett til å klage til Datatilsynet, som kan kontaktes på telefon 22396900.

Jeg bekrefter at jeg har lest informasjonen over og at jeg vil delta i spørreundersøkelsen