

En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet.

A cross-sectional study of adolescents' mental health an ill-health and its impact on daily life.



Universitetet
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Master i helsesykepleie
Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student: Johanna Hauge Tveit
Veileder: Per Christer Thomas Westergren
10.august 2023**

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
HELSESYKEPLEIE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vårsemester 2023

FORFATTER: Johanna Hauge Tveit

VEILEDER: Per Christer Thomas Westergren

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet.

Engelsk tittel: A cross-sectional study of adolescents' mental health and ill-health and its impact on daily life.

EMNEORD/STIKKORD: Ungdommer, psykisk helse og uhelse, internaliserende og eksterneiserende symptomer

ANTALL ORD:

Artikkelavhandling: 8183 kappe + 4581 artikkel (eksklusivt forord, sammendrag, innholdsfortegnelse, tabeller, referanseliste og vedlegg)

STAVANGER, 10.august 2023

Forord

Tiden med masteroppgaven har vært en utfordrende og spennende tid som har involvert mange ulike følelser. Det har vært ei bratt læringskurve, jeg har lært mye om meg selv og jeg har tilegnet meg uvurdelig kunnskap som jeg tar meg med inn i videre arbeid som helsesykepleier. Jeg vil rette en stor takk til ungdommene som har gitt meg deres svar på hvordan de har det med seg selv, og takk til mitt arbeidssted som har gitt meg mulighet til å utføre spørreundersøkelsen i arbeidstiden. Jeg ser frem til fremtidig arbeid rettet mot skolehelsetjenesten og ungdommer, og jeg er stolt av hva jeg har oppnådd med studien.

Jeg vil rette en spesiell takk til min veileder Thomas som har vært til fantastisk hjelp, støtte og motivasjon. Takk for inspirerende veiledning, diskusjon og gode ord. Min veileder har gjennom denne prosessen bidratt med faglig tyngde, refleksjon og nysgjerrighet, og din tilgjengelighet og imøtekommenhet har gjort det enkelt å be om hjelp. Tusen takk for det gode samarbeidet.

Prossessen har også krevd sine prioriteringer i livet som har gått på bekostning av mann, barn, familie og venner. Jeg vil si tusen takk for at disse viktige personene i mitt liv har gitt meg rom, tålmodighet og støtte til å bli ferdig. Noen ganger i livet er ting viktigere enn utdanning og selv om livet byr på motgang, har familien stått på sidelinjen og heiet meg i mål. Det føles godt å endelig levere min masteroppgave.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Summary	2
1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for tema	3
1.2 Hensikten med studien og forskningsspørsmål	4
1.3 Begrepsavklaring	5
1.3.1 Ungdom.....	5
1.3.2 Psykisk helse og uhelse.....	5
1.3.3 Internaliserende symptomer.....	5
1.3.4 Eksternaliserende symptomer	5
2.0 Tidligere forskning	6
2.1 Psykisk helse og uhelse	6
2.1.1 Internaliserende symptomer.....	8
2.1.2 Eksternaliserende symptomer	9
3.0 Teoretisk perspektiv	10
3.1 Salutogenese	10
3.2 Resiliens	11
3.3 Helsefremmende arbeid	12
4.0 Metode	13
4.1 Forskningsdesign og metode	13
4.2 Forforståelse	14
4.3 Utvalg, rekruttering og innsamling av data	14
4.3.1 Instrumenter	15
4.4 Forskningsetikk	15
4.4.1 Godkjenninger.....	15
4.4.2 Informert samtykke	16
4.4.3 Konfidensialitet.....	16
4.5 Analyse	17
4.5.1 Deskriptiv analyse.....	17
4.5.2 Korrelasjons- og regresjonsanalyse	17
4.6 Metodiske refleksjoner	18
5.0 Funn	19
6.0 Diskusjon	21
6.1 Styrker og svakheter	25
7.0 Konklusjon	26
8.0 Implikasjoner for skolehelsetjenesten	26
Referanser	28
Vedlegg 1	32
Vedlegg 2	33
Vedlegg 3	34
Vedlegg 4	37

Sammendrag

I ungdomsårene er hjernen i endring og redusert psykisk helse er assosiert med forsinket utvikling. Mye av grunnlaget for videre helse påvirkes av livsstilen som blir etablert i disse årene av livet. Oversikt over hvordan ungdom har det er derfor viktig. Hensikten med denne kvantitative studien har vært å undersøke hvordan internaliserende og eksternaliserende symptomer på psykisk uhelse, prososiale ressurser og vanskes innvirkning på dagliglivet fordelte seg blant gutter og jenter i 12-13 års alder i to kommuner i Sør-Norge. Tverrsnittsdataene ble innsamlet fra 171 ungdommer knyttet til helsesamtaler i skolehelsetjenesten fra september 2022 til mars 2023 gjennom de nettbaserte spørreskjemaene «Strengths and Difficulties Questionnaires and impact supplement for self completion» og “Spence Children’s Anxiety Scale short”. Beskrivende analyser er blitt utført med både deskriptiv statistikk, korrelasjonsanalyse, og bivariat og multippel lineær regresjonsanalyse. Funnene ble diskutert i lys av den salutogene teori, resiliens, helsefremmende arbeid, teori og tidligere forskning. Hovedfunnene viste at jenter rapporterte høyere symptomer på generelle psykiske og emosjonelle plager, engstelse, og prososiale ressurser enn gutter, og at mer enn en fjerdedel av både gutter og jenter rapporterte unormalt mye symptomer på hyperaktivitet. Symptomer på psykisk uhelse og høyere alder, men ikke prososiale ressurser eller kjønn var assosiert med større innvirkning på dagliglivet.

Summary

During adolescence, the brain undergoes changes, and reduced mental health is associated with delayed development. Much of the foundation for future health is influenced by the lifestyle established during these years of life. Therefore, it is important to gain an overview of how adolescents' mental health. The purpose of this quantitative study was to examine how internalizing and externalizing symptoms of mental health, prosocial resources, and difficulties impacting daily life were distributed among boys and girls in age 12-13 in two municipalities in Southern Norway. Cross-sectional data were collected from 171 adolescents participating in health consultations in the school health service from September 2022 to March 2023 through online questionnaires, including the «Strengths and Difficulties Questionnaire and impact supplement for self completion» and the "Spence Children's Anxiety Scale short". Descriptive analyses were performed using descriptive statistics, correlation analyses, and bivariate and multiple linear regression analyses. The findings were discussed considering the salutogenic theory, resilience, health-promotion work, theory, and previous research. The main findings were that girls reported higher symptoms of general mental and emotional distress, symptoms of anxiety, and as well as prosocial resources, compared to boys. More than a quarter of both boys and girls reported abnormally high symptoms of hyperactivity. Symptoms of mental health and older age, but not prosocial resources or gender, were associated with a greater impact on daily life.

1.0 Innledning

I løpet av tenårene er hjernen i endring og den er mer mottakelig for både positive og negative erfaringer (Jakobsen, 2019). Hjernen er i disse årene formbar for tilpasninger til voksenlivet, noe som gjør hjernen sårbar for negative erfaringer og påvirkninger (Garbo, 2023). Det er derfor viktig å ha en oversikt over hvordan ungdom har det gjennom ungdomstiden. Ungdomshjernens utvikling blir mer stabil utover ungdomsårene, men utviklingen er markant forsinket hos ungdommer fra 14 års alder for dem med flere symptomer på psykisk uhelse (Kaufmann et al., 2017).

Ungdomstiden er preget av store mentale og kroppslige forandringer, og mange nye følelser og tanker skal testes ovenfor en selv og for andre, og psykiske utfordringer kan prege hverdagen (Bakken, 2021). Psykiske plager er ifølge Haugland og Grimsmo (2018) et av flere helseproblemer som debuterer i barne- og ungdomsårene.

Ungdata undersøkelsen fra 2021 fant en økning av psykiske plager i ungdomsårene hos gutter og jenter, samt at det har vært en økning de siste årene. Jenter rapporterte derimot at de hadde flere psykiske plager enn gutter (Bakken, 2021). Psykiske plager øker med stigende alder får både gutter og jenter, men jenter har sterkere symptombelastning enn gutter fra 13 års alderen (Potrebny et al., 2019). Ifølge Mathiesen et al. (2007) sin rapport om psykisk helse i Norge har hver fjerde ungdom opplevd ensomhet, hatt lav selvfølelse, uro og tristhet, og 10-20 % har vært lite glade og følt seg lite verd og vært generelt ensomme i perioder. Mellom 30-40 % var tidvis eller ofte redde for å bli kritisert og avvist. Forekomsten for normbrudd øker i begynnelsen av ungdomsårene, der de fleste lovbrudd er lave ved 12-13 års alderen, men viser en stigning ved 14-15 års alderen. Flesteparten av ungdommer som utvikler psykiske plager og normbrytende atferd kommer ikke fra risikogrupper (Mathiesen et al., 2007).

1.1 Bakgrunn for tema

Skolen er ifølge Helsedirektoratet i Norge en av de viktigste arenaene for forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge (Helsedirektoratet, 2023). Ifølge Moen (2018) bruker helsesykepleiere mer enn halvparten av tiden de er på skolen til å hjelpe ungdommer med psykiske plager. Nasjonale faglige retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2023) har en sterk anbefaling om at helsesykepleiere bør ha fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser, samt fremme

god psykisk helse hos ungdommer. Det bør oppdages tidlig for å forebygge videre utvikling av langvarige plager eller lidelser, og for at ungdommene får nødvendig oppfølging. Ungdommer søker sjeldnere hjelp for psykiske plager og utfordringer enn andre aldersgrupper og dette er en av årsakene for at helsesykepleier bør gjennomføre en individuell helsesamtale på 8.trinn og med sterk anbefaling om å ta opp temaet psykisk helse (Helsedirektoratet, 2023).

Økning av psykisk uhelse hos spesielt jenter etter endt ungdomsskole tyder på et sterkt behov for å utvikle intervensjoner for å forebygge og minimere denne utviklingen (Giota & Gustafsson, 2017). Forstadier til psykiske plager vises allerede i ung alder og for noen kan det vedvare gjennom barndommen. De psykiske plagene hadde en tendens til å minske ved å styrke barns mestringsevne og sosiale kompetanse, og derfor må kompetansen i tjenesteapparatet i kommunene økes for psykiske plager og lidelser hos barn og unge. Dette for å øke den behandlende og forebyggende innsatsen (Mathiesen et al., 2007). Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO) skal helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid være ressursorientert og med mål om å øke engasjement og bevissthet hos ungdommer (Herrman et al., 2005). Selv om studien avgrenses til 8.trinn på grunn av anbefalt individuell helsesamtale ifølge Helsedirektoratet (2023), så vil ungdommenes livstil og den psykiske helsen i ungdomsårene, være et grunnlag for videre psykisk helse og fungering i videre liv ifølge Haugland og Grimsmo (2018).

1.2 Hensikten med studien og forskningsspørsmål

Studiens hensikt var å undersøke den psykiske helsen til ungdommer i 12-13 års alder, med formål om å kunne gi økt kunnskap om ungdommers psykiske helse til både helsesykepleiere, men også andre i kontakt med ungdommer. Dette for å bevisstgjøre tematikken og helsesykepleier sitt helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot ungdommers psykiske helse.

Studien hadde følgende forskningsspørsmål:

- *Hvordan fordelte internaliserende og eksternaliserende symptomer på psykisk uhelse, prososiale ressurser, og vanskenes innvirkning på dagliglivet blant gutter og jenter i 12-13 års alder?*

Forskningsspørsmålet ble besvart i et representativt og generaliserbart utvalg gjennomført blant 8.klassinger i to kommuner i Sør-Norge.

1.3 Begrepsavklaring

I det følgende er det kort gjort rede for begreper som er sentrale i studien.

1.3.1 Ungdom

I studien ble det undersøkt hva ungdommer på 8.trinn rapporterte om sin psykiske helse. Ungdommer på 8.trinn er vanligvis mellom 12-13 år. Tidligere forskning er avgrenset til ungdommer mellom 13-18 år.

1.3.2 Psykisk helse og uhelse

WHO omtaler psykisk helse på en positiv måte. En bruker sitt potensial, mestrer belastninger i hverdagen, arbeider på en produktiv og fruktbar måte og bidrar til fellesskapet (Aarø et al., 2017). Psykisk uhelse er det motsatte av psykisk helse, som omfatter en økt risiko for å utvikle sykdom (Braut, 2022).

1.3.3 Internaliserende symptomer

Internaliserende symptomer er rettet innover mot seg selv med fokus på det negative (Aarø et al., 2017). Eksempler på det kan være tristhet, frykt, redsel, og vise lite glede (Bang et al., 2023).

1.3.4 Eksternaliserende symptomer

Eksternaliserende symptomer menes at symptomene vendes utover mot andre mennesker og blir ofte kalt atferdsproblemer rettet mot ungdommer (Aarø et al., 2017). Eksempler på det kan være hyperaktivitet, impulsivitet, sinne, aggressivitet og atferdsvansker (Bang et al., 2023).

2.0 Tidligere forskning

Jeg har utført systematisk litteratursøk i databasene SveMed+, Cinahl, Medline og PubMed med følgende søkeord: adolescent* OR teenager* OR youth* AND «Mental health» OR anxiety OR internaliz* OR externaliz* AND prevalence OR incidence AND self-report OR questionnaire*. Det er inkludert kvantitative, men noen få kvalitative artikler, samt rapporter og annen litteratur. Artiklene er fagfellevurdert og avgrenset til å være publisert fra 2010-2023. Jeg har også gjort direkte søk i Google Scholar basert på temaet psykisk helse og ungdommer.

2.1 Psykisk helse og uhelse

Menneskets helse varierer og ses i forhold til følelser, verdier og oppfatninger mennesket har, samt med forventninger som stilles. Helse er ingen statisk tilstand, men påvirkes av miljøet mennesket omgås i (Garsjø, 2018). Psykiske helse omfatter oppfattelsen av seg selv og andre, hvordan hvert enkelt menneske har det i hverdagen i forhold til sine tanker og følelser og hvordan en møter utfordringer (Helsenorge, 2022). Ifølge Braut (2022) har psykisk uhelse en nedsettende evne til normal livskvalitet og ifølge Aarø et al. (2017) fordeles psykisk uhelse mellom internaliserende og eksternaliserende symptomer. Psykiske plager er ifølge Bang et al. (2023) belastende og plagsomme tilstander, men er ofte forbigående som for eksempel engstelse, nedstemthet og uro. Psykiske lidelser er intense, varige eller funksjonsnedsettende slik at det settes en diagnose, som for eksempel angst og depresjon (Bang et al., 2023). Felles for alle psykiske lidelser og plager er at de påvirker følelser, atferd, tanker, væremåte og omgang med andre i ulik grad (Aarø et al., 2017). Som nevnt i kapittel 1.1 fant Mathiesen et al. (2007) gjennom studien Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid (TOPP-studien) at psykiske plager vises i barnets første leveår og at det kan skje en endring på tross av begynnende negativ utvikling, med å fokusere på barnets ressurs og miljø (Mathiesen et al., 2007). Psykiske plager og lidelser i ungdomsårene øker risikoen for økonomiske vansker, vansker i nære relasjoner, frafall i skolen, rusmisbruk, og dårligere fysisk og psykisk helse senere i livet (Helsedirektoratet, 2023). Noen barn og unge har økt risiko for å utvikle psykiske plager og utilpasshet i sosiale miljøer, basert på deres oppvekstvilkår både i hjemmet, barnehage og skole. Dette er barn og unge som ikke får ivaretatt sine egne behov og ikke får tilstrekkelig omsorg fra sine omsorgspersoner, samt barn og unge som lever med vedvarende lav økonomi, opplever

mobbing, vold og overgrep og ikke har et godt miljø for læring og sosialt miljø i barnehage og skole. Barn og unge som lever sammen med foreldre i konflikt, både med foreldre som bor sammen og hver for seg, har også økt risiko for å utvikle psykiske plager (Aase et al., 2018).

Ifølge Sand og Kvarme (2018) skjuler ofte ungdom at de ikke har det bra det kan være vanskelig å oppdage ungdommer som har strever med psykiske plager. Noen av symptomene kan oppfattes som normale tenåringssvingninger (Sand & Kvarme, 2018). Ifølge Chaplin og Aldao (2013) sin studie viste jenter i ungdomsårene mer følelser enn gutter. Det kan ifølge Helsedirektoratet (2023) være vanskelig å oppdage psykiske plager og lidelser kun på bakgrunn av symptomer alene. Dette på grunn av ungdommers psykiske uhelse har ulikt uttrykk og at det er ulike årsaker som påvirker den psykiske uhelsen. Den tredje vanligste grunnen for at ungdommer oppsøker skolehelsetjenesten er på grunn av psykisk helse, etter fysisk og seksuell helse. Selv om psykiske plager stort sett er forbigående, er det en prosentandel rett over 20 % av ungdommer i Norge som har nedsatt funksjon i dagliglivet på grunn av psykiske plager (Helsedirektoratet, 2023). Ifølge Mykletun et al. (2009) har mellom 15-20 % av barn og unge i Norge psykiske plager som gir en nedsatt funksjon. De hyppigste psykiske lidelsene som forekommer hos barn og unge er emosjonelle lidelser og atferdsforstyrrelser (Mykletun et al., 2009).

I en norsk studie som har undersøkt psykisk helse hos barn i alderen 4 og 6 år med foreldreversjonen av Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) fant forskerne at gutter hadde høyere SDQ-skåre enn jenter, der den største forskjellen i gjennomsnitt var i forhold til eksternaliserende symptomer og hyperaktivitet (Mølland et al., 2023). Kjønnforskjeller hos gutter og jenter i forhold til psykiske lidelser vises tidlig, der to av tre før puberteten med psykiske lidelser som er diagnostisert er gutter, og det er Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) og atferdsproblemer som dominerer. Etter puberteten er det to av tre jenter som har psykiske lidelser, og at depresjon, spiseforstyrrelser og angstlidelser dominerer (Mathiesen et al., 2007). Studier og rapport fra både Norge og Østerrike fant at jenter i ungdomsalderen er vesentlig mer plaget av psykisk uhelse enn gutter (Bakken, 2021; Philipp et al., 2018; Potrebny et al., 2019). I en studie gjort i Norge fra 1994-2014 hos ungdommer i alderen 11-15 år rapporterte jenter størst økning av psykiske helseplager ved økende alder, men at gutter hadde

ingen eller liten endring av psykiske helseplager ved de ulike aldersgruppene (Potrebny et al., 2019).

2.1.1 Internaliserende symptomer

Internaliserende symptomer ifølge Mykletun et al. (2009) innebærer emosjonelle plager og lidelser som engstelse, nedstemthet og problemer med søvn og spising. I følge Mathiesen et al. (2007) kan det ved yngre alder være vanskelig å skille internaliserende symptomer fra å være psykiske plager til å være umodenhet hos barnet. I barneårene kan slike symptomer opptre i situasjoner der barn har vansker med å tilpasse sine følelsesmessige reaksjoner og senere i barneårene kan indikator på psykiske plager vises som mer overdreven feilplasserte eller uvanlige følelsesmessige reaksjoner. For ungdommer kan det være vanlig å kjenne på tristhet, bekymring, engstelse eller uro i forbindelse med emosjonelle plager. Ungdommer som i perioder strever med å imøtekomme hjemmets og skolens krav, finne sin plass sammen med jevnaldere og i det sosiale miljøet, og utvikle sin egen identitet, kan vise dette med plager som er normale svingninger i deres stemningsleie (Mathiesen et al., 2007). Ifølge Alnæs et al. (2018) har noen ungdommer økt sårbarhet for symptomer på psykisk uhelse på grunn av arvelige faktorer og anatomiske koblinger i hjernen som påvirker psykiske plager og kognitive funksjoner (Alnæs et al., 2018). Angst er den vanligste psykiske lidelsen blant barn og unge, og vises med irritabilitet, søvnforstyrrelser, muskelspenninger og rastløshet. Depresjon som er sterkt korrelert til angst følger like etter og vises med passivitet, nedstemt humør, mangel på glede og manglende interesse for aktiviteter (Mykletun et al., 2009). Krokstad et al. (2022) fant økning av angst og depresjon hos gutter og jenter fra 1995-2019, der den største økningen skjedde fra 2006-2019. Endringen ble rapportert mest hos jenter.

Ungdomsjenter i Østerrike rapporterte flere internaliserende symptomer enn hos ungdomsgutter (Philipp et al., 2018). Bunting et al. (2022) fant i sin studie ingen generell forskjell av emosjonelle symptomer mellom gutter og jenter i Nord-Irland, men at jenter i alderen 16-19 år rapporterte flere emosjonelle symptomer enn gutter (Bunting et al., 2022). Blant ungdommer i Sverige hadde jenter mer stress og subjektive helseplager, både somatiske og psykiske plager, enn gutter. Høyere nivåer av helseplager og stress ble rapportert hos ungdommer som bodde med enslige foreldre og

hadde lavere økonomi. De psykiske plagene var i tillegg høyere hos ungdommer der foreldre hadde delt omsorg. Assosiasjonen mellom stress og psykiske plager ble rapportert sterkere hos jenter enn hos gutter (Corell et al., 2022). I Østerrike ble det rapportert assosiasjon med mer internaliserende symptomer hos ungdommer med lavere sosioøkonomisk status og ungdommen som bodde med enslig forsørger (Philipp et al., 2018).

2.1.2 Eksternaliserende symptomer

Atferdsforstyrrelser vises ofte ved eksternaliserende symptomer og atferd som irritabilitet, aggresjon, konsentrasjonsvansker og norm- og regelbrudd (Mykletun et al., 2009). Atferdsvanskene ved yngre alder kan være vanskelig å skille om det er psykiske plager eller er forbigående biologisk umodenhet i samspill til miljøet. I yngre alder knyttes plagene ofte til utfordringer med rutinemessig aktiviteter som søvn, spising og lek i hjemmet (Mathiesen et al., 2007). Samt ifølge Mykletun et al. (2009) at overgangen mellom hva som er normal atferd knyttet til ungdomstidens utfordringer og utvikling, og hva som er tegn på psykisk uhelse kan være glidende. Et eksempel er diagnosen «alvorlig atferdsforstyrrelse» som omhandler krenking av andres menneskers rettigheter og alvorlig ødeleggelse av eiendom. Samt har mange barn og unge vansker med normbrytende og aggressiv atferd uten at den blir kvalifisert som en atferdsforstyrrelse (Mykletun et al., 2009). Ungdommers opplevelse av følelsesmessige avvísninger kan ifølge Skårderud og Duesund (2014) føre til tilbaketrekninger og utløse reaksjoner som eksternaliserende symptomer som uro og sinne. Atferdsforstyrrelser er ifølge Mykletun et al. (2009) stigende med alderen, spesielt fra 12-13 årsalderen før det når en topp mellom 16-17 år, og det er mer enn tre ganger så mange gutter som blir siktet for lovbrudd enn jenter.

I en studie i Østerrike (Philipp et al., 2018) fant forskere ingen forskjell av eksternaliserende symptomer mellom ungdomsgutter og ungdomsjenter, men likevel så slike symptomer ut til å øke med økende alder, og i større grad for gutter enn for jenter. Blant ungdommer i Nord-Irland (Bunting et al., 2022) fant forskere en generell forskjell der gutter hadde høyere symptomer på atferdsproblemer, hyperaktivitet, venneproblemer, samt høyere skår prososial atferd enn jenter (Bunting et al., 2022). Philipp et al. (2018) fant i sin studie mer eksternaliseringene symptomer hos

ungdommer som bodde med enslig forsørgere, enn de som bodde med begge sine foreldre. Studien fant også at symptomer på aggressiv atferd i kombinasjon med å være engstelig og deprimeret ofte oppstod samtidig, samt aggressiv atferd og somatiske plager, og aggressiv atferd og tankeproblemer (Philipp et al., 2018).

3.0 Teoretisk perspektiv

Jeg har valgt teori om salutogenese, resiliens og helsefremmende arbeid for å forstå tidligere forskning og funnene i studien.

3.1 Salutogenese

Aron Antonovsky sitt utgangspunkt for den salutogene teorien er hans undring omkring hva som skaper helse (Espenes & Linström, 2014). WHO definerer helse som fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare et fravær av sykdom eller lidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Ifølge Antonovsky (2014) er den salutogene teorien rettet mot faktorer som fremmer helsen og kunnskapen om de helsebeskyttende faktorene, og ikke patogenese om hva som skaper sykdom. Opplevelse av sammenheng (OAS) er et sentralt begrep i teorien og en sterk eller svak OAS er avgjørende for utfallet av helsen. Ungdommer med sterk OAS føle trygghet i seg selv, oppleve mestring i hverdagen og har en opplevelse av bedre psykisk helse. Ungdommer med svak OAS vil kjenne på utrygghet i eget liv og hverdag, og vil lettere kunne bli stresset og ha opplevelse av at hverdagslige utfordringer er vanskeligere å håndtere. Det kan være ungdommer som oftere oppsøker skolehelsetjenesten med symptomer på psykisk uhelse, enn ungdommer med sterk OAS. I løpet av livet vil ungdommer tilegne seg erfaringer og kunnskap gjennom opplevelser og tilegne seg en sterkere eller svakere OAS, som kan påvirke videre psykisk helse og uhelse. OAS påvirkes av tre komponenter: *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. *Begripelighet* betyr at stimulering som ungdommer utsettes for i det indre og ytre miljøet er forståelig og kan settes inn i en sammenheng, fremfor at det fører til at sammenhengen er uforståelig og skaper en kaotisk situasjon. *Håndterbarhet* innebærer ressursene en har tilgjengelig til å kunne håndtere de hverdagslige kravene en står ovenfor. *Meningsfullhet* betyr at en følelsesmessig engasjerer seg i hendelser i livet. Det betyr ikke at alle hendelsene ungdommer møter gir høy grad av mening, men at ungdommer tar utfordringen en står ovenfor, forsøker å

finne en mening med situasjonen og kommer seg gjennom det på en anstendig måte (Antonovsky, 2014).

OAS påvirkes av de generelle motstandsressursene (GMR) ungdommer tilegner seg i løpet av livet. Det innebærer de ressursene ungdommer har for å kunne tilpasse seg og mestre stressfylte utfordringer på en indre og ytre plan gjennom sterk identitet og den sosiale støtten. Ungdommer må finne balansen mellom over- og underbelastning av stressfylte situasjoner og GMR påvirkes av egostyrke, kognitive ressurser, kulturell stabilitet, materielle verdier, fysiske og biokjemiske ressurser (Antonovsky, 2014).

3.2 Resiliens

Resiliens betyr motstandsdyktighet og handler om beskyttelsen mot belastningene en utsettes for, og mennesket kan likevel klare seg bra i livet selv med vanskelige opplevelser og erfaringer (Aarø et al., 2017). Det er i følge Davydov et al. (2010) menneskets forsvarsmekanisme til å møte motgang på en positiv måte. Forbedring av menneskets resiliens er et viktig mål og et forebyggende tiltak. Det er en individuell ressurs, for eksempel evne til mestring og en positiv emosjonell atferd (Aarø et al., 2017). Resiliens vektlegger prosessene som gir barn og unge velvære og opplevd friskhet, og sunnhetene hos dem som opplever påkjenninger i livet, i likhet med den salutogene teori (Borge, 2003), der GMR vektlegger de ulike ressursene mennesket har for å håndtere ulike stressfylte opplevelser i livet (Antonovsky, 2014). Resiliente ungdom har varierende kompetanse, og sosial kompetanse er noe av det viktigste ungdommer tilegner seg i oppveksten. Sosial kompetanse kan deles inn i tre underkategorier; *intellektuell*-, *emosjonell*- og *atferdsmessig resiliens*. *Intellektuell resiliens* er til stede hos barna som ikke mestrer skole, men likevel har kompetanse til å gjøre leksene sine, mestre skole og oppnå gode resultater. *Emosjonell resiliens* betyr opplevelsen av å føle seg bra, være fornøyd og at en er trygg til tross for barn som har påkjenninger i familien og nærmiljøet. *Atferdsmessig resiliens* er tilstede hos de barna som tidligere har hatt problemer med oppførselen, men har en oppførsel som forbedrer seg (Borge, 2003). Ifølge Garner og Yogman (2021) er trygge, stabile og nære relasjoner med på å bygge resiliens og kan redusere uheldig stress, som kan styrke livsmestring i motgangen som møtes. Det er hjelpen til å håndtere utfordringene som øker resiliensen og ikke fraværet av belastningene (Garner & Yogman, 2021). Noen er

disponert for å være sterkere, mens andre er mer sårbare. Resiliens har en biologisk komponent, som er arvelig, samt at psykologiske og sosiale forhold også påvirker resiliensen. Mestring av belastningene som livet medfører formes videre gjennom de biologiske og psykologiske prosessene som mennesket utsettes for gjennom oppveksten. Resultatet blir ulik grad av resiliens hos den enkelte (Aarø et al., 2017). Resiliensprosesser tar tid, som krever tålmodighet og at hjelpen opprettholdes over tid (Borge, 2003).

3.3 Helsefremmende arbeid

Ottawacharteret fra 1987 var den første konferansen i helsefremmende arbeid i regi av WHO og ble grunnlaget for helsefremmende arbeid både i Norden og internasjonalt (WHO, 1986). Helsefremmende arbeid er en tilnærming som vektlegger hva som bidrar til god livskvalitet og friskhet hos mennesket. Arbeidet angår å fremme prosesser og styrke beskyttelsesfaktorer som gir god helse. Helsefremmende arbeid fokuserer på ressurser hos mennesket og ser etter det positive, livskvalitet og styrke de gode kreftene og prosessene. En mer negativ retning er forebyggende arbeid som identifiserer risikofaktorer og negative sider i samfunnet som kan gi sykdom og sosiale problemer. En avgjørende del av det helsefremmende arbeidet er å identifisere suksessindikatorer. Det er en utvikling fra å tenke problemorientert til ressursorientert, og omhandler det som nytter, virksomme strategier og rammebetingelser som er tilstede når en lykkes (Garsjø, 2018). Videre blir det presentert helsefremmende arbeid innenfor psykisk helse.

Helsesykepleier i skolehelsetjenesten skal arbeide for å fremme ungdommers psykiske helse og forebygge sykdom og skader (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). I barne- og ungdomstiden legges grunnlaget for helse, livsstil og livstilfredshet og det helsefremmende arbeidet i blant annet skolehelsetjenesten er viktig i et langsiktig perspektiv (Samdal, 2018). Psykisk helsefremmende arbeid defineres som å styrke ungdommers evne til å håndtere utfordringer som kommer, utvikle et positivt selvbilde, velvære, mestringsevne og klare seg i motgang. Det handler også om å skape et positivt og sosialt inkluderende miljø. Det helsefremmende arbeidet har også en forebyggende effekt med å forebygge psykiske lidelser, redusere psykiske plager og å fremme den psykiske helsen på en

positiv måte (Aarø et al., 2017). Skolehelsetjenesten bør ifølge Helsedirektoratet (2023) støtte barn og ungdommer med psykiske plager, både ved å tilby oppfølgende samtaler, samarbeid med skole og foreldre om tilrettelegging av skolehverdag og samarbeid med andre tjenester. Samtalene bør ta utgangspunkt i barns og ungdommers behov, og gjennom å tilby råd, veiledning og samtaler kan helsesyklepleier bidra til å styrke ungdommers mestring, egenomsorg, selvfølelse, ansvar og sosiale ferdigheter. Tidlig innsats kan bidra til at barn og ungdom får støtte til å mestre dagliglivet og hverdagen i skolen bedre, forebygger psykiske plager og en hjelp til å sortere og normalisere utfordringer (Helsedirektoratet, 2023). Ved normale og gode levekår vil de aller fleste barn og ungdommer lære og utvikle seg i takt med sine ressurser og evner. De vil kunne fungere sosialt og emosjonelt i samfunnet og med hjelp og veiledning fra trygge omsorgspersoner vil ungdommer kunne lære å mestre vanskeligheter og motstand (Aase et al., 2018). Det at ungdommer tilegner seg psykisk helsefremmende kompetanse gjennom skolehelsetjenesten er en viktig ressurs for videre liv og en viktig faktor for den psykiske helsen, samt at ungdommer uttrykker behov for mer kunnskap om psykisk helse (Bjørnsen et al., 2018). Økt kunnskap om psykisk helse er positivt assosiert med ungdommenes psykiske helsestatus (Bjørnsen et al., 2019; Lam, 2014).

4.0 Metode

4.1 Forskningsdesign og metode

Studien er en kvantitativ observasjonsstudie, en kohortstudie med tverrsnittsdata. Nielsen et al. (2021) hevder at observasjonsstudie kun observerer og måler uten at deltakerne blir utsatt for en eksponering. Kohort er en gruppe med felles egenskaper, slik som alle elevene i 8.trinn, derav en kohortstudie. Det ble også benyttet lukket kohort (Nielsen et al., 2021), som betyr at tilflyttere til de to kommunene i Sør-Norge hvor studien ble gjennomført ikke ble inkludert i studien på et senere tidspunkt etter at spørreundersøkelsen var gjennomført.

Kvantitativ metode med velutviklede spørreundersøkelser kan generalisere studien (Jacobsen, 2021). En kan forvente å finne tilsvarende svar fra andre ungdommer i tilsvarende og like omstendigheter i andre kommuner i Norge og andre land som studien fant, noe som diskuteres i kapittelet 6.1.

4.2 Forforståelse

En forsker har allerede en mening om studiens fenomen, men i kvantitative studier er påvirkelsesgraden til resultatene betraktelig mindre enn ved kvalitative studier (Dalland, 2010). Som helsesykepleier i ungdomsskolen hadde jeg allerede en forforståelse om ungdommers psykiske helse, men resultatene fra studien ble ikke fremstilt på en annen måte enn hva som kom frem fra analysen basert på data ut fra hva ungdommene selv hadde svart på spørreskjemaene med lukkede svaralternativer. Min forforståelse ut ifra tidligere kunnskap var at det ville være en forskjell mellom gutter og jenter sin psykiske helse, det at jenter rapporterte flere internaliserende symptomer og gutter flere eksternaliserende symptomer. Jeg forventet å finne en sammenheng mellom de psykiske plagene og vanskenes innvirkning på dagliglivet, samt at den prososiale ressursen hos både gutter og jenter hadde en assosiasjon til mindre vansker i hverdagen. Jeg var kritisk til min egen forforståelse og ønsket å gi min kunnskap en bekreftelse eller avkreftelse ut ifra funnene og tidligere kunnskap. Samt ble analyser gjort basert på min forforståelse og kunnskap fra tidligere forskning om hva jeg kunne forvente. Ifølge Jacobsen (2021) vil forforståelse bli utfordret gjennom abduksjon ved å lete aktivt etter det overraskende. Overraskende og uventede observasjoner vil oftere formulere og reformulere teori (Jacobsen, 2021).

4.3 Utvalg, rekruttering og innsamling av data

Studien ble gjennomført i samarbeid med prosjektet «Godt begyntTM - barn og unge i Agder» som handler om å implementere strukturerte verktøy for å kartlegge barn og ungdommers helse iblant annet skolehelsetjenesten (Westergren et al., 2021). Prosjektet ble uavhengig av denne studien og samtykke utført i de to kommunene i studiens utvalg, samt flere kommuner i Agder. Spørreundersøkelsen ble distribuert online klassevis i forkant av helsesamtalen i 8.klasse. Dette for å kunne følge elevene opp i etterkant av gitte svar. Totalt 499 elever i alderen 12-13 år i to kommuner i Sør-Norge ble invitert til å svare på spørreskjemaer om egen helse i forkant av planlagt helsesamtale med helsesykepleier, samt dele data til forskning mellom september 2022 og mars 2023. Alle elever uansett etnisitet som behersket godt nok norsk til å kunne lese, forstå og svare på spørsmål fikk tilgang til å svare på spørreskjemaene. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i en klassesstime og ungdommer

gjennomførte både med og uten assistent, og ungdommer som hadde behov for oppklaring av ord eller spørsmål fikk hjelp av helsesykepleier eller lærer som var til stede.

CheckWare (CheckWare Ltd., Trondheim, Norway) ble brukt som tjenesteleverandør for gjennomføring av spørreundersøkelsen digitalt og innhenting av elektronisk samtykke.

4.3.1 Instrumenter

Dataene ble innsamlet med de digitale spørreskjemaene «Strengths and Difficulties Questionnaires and impact supplement for self completion» (SDQ) (Goodman, 1997) og «Spence Children's Anxiety Scale Short» (SCAS-S) (Reardon et al., 2018). SDQ viser ungdommers totale vansker, internaliserende og eksternaliserende symptomer. Under internaliserende symptomer inngår emosjonelle symptomer og venneproblemer. Under eksternaliserende symptomer inngår atferdsproblemer og hyperaktivitet. Prososial atferd og vanskenes innvirkning på dagliglivet inngår også i spørreskjemaet. Det er totalt 25 spørsmål og høyere score indikerer flere vansker. Høy score innenfor prososial atferd innebærer en positiv atferd (Goodman, 1997).

SCAS-S er designet for å evaluere symptomer relatert til generalisert angst, sosial fobi og panikk og agorafobi. Det er åtte spørsmål og høyere score totalt indikerer flere vansker (Reardon et al., 2018). SCAS-S i funnene og diskusjonen blir presentert som symptomer på engstelse, som er symptomer på angst. Dette for å ikke villed og forveksle med diagnosebegrepet «angst». Henviser til artikkelmanuskriptet med tabell med nærmere beskrivelse av spørreskjemaene for ytterligere informasjon.

4.4 Forskningsetikk

4.4.1 Godkjenninger

Ifølge Nielsen et al. (2021) må studier følge regelverket etter Helsinkideklarasjonen som skal sørge for å ivareta deltakeres rettigheter og sikkerhet og at det gjøres frivillig. «Godt begyntTM - barn og unge i Agder» har godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) med referansenummer 630027, som ifølge Nielsen et al. (2021) er på grunn av håndtering av personopplysninger. Videre er prosjektet søkt til Regionale

komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), men er avvist (2018/1610) for å ikke være underlagt lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Referanse nummer RITM0035972 for Fakultetets etiske komité ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitet i Agder, har gjort en forskningsetisk vurdering av «Godt begyntTM – barn og unge i Agder» og godkjent prosjektet.

4.4.2 Informert samtykke

Det er regulert ved forskrift om at barn mellom 12-16 år har rett til å bli hørt i forskning og har rett til å samtykke til deltakelse (Forskrift om barns rett til selv å samtykke til deltakelse i forskning, 2017). Barn som deltar i forskning, har et særlig krav på beskyttelse og en hovedregel er at det kreves samtykke fra både barn og foresatte for at barn kan delta i forskning. Det forskningsetiske samtykket skal være frivillig, utvetydig, informert og dokumenterbart (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021).

Før selve spørreundersøkelsen ga helsesykepleier muntlig informasjon om spørreundersøkelsen og samtykke til deltakelse i studien. Etter ungdommene hadde besvart hele spørreskjemaet fikk de skriftlig informasjon om samtykke og ungdommene visste da mer om hva de samtykket til å dele i studien. Samt var ikke svarene fra spørreundersøkelsen som helsesykepleier kan bruke i selve helsesamtalen i 8.klasse avhengig av samtykke til forskning. Ungdommene fikk mulighet til å stille spørsmål dersom noe var uklart. Foresatte fikk tilsendt digital informasjon om spørreundersøkelsen og samtykke. Ungdommene og foresatte ble informert om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg fra studien selv om samtykket var gitt. Dette står i samsvar med Helsinkideklarasjonen i forhold til frivillig deltakelsen og ivaretagelse av ungdommenes rettigheter og sikkerhet (Dalland, 2010).

4.4.3 Konfidensialitet

Analysefilen som ble brukt var anonymisert fra prosjektet og ungdommens fødselsdato og løpenummer var tatt bort og identifiseringen av ungdommenes svar var dermed ivare tatt av personvernssikkerheten. Ifølge Jacobsen (2021) gjør anonymisering det umulig å identifisere dataene som fremkommer i studien og koble det opp mot deltakerne (Jacobsen, 2021). Anonymitet er viktig å ivareta dersom forskningsdeltaker har blitt lovet at dataen ikke kan bli identifisert til enkeltindivider (De nasjonale

forskningsetiske komiteene, 2021). Ungdommer kan ha opplevd en sårbarhet ved å ha samtykket til å dele opplysninger om seg selv og en redsel for at konfidensialitet ikke ble overholdt, men ulempene i studien var små på grunn av rutine for oppbevaring av data og anonymisering som ivaretok ungdommers personvernssikkerhet. Samt var det en stor fordel for samfunnet og skolehelsetjenesten med mer kunnskap om ungdommer psykiske helse og ungdommene bidro til å videreformidle denne kunnskapen ved å ha deltatt i studien.

4.5 Analyse

Beskrivende analyse av dataene ble analysert ved hjelp av SPSS (IBM SPSS Statistics v.29, New York, US).

4.5.1 Deskriptiv analyse

Deskriptiv statistikk blir benyttet for å beskrive utvalget og få en oversikt over fordelingen av variablene i studien (Jacobsen, 2021). Analysen ble brukt for å beskrive utvalget av den psykiske helsen og påvirkning av dagliglivet både samlet for hele utvalget og forskjellen mellom gutter og jenter. Forskjellen ble analysert med t-test som antok ulik varians basert på Welch's test. Utvalget ble forklart ved gjennomsnitt og standardavvik og utvalgets totale antall og gutter vs. jenters symptomer i grensetilfelle og med unormalt mye symptomer ble beregnet basert på grenseverdier fra Storbritannia (Youth in mind, 2016). Henviser til artikkelmanuskriptet for ytterligere informasjon.

4.5.2 Korrelasjons- og regresjonsanalyse

Det ble gjennomført korrelasjonsanalyse (Tabell 1) med Spearman's rho med variabler på ordinalt nivå for å se samvariasjon mellom alder og psykisk helse, og mellom psykisk helse og innvirkning av dagliglivet. Korrelasjonsanalyse benyttes ifølge Bjørndal og Hofoss (2020) til å kryssfordele variablene for å vise til samvariasjon mellom variablene. Dette ble benyttet for å bestemme videre regresjonsanalyse i studien. Lineær regresjonsanalyse brukes ifølge Skovlund (2020) for å kunne se om det er assosiasjon mellom en avhengig variabel og en eller flere uavhengige variabler. Stigningstallet som beskrives med ustandardisert beta viser hvor sterk assosiasjonen mellom variablene er og beskriver hvor mye den avhengige variabelen øker eller synker

med den uavhengige variabelen (Skovlund, 2020). Regresjonsanalysen sin avhengige variabel var impact-skår (innvirkning på dagliglivet). I tabell 2 presenteres assosiasjonen mellom psykisk helse og innvirkning på dagliglivet både ujustert og justert for alder og kjønn (gutter vs. jenter). Videre regresjonsanalyse presenteres i artikkelmanuskriptet.

4.6 Metodiske refleksjoner

En studie bør være både valid og reliabel. Validitet beskriver målingenes nøyaktighet, altså om en får svar på det en undersøker og skal være lik med virkeligheten (Nielsen et al., 2021). Reliabilitet måler nøyaktigheten av spørreundersøkelsen og ved høy reliabilitet vil ungdommenes svar gi samme resultat ved flere målinger under identiske forhold (Nortvedt et al., 2021).

Robert Goodman har vurdert validiteten til SDQ og fant at spørreskjemaet er valid ved å skille mellom lav- og høyrisiko svar i forhold til psykisk helse (Goodman et al., 2003). SDQ er sammenlignet med andre velutprøvde og valide spørreskjemaer og det er funnet høy korrelasjon og evidens for god validitet til SDQ (Goodman, 1997). Muris et al. (2003) er en av mange som har undersøkt validiteten og reliabiliteten til SDQ og fant at dataene fra deres studie samsvarer og er svært like med andre psykometriske svar når SDQ blir administrert til barn og ungdom i vestlige og ikke-vestlige land.

Ifølge Spence et al. (2003) er SCAS-S sin validitet akseptabelt i forhold til psykometriske egenskaper, og vurdert til å være et godt etablert spørreskjema og verktøy som indikerer angstsymptomer blant ungdommer. Reliabiliteten viste seg å være svakere enn validiteten, men tilfredsstillende for formålet (Spence et al., 2003). Reliabiliteten viste seg også å være akseptabel med stabile målinger over en periode i et lite utvalg. Samt at høye nivåer av angstsymptomer kan være ustabile over tid hos den generelle populasjonen av barn og unge (Spence, 1998).

Henviser til artikkelmanuskriptet for tabell og tekst for analyse av SDQ og SCAS-S med Cronbach's alfa.

5.0 Funn

171 (39 %) ungdommer i alderen 12-13 år fra to kommuner i Sør-Norge deltok i studien ved å besvare spørreundersøkelsen og samtykke til forskning. Gjennomsnittsalderen var 13,6 år hos jenter og 13,5 år hos gutter. Det var signifikant forskjell hos gutter og jenter for totale vansker SDQ (8,70 vs. 10,71), internaliserende symptomer (3,09 vs. 5,31), emosjonelle symptomer (1,71 vs. 3,95), prososial atferd (7,86 vs. 8,94) og engstelse (3,48 vs. 7,45). Eksternaliserende symptomer, atferdsproblemer og hyperaktivitet viste ingen forskjell hos gutter og jenter, men både gutter og jenter rapporterte mye symptomer på hyperaktivitet (4,02 vs. 4,27). Av hele utvalget hadde 31 % unormalt mye symptomer på engstelse.

Korrelasjonsanalysen viste at totale vansker SDQ samvarierte med internaliserende symptomer (0,78), emosjonelle symptomer (0,72), venneproblemer (0,58), eksternaliserende symptomer (0,84), atferdsproblemer (0,69), hyperaktivitet (0,79), prososial atferd (-0,22), impact-skår (0,53) og engstelse (0,54), men ikke med alder. Prososial skår samvarierte med alle variablene (-0,18,-0,35), men ikke med alder, engstelse, impact-skår, internaliserende symptomer og emosjonelle symptomer. Impact-skår samvarierte med alle variablene (0,25,-0,53), men ikke med alder og prososial atferd. Korrelasjon mellom variablene er kun rapportert om p-verdien var signifikant på 0,05 nivå, men må tolkes med forsiktighet da det ikke er justert for multipl tester. Se tabell 1 for ytterligere funn.

I tabell 2 var totale vansker SDQ (ujustert beta 0,13 og justert beta 0,12) og symptomer på engstelse (ujustert beta 0,15 og justert beta 0,16) assosiert med vanskenes innvirkning på dagliglivet. Det vil si at for hver trinn SDQ og symptomer på engstelse øker med 1, var det assosiert med økt opplevd innvirkning på dagliglivet med henholdsvis 0,13 og 0,16. Underdomene av SDQ var assosiert med innvirkning på dagliglivet ujustert og justert, men prososial skår (ujustert beta 0,04 og justert beta -0,03) var ikke assosiert med den psykiske helsen og innvirkning på dagliglivet.

Emosjonelle symptomer (beta 0,27, $p < 0,001$) og hyperaktivitet (beta 0,12, $p = 0,01$) hadde størst assosiasjon relatert til impact-skår. Henviser til artikkelmanuskriptet for nærmere beskrivelse av utdypende regresjonsanalyse i tabell med modell 1, 2, 3 og 4.

Tabell 1. Korrelasjonskoeffisienter (Spearman's rho) mellom alder og variabler for psykisk helse i utvalget (N=171).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Alder	1	0,06	0,08	0,03	0,14	0,02	0,08	-0,04	0,07	0,09	-0,03
2. Totale vansker SDQ		1	0,78**	0,72**	0,58**	0,84**	0,69**	0,79**	-0,22**	0,53**	0,54**
3. Internaliserende symptomer			1	0,92**	0,74**	0,34**	0,27**	0,31**	-0,01	0,44**	0,68**
4. Emosjonelle symptomer				1	0,44**	0,30**	0,22**	0,30**	0,12	0,45**	0,70**
5. Venneproblemer					1	0,25**	0,25**	0,19*	-0,18*	0,25**	0,38**
6. Eksternaliserende symptomer						1	0,82**	0,94**	-0,35**	0,42**	0,23**
7. Atferdsproblemer							1	0,61**	-0,35**	0,30**	0,15
8. Hyperaktivitet								1	-0,28**	0,44**	0,24**
9. Prosocial atferd									1	0,04	-0,06
10. Impact-skår										1	0,38**
11. SCAS-S											1

** Korrelasjon er signifikant med $p < 0,05$. * Korrelasjon er signifikant med $p < 0,001$. SCAS-S: Spence Children's Anxiety Scale Short. SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire and impact supplement.

Tabell 2. Lineær regresjon. Assosiasjon mellom psykisk helse og innvirkning på dagliglivet (impact-skår) ikke justert og justert for alder og gutter vs. jenter.

	Ikke justert assosiasjon - bivariat lineær regresjon		Assosiasjon justert for alder og gutter vs. jenter - multippel lineær regresjon	
	Ustandarisert beta (95 % KI)	P-verdi*	Ustandarisert beta (95 % KI)	P-verdi*
Total vansker SDQ	0,13 (0,10;0,16)	<0,001	0,12 (0,09;0,15)	<0,001
Internaliserende	0,23 (0,18;0,28)	<0,001	0,22 (0,17;0,28)	<0,001
Emosjonelle symptomer	0,32 (0,25;0,38)	<0,001	0,33 (0,25;0,41)	<0,001
Venneproblemer	0,30 (0,17;0,44)	<0,001	0,28 (0,15;0,41)	<0,001
Eksternaliserende	0,12 (0,07;0,18)	<0,001	0,13 (0,07;0,18)	<0,001
Atferdsproblemer	0,20 (0,08;0,33)	0,002	0,22 (0,10;0,34)	<0,001
Hyperaktivitet	0,18 (0,11;0,26)	<0,001	0,18 (0,11;0,26)	<0,001
Prosocial atferd	0,04 (-0,09;0,17)	0,59	-0,03 (-0,16;0,11)	0,71
SCAS-S	0,15 (0,11;0,19)	<0,001	0,16 (0,11;0,20)	<0,001

*P-verdi basert på lineær regresjon for assosiasjon mellom uavhengige og avhengig variabler. Avhengig variabel: Impact-skår. SCAS-S: Spence Children's Anxiety Scale Short. SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire and impact supplement. KI: konfidensintervall.

6.0 Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan internaliserende og eksternaliserende symptomer på psykisk uhelse, prososiale ressurser og innvirkning på dagliglivet fordelte seg blant gutter og jenter i 12-13 års alderen i to kommuner i Sør-Norge. Funnene fant forskjell i totale vansker SDQ, internaliserende symptomer, emosjonelle symptomer, prososial atferd og engstelse, der jenter hadde høyest symptomer på alle variablene. Samt mye symptomer på engstelse blant hele utvalget. Det var ikke forskjell i eksternaliserende symptomer, atferdsproblemer og hyperaktivitet, men både gutter og jenter rapporterte mye symptomer på hyperaktivitet. Alder, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet så ut til å ha størst betydning for innvirkning på dagliglivet. Prososiale ressurser var ikke assosiert med innvirkning på dagliglivet bortsett fra i modellen med totale vansker SDQ hvor høyere rapportert prososial atferd var forbundet med større innvirkning på dagliglivet. I diskusjonsdelen i artikkelmanuskriptet diskuteres funnene ut fra tidligere forskning, og i dette diskusjonskapittelet diskuteres funnene knyttet til teori og helsesykepleiers rolle i skolehelsetjenesten.

Studien fant ikke forskjell i eksternaliserende symptomer, atferdsproblemer og hyperaktivitet, men både gutter og jenter rapporterte mye symptomer på hyperaktivitet. I Østerrike ble det ikke funnet forskjell i atferdsproblemer mellom ungdomsgutter og ungdomsjenter, men symptomene økte med økende alder og i større grad hos gutter (Philipp et al., 2018). I Nord-Irland ble det funnet en generell forskjell der gutter hadde mer symptomer på atferdsproblemer, hyperaktivitet og venneproblemer (Bunting et al., 2022). Studiens funn indikerer viktig kunnskap om hyperaktivitet som helsesykepleier bør ha kunnskap om, slik at både gutter og jenter kan få hjelp til tidlig identifisering av hyperaktivitet. Det kan tenkes at gutter viser mer symptomer på hyperaktivitet enn jenter, men at jenter kan vise hyperaktivitet på andre måte som blant annet indre uro. Hyperaktivitet i form av uro kan være ungdommers måte utad til å reagere på negative følelser og et forsøk på å regulere indre ubehag. Ifølge Skårderud og Duesund (2014) kan uro og sinne være en reaksjon på tilbaketrekning og følelse av avvising (Skårderud & Duesund, 2014). Ungdommer kan da ha behov for hjelp til regulering av følelsene og håndtere årsaken til ubehaget, noe helsesykepleier kan anerkjenne og støtte ungdommer i. Samt er dette kunnskap skolen burde være klar over og det kan tenkes at økt

hyperaktivitet kan påvirke både gutters og jenters læresituasjon i klasserommet, samt det sosiale miljøet ungdommene omgås i. Det støttes i fra Nasjonale faglige retningslinjer for skolehelsetjenesten fra Helsedirektoratet (2023) at helsesykepleier bør samarbeide med skole og foresatte om tilrettelegging av skolehverdagen for barn og unge. Det kan tenkes at det er viktig å møte og anerkjenne ungdommene på deres behov for å kunne gi dem opplevelse av mestring ut ifra læresituasjon og sosiale settinger. Studiens funn samsvarer ikke direkte med tidligere forskning om jenters hyperaktivitet og videre forskning om hyperaktivitet for både gutter og jenter, samt hvordan ansatte i skolen, og foresatte, oppfatter, forstår, fortolker og relaterer til ungdoms hyperaktivitet, kan være interessant å se på.

Samlet rapporterte flere ungdommer i studien symptomer på engstelse, hvor jenter rapporterte mer symptomer enn gutter, samt totale vansker SDQ, internaliserende og emosjonelle symptomer. Tidligere forskning fra Norge og Østerrike fant flere internaliserende symptomer hos ungdomsjenter enn hos ungdomsgutter (Bakken, 2021; Philipp et al., 2018; Potrebny et al., 2019). Studien til Sand og Kvarme (2018) fant at ungdommer ofte skjuler at de har det vanskelig og ifølge Helsedirektoratet (2023) oppsøker ungdommer sjeldnere hjelp for psykiske plager og utfordringer, som er en av grunnene til at det bør gjennomføres helsesamtale i 8.klasse. Det at ungdommer tilegner seg psykisk helsefremmende kompetanse gjennom skolehelsetjenesten er en viktig ressurs for videre liv og en viktig faktor for den psykiske helsen ifølge (Bjørnsen et al., 2018). Giota og Gustafsson (2017) fant økning av psykisk uhelse spesielt hos jenter etter endt ungdomsskole som tyder på behov for å forebygge og minimere denne utviklingen. Mathiesen et al. (2007) fant at forstadier til psykiske plager vises i ung alder og at det er en tendens til videre psykiske plager ved økende alder. Det kan da tenkes at tidlig innsats er viktig allerede fra helsestasjonsprogrammet, barnehage og barneskole for å kunne ifølge Mathiesen et al. (2007) minske de psykiske plagene ved å styrke barnas mestringsevne og sosiale kompetanse tidlig i livet. Det er også viktig for helsesykepleier å være klar over at jenter rapporterte mye internaliserende symptomer og engstelse, men at gutter også rapporterte mange symptomer på engstelse. Studiens funn kan tolkes som at jenter har lettere for å sette ord på sine psykiske plager enn gutter, men at gutter likevel har en del symptomer på engstelse som ble rapportert via spørreskjema, som kan være et utgangspunkt for helsesamtalen i 8.klasse. Chaplin og Aldao (2013) bekrefter at jenter i ungdomsårene viste mer følelser enn gutter. Ifølge

Aarø et al. (2017) er det viktig å skape et positivt og sosialt inkludert miljø for å kunne legge til rette for å fremme god psykisk helse. I tillegg til viktig kunnskap for helsesykepleier som nevnt, kan det også være viktig for blant annet skolen å være klar over, som i samarbeid med helsesykepleier kan tilrettelegge for et trygt klassemiljø slik at flere ungdommer kan oppleve at det er lav terskel for å snakke om psykiske plager og oppsøke hjelp. Helsesykepleier kan med denne kunnskapen tidlig i ungdomslivet for både gutter og jenter identifisere ungdommer som strever med psykiske plager, og støtte og veilede ungdommene til å tilegne seg større psykisk helsekompetanse. Dette for å øke ungdommers egen ressurs for å styrke den psykiske helsen for videre liv.

Jentene i studien rapporterte mer prososial atferd enn guttene, men de prososiale ressursene var ikke assosiert med innvirkning på dagliglivet bortsett fra i modellen med totale vansker SDQ hvor høyere rapportert prososial atferd var forbundet med større innvirkning på dagliglivet. Dette er funn som forklarte variansen i impact-skår i motsatt retning av forventet. Ifølge Garsjø (2018) er suksessindikatorer når en lykkes i livet avgjørende for det helsefremmende arbeidet. Ungdommers opplevelse av god psykisk helse kan innebærer ulike suksessindikatorer som ifølge Aarø et al. (2017) er en individuell ressurs og ulik grad for resiliens. Ifølge Aarø et al. (2017) kan helsefremmende arbeid styrke ungdommers evne til å håndtere utfordringer som kommer på en bedre måte. Dette støttes også ifølge Aase et al. (2018) som fant at ungdommer kan fungere sosialt og emosjonelt med hjelp og veiledning fra trygge omsorgspersoner, som i skolehelsetjenesten kan være helsesykepleier. Helsesykepleier har en stor mulighet til å identifisere ungdommers egne ressurser og i dialog med ungdommer utforske hvilke suksessindikatorer som har vært til stede ved tidligere håndterbare utfordringer. Helsesykepleier kan gi veiledning og hjelp til å forstå plagene som ungdommene har og tydeliggjør ungdommers egen ressurs. Ifølge Helsedirektoratet (2023) kan helsesykepleier gjennom råd, veiledning, samtaler og tiltak bidra til at ungdommer får styrket sin selvfølelse, egenomsorg, mestring, ansvar og sosiale ferdigheter. Helsesykepleier kan også hjelpe ungdommer til å sortere tanker og følelser og vurdere hva som er normale utfordringer i hverdagen (Helsedirektoratet, 2023). Ifølge Borge (2003) tar resiliensprosesser tid, som krever tålmodighet og hjelp over en periode. Dette kan tolkes som at helsesykepleier må bruke langvarig ressurs og dialog for at ungdommers resiliens skal utvikles. Dette kan bidra til at ungdommene mestrer belastningene på en positiv måte med økt forståelse av plagene og ressursene de

har, men det betyr ikke at symptomene på plagene reduseres, men at ungdommene tilegner seg større motstandsdyktighet. Det bekreftes av Garner og Yogman (2021), der fraværet av belastninger ikke nødvendigvis er det beste, men hjelp til å håndtere utfordringene, og ungdommer trenger å bli møtt og anerkjent for sine plager for å utvikle resiliens. Studiens funn peker på at det var plagene i seg selv som innvirket negativt på dagliglivet, og at prososiale ressurser i seg selv ikke hadde noen positiv betydning for å redusere denne innvirkningen.

Studiens funn fant at emosjonelle symptomer og hyperaktivitet, samt ungdommers alder så ut til å ha størst betydning for vanskenes innvirkning på dagliglivet. Det er ikke funnet forskning som beskriver symptomenes innvirkning på dagliglivet hos ungdommer, men det ble i Nord-Irland funnet høyere forekomst av emosjonelle symptomer hos jenter i alderen 16-19 år (Bunting et al., 2022). Helsedirektoratet (2023) hevder at dersom ungdommenes plager oppdages tidlig kan det hindre og forebygge videre utvikling av plager og lidelser over tid. Kaufmann et al. (2017) fant i sin forskning at hjernens utvikling hos ungdommer er markant forsinket fra 14 års alder hos ungdommer med flere symptomer på psykisk uhelse og ifølge Haugland og Grimsmo (2018) påvirkes grunnlaget for videre helse av livsstilen ungdommer har i denne perioden. Dette kan tolkes med at helsesykepleiers kunnskap om vanskenes innvirkning på dagliglivet hos ungdom indikerer å prioritere helsesamtale i 8.klasse som er en sterk anbefaling fra Helsedirektoratet (2023), samt bør fokusere på å oppdage psykiske plager og lidelser, og fremme den psykiske helsen. Basert på dette og funnene, kan det være viktig for helsesykepleier å følge opp ungdommer med psykiske plager for å forebygge og fremme plagenes videre innvirkning på dagliglivet. Tidligere forskning fant at økt kunnskap om psykisk helse er positivt assosiert med ungdommenes psykiske helsestatus (Bjørnsen et al., 2019; Lam, 2014). Det vil si at ungdommer med økt kunnskap om hvordan fremme og forebygge god psykisk helse er assosiert med bedre psykiske helse. Som nevnt tidligere kan ungdommers kunnskap om psykisk helse gi en forståelse av plagene og mestring av plagene på en bedre måte i forhold til ungdommer med lite eller ingen kunnskap. Det kan tenkes at ungdommer selv kan få økt kompetanse om egen psykisk helse ved å gjennomføre spørreundersøkelse i forkant av helsesamtalen, samt med veiledning og støtte fra helsesykepleier kan ungdommer forstå deres psykiske plager og dermed kunne forstå hvorfor og hvordan plagene har en innvirkning på dagliglivet. Det trenger ikke å bety at ungdommer får mindre emosjonelle symptomer

eller hyperaktivitet, men at ungdommer kan leve videre med disse symptomene og likevel fungere bedre eller bra i dagliglivet. Psykisk helsefremming i følge Aarø et al. (2017) er å styrke ungdommers evne til å håndtere utfordringer som kommer, utvikle et positivt selvbilde, velvære, mestringsevne og klare seg i motgang. Helsepsykeleier arbeider også forebyggende som er en mer negativ retning enn helsefremmende arbeid, med å forebygge psykiske lidelser og redusere de psykiske plagene som allerede har oppstått (Aarø et al., 2017). Ungdommer med sterk OAS ifølge Antonovsky (2014) vil oppleve bedre psykisk helse og ungdommer med svak OAS vil lettere bli stresset og oppleve hverdagslige utfordringer som vanskeligere å håndtere. Selv om Antonovsky hevder at ungdommer med svak OAS kan oppsøke hjelp oftere enn ungdommer med sterk OAS, kan det også tenkes at økt kunnskap hos ungdommer kan gi sterk OAS, som igjen kan føre til at ungdommer med en større forståelse for egen psykisk helse og vanskenes innvirkning på dagliglivet er mer modne og lettere oppsøker helsepsykeleier for veiledning, hjelp og støtte. Det kan også tenkes at helsepsykeleier bør være tilgjengelig for ungdommer når plagene oppstår og at helsepsykeleier anerkjenner ungdommens symptomer og vanskenes innvirkning på dagliglivet slik at ungdommene selv kan få økt forståelse av plagene og oppleve videre mestring. Helsesamtalen i 8.klasse, oppfølgende samtaler, samarbeid med skole, foresatte og frivillige organisasjoner, kan gi ungdommene økt støtte fra hjemmet, skolen og fritidstilbud, og økt kompetanse, resiliens og OAS til å oppleve bedre psykisk helse. Ifølge Garner og Yogman (2021) er trygge, stabile og nære relasjoner avgjørende i møte med ungdommer for å redusere unødvendig og uheldig stress i livet, som kan styrke livsmestring i motgangen som møtes (Garner & Yogman, 2021). Ungdommer kan med hjelp av relasjon til helsepsykeleiere, lærere og foresatte bygge motstandskraft til å fremme sunne ferdigheter som trengs for å håndtere utfordringer og motgang på en positiv måte. Samt kan helsepsykeleier bidra med å dele viktig kunnskap om ungdommers psykiske helse og dens innvirkning på dagliglivet med andre trygge omsorgspersoner som ungdommene møter, slik at ungdommer kan bli møtt med forståelse og støtte fra flere i videre liv.

6.1 Styrker og svakheter

I studien er utvalget hentet fra to kommuner i Sør-Norge, en mellomstor og en stor kommune basert på innbyggertall. Funnene kan bli generalisert til liknende mellomstore

og store kommuner som ligger landlig til andre steder i Norge, og være mindre generalisert til de by sentrerte byene og kommunene i Norge på grunn av andre levekår som kan forekomme der. På en annen side er det to kommuner med vesentlig ulikt innbyggertall, som kan ses på som en positiv fordeling i utvalget, men kunne kanskje vært enda mer generaliserbart dersom det hadde vært kommuner fra ulike fylker. Studien har et godt utvalg av ungdommer som er positivt og det er forholdsvis like mange gutter og jenter i utvalget som kan generaliseres til andre ungdommer i 12-13 års alderen andre steder i Norge og muligens noen liknende byer i vestlige land. Jeg henviser til ytterligere styrker og svakheter i artikkelmanuskriptet.

7.0 Konklusjon

Studien tyder på at ungdommer generelt hadde mange symptomer på engstelse, der jenter hadde betydelig flere symptomer enn gutter. Basert på britiske grenseverdier hadde to av fem jenter, samt en av fem gutter symptomer på engstelse. En av fire gutter og jenter rapporterte symptomer på hyperaktivitet. Jenter rapporterte høyere på prososiale symptomer enn gutter, men den prososiale atferden så ikke ut til å beskytte mot vanskenes innvirkning på dagliglivet. De emosjonelle symptomene og hyperaktivitet var hovedsakelig assosiert med innvirkning på dagliglivet, og det var symptomene i seg selv som var assosiert, samt ungdommens alder så ut til å være assosiert med økt innvirkning på dagliglivet.

8.0 Implikasjoner for skolehelsetjenesten

I tillegg til implikasjoner for praksis i artikkelmanuskriptet vil det her bli presentert implikasjoner for skolehelsetjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer for skolehelsetjenesten anbefaler sterkt en helsesamtale i 8.klasse og prioritering av temaet psykisk helse. Studien kan bidra til mer oppdatert kunnskap om ungdommers psykiske helse til skolehelsetjenesten, og funnene bekrefter at helsesamtalen i 8.klasse bør prioriteres av helsesykepleier på grunn av ungdommenes sårbarhet og erfaringene ungdommer tar med seg i videre liv fra ungdomsårene. Samt kan omfanget av psykiske plager hos ungdommer og vanskenes innvirkning på dagliglivet indikere mer tidlig helsefremmende og forebyggende innsats i barneårene, både fra helsestasjonstjenesten

og helsesykepleier sitt samarbeid med barnehage og barneskole. Det helsefremmende arbeidet kan styrke ungdommenes egen kunnskap om psykisk helse og styrke deres ressurser til å håndtere den psykiske helsen på en bedre måte i videre liv. Samt kan samarbeid med barnehage, skole og frivillige organisasjoner som idrettslag, samt veiledning og støtte til foresatte bidra til et bedre oppvekstmiljø for både barn og ungdommer til å mestre og stå i utfordringer sammen med trygge omsorgspersoner på en bedre måte fra tidlig barneår. Det er behov for mer kunnskap og forskning om hvordan helsesykepleiere kan samarbeide med skole og andre organisasjoner, og hvordan tverrfaglig samarbeid i kommunene best mulig kan iverksette tidlig innsats for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for psykisk helse.

Referanser

- Alnæs, D., Kaufmann, T., Doan, N. T., Córdova-Palomera, A., Wang, Y., Bettella, F., Moberget, T., Andreassen, O. A. & Westlye, L. T. (2018). Association of Heritable Cognitive Ability and Psychopathology With White Matter Properties in Children and Adolescents. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 287-295.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4277>
- Antonovsky, A. (2014). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Gyldendal.
- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 8/12).
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2767874>
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M. & Torgersen, L. (2023, 10.februar). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2020). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Gyldendal.
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R. & Moksnes, U. K. (2019). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of School Nursing*, 35(2), 107-116.
<https://doi.org/10.1177/1059840517732125>
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Eilertsen, M.-E., Espenes, G.-A., Holmen, N. S. & Moksnes, U. K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. *Sykepleien* (65075), e-65075. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65075>
- Borge, A. I. H. (2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Gyldendal akademisk.
- Braut, G. S. (2022, 19.desember). *Uhelse*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/uhelse>
- Bunting, L., McCartan, C., Davidson, G., Grant, A., Mulholland, C., Schubotz, D., McBride, O., Murphy, J. & Shevlin, M. (2022). Rationale and methods of the 'Northern Ireland Youth Wellbeing Survey' and initial findings from the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 27(3), 670-685. <https://doi.org/10.1177/13591045221075525>
- Chaplin, T. M. & Aldao, A. (2013). Gender Differences in Emotion Expression in Children: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735-765.
<https://doi.org/10.1037/a0030737>
- Corell, M., Friberg, P., Löfstedt, P., Petzold, M. & Chen, Y. (2022). Subjective health complaints in early adolescence reflect stress: A study among adolescents in Western Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(4), 516-523.
<https://doi.org/10.1177/14034948211008555>
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Gyldendal.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology review*, 30(5), 479-495.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*.
<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora>
- Espenes, G. A. & Linström, B. (2014). Salutogenese - et viktig steg for å forstå helse? I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Cappelen Damm.

- Forskrift om barns rett til selv å samtykke til deltakelse i forskning. (2017). *Forskrift om barn mellom 12 og 16 år sin rett til selv å samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning* (FOR-2017-06-28-1000). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-28-1000>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (LOV-2018-10-19-1584). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Garbo, G. L. (2023, 15.mars). *Hjernen i sentrum: Ungdomshjernen er formbar og sårbar*. Hentet 19.mars fra <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2023/ungdomshjernen-er-formbar-og-sarbar.html>
- Garner, A. & Yogman, M. (2021). Preventing Childhood Toxic Stress: Partnering With Families and Communities to Promote Relational Health. *Pediatrics*, 148(2), 1.
<https://doi.org/10.1542/peds.2021-052582>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid. Fra individ- til systemorientert tekning og praksis*. Gyldendal.
- Giota, J. & Gustafsson, J. E. (2017). Perceived Demands of Schooling, Stress and Mental Health: Changes from Grade 6 to Grade 9 as a Function of Gender and Cognitive Ability. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 33(3), 253-266. <https://doi.org/10.1002/smi.2693>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38(5), 581-586.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 173-177.
<https://doi.org/10.1080/0954026021000046137>
- Haugland, S. & Grimsmo, A. (2018). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I S. Haugland & N. Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 27-43). Kommuneforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Verdens helseorganisasjon*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Helsedirektoratet. (2023, 30.juni). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Helsedirektoratet. Hentet 4.juli 2023 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsenorge. (2022, 4. mars). *Hva er psykisk helse?* <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>
- Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2005). *Promoting Mental Health : Concepts, Emerging Evidence, Practice : A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utg.). Cappelen Damm.

- Jakobsen, S. E. (2019, 24.november). *Det skjer en storrengjøring i hjernen hos tenåringer*. Ung forskning. <https://ung.forskning.no/hjernen/det-skjer-en-storrengjoring-i-hjernen-hos-tenaringer/1595426>
- Kaufmann, T., Alnæs, D., Doan, N. T., Brandt, C. L., Andreassen, O. A. & Westlye, L. T. (2017). Delayed stabilization and individualization in connectome development are related to psychiatric disorders. *Nature Neuroscience*, 20(4), 513-515. <https://doi.org/10.1038/nn.4511>
- Krokstad, S., Weiss, D. A., Krokstad, M. A., Rangul, V., Kvaløy, K., Ingul, J. M., Bjerkeset, O., Twenge, J. & Sund, E. R. (2022). Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ Open*, 12(5), e057654-e057654. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057654>
- Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 26-26. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-26>
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid*. (Rapport 2007:5). Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://hdl.handle.net/11250/2996551>
- Moen, Ø. L. (2018). Helsesøsters utfordringer med psykisk uhelse i skolen. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (64615), e-64615. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64615>
- Muris, P., Meesters, C. & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0298-2>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf.pdf>
- Mølland, E., Haraldstad, K., Abildsnes, E., Håland, Å. T., Köpp, U. M. S., Fegran, L. & Westergren, T. (2023). Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire in child and school health services among children aged 4 and 6 years in Southern Norway: clinical considerations. *BMC Pediatrics*, 23(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-03837-1>
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (3. utg.). Cappelen Damm.
- Philipp, J., Zeiler, M., Waldherr, K., Truttmann, S., Dür, W., Karwautz, A. F. K. & Wagner, G. (2018). Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(12), 1325-1337. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1586-y>
- Potrebny, T., Wiium, N., Haugstvedt, A., Sollesnes, R., Torsheim, T., Wold, B. & Thuen, F. (2019). Health complaints among adolescents in Norway: A twenty-year perspective on trends. *PLoS One*, 14(1), e0210509-e0210509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210509>
- Reardon, T., Spence, S. H., Hesse, J., Shakir, A. & Creswell, C. (2018). Identifying Children With Anxiety Disorders Using Brief Versions of the Spence Children's

- Anxiety Scale for Children, Parents, and Teachers. *Psychological Assessment*, 30(10), 1342-1355. <https://doi.org/10.1037/pas0000570>
- Samdal, O. (2018). Trivsels- og helsefremmende arbeid. I S. Haugland & N. Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg.). Kommuneforlaget.
- Sand, T. I. & Kvarme, L. G. (2018). Slik kan helsesøstre oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (70421), e-70421. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70421>
- Skovlund, E. (2020). Enkel lineær regresjon. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0494>
- Skårderud, F. & Duesund, L. (2014). Mentalisering og uro. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 98(3), 152-164. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2987-2014-03-02>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)
- Spence, S. H., Barrett, P. M. & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(6), 605-625. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00236-0)
- Westergren, T., Mølland, E., Haraldstad, K., Tellefsen Håland, Å., Stamnes Köpp, U. M., Fegran, L. & Abildsnes, E. (2021). Implementation of the norwegian 'Starting right' child health service innovation: implementation adjustments, adoption, and acceptability. *BMC Health Services Research*, 21(1), 86-86. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06096-x>
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Youth in mind. (2016, 11.november). *Scoring the SDQ*. <https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/c0.py>
- Aarø, L. E., Samdal, O. & Wold, B. (2017). Psykisk helse blant ungdom. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Gyldendal.
- Aase, H., Holt, T. & Helland, M. S. (2018). *Barn og unges helse: oppvekst og levekår*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/barn-oppvekst/>

Vedlegg 1



Versjon 2, 09.04.2021/OOS

NSD - Personvernkonsekvensvurdering

Prosjektopplysninger

Prosjekttittel: Godt Begynt -Barn og unge i Agder

Behandlingsansvarlig: Universitet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Prosjektansvarlig: Thomas Westergren

Prosjektnummer i NSD: 630027

Om konsekvensvurderingen (DPIA)

NSD har gjennomgått innholdet i meldeskjemaet. Det er vår vurdering at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil innebære relativt høy risiko for de registrertes rettigheter og friheter, og dermed krever en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) jf. personvernforordningen art. 35.

Dette fordi den planlagte behandlingen av personopplysninger innebærer behandling av særlige kategorier av personopplysninger

- behandling av personopplysninger i stor skala med tanke på omfang og stort antall eller stor andel av populasjonen, mengde opplysninger, varighet, regelmessighet, og/eller geografiske omfang
- behandling av særlige kategorier av personopplysninger

På oppdrag fra Universitet i Agders ledelse, har NSD i samråd med prosjektansvarlig og rådgivere ved institusjonen laget utkast til en DPIA som inneholder:

- 1) En systematisk beskrivelse av den planlagte behandlingen av personopplysninger
- 2) Vurdering av om behandlingsaktivitetene er nødvendige og står i rimelig forhold til formålene
- 3) Analyse av risiko for de registrertes rettigheter og friheter
- 4) Planlagte tiltak for å håndtere risikoene

Ved å følge de planlagte tiltakene, mener NSD at personvernrisikoen er redusert i en slik grad at behandlingen kan gjennomføres i samsvar med personvernforordningen, uten forhåndsdrøfting med Datatilsynet.



Dette dokumentet er digitalt signert gjennom selvbetjeningsportalen

Vedlegg 2


19.12.2018

Sak - Service Portal

Hjem > Sak

Søk



Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Ansatteprosjekter - Godt begynt - barn og unge i Agder 

Anne Valen-Sendstad Skisland

🕒 3 dager siden • Additional comments

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Per Christer Thomas Westergren

🕒 28 dager siden

Informasjon om vedtak fra REK.pdf

83.8 KB

Per Christer Thomas Westergren

🕒 28 dager siden

Prosjektbeskrivelse Godt begynt.pdf

3.2 MB

Per Christer Thomas Westergren

🕒 28 dager siden

RITM0035972 Opprettet

Start

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt

Generelle opplysninger

1.1 Studienivå

Ansatteprosjekter

Din henvendelse er mottatt

Nummer

RITM0035972

Status

Closed Complete

Opprettet

28 dager siden

Oppdatert

3 dager siden

Fase

✅ Venter på godkjenning

✅ Søknad godkjent

✅ Behandlet og arkivert

✅ Ferdig

Relaterte artikler

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Brukerveiledning for FEK

IT

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Brukerveiledning for søker

IT

https://uia.service-now.com/sp?id=ticket&table=sc_req_item&sys_id=b6f24cf7db7d630009a0fd9eaf961970

1/5

Vedlegg 3

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Godt begynt – Barn og unge i Agder”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskning hvor målet er å finne ut mer om hvordan barn og unge har det. I dette skrevet kan du lese mer om hva det innebærer.

Formål

På Sørlandet arbeides det med at barn og unge skal ha best mulig helse i sin hverdag, og helsesykepleier på skolen arbeider nå med et nytt system for å bedre hjelpe alle. Målet med forskningsprosjektet er å få mer kunnskap om hvordan barn og unge på Sørlandet har det.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for forskningsprosjektet og samarbeider med din kommune.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du inviteres til å være med fordi du bor i en kommune hvor foreldre, barn og unge, og lærere svarer på spørsmål om hvordan du har det via nettet. Svarene sendes til helsesykepleier slik at hun kan følge deg opp bedre.

Hva innebærer det for deg å delta?

De spørsmålene du har besvart brukes uansett av helsesykepleier for å hjelpe deg om du har behov for det. Om du samtykker til å være med på forskningsprosjektet vil svarene dine, og opplysninger om din høyde og vekt blir delt med forskerne uten at de får vite at det kommer fra akkurat deg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan ombestemme deg senere hvis du angrer uten at du trenger å oppgi noen grunn for det. Helsesykepleier vil ikke vite om du deltar eller ikke, og det vil heller ikke ha noen konsekvenser for den oppfølgingen du får i skolehelsetjenesten.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke informasjonen om deg slik vi har skrevet ovenfor, og vi følger loven.

- Data samles inn ved hjelp av programmet CheckWare som har avtale med Universitetet i Agder.
- Ditt navn og fødselsnummer vil erstattes med et annet nummer som brukes i forskningsprosjektet. Informasjonen vil så bli lagret på Universitetet i Agder og være beskyttet gjennom passord.
- Forskerne vil ikke ha tilgang til å spore deg opp.
- Kun forskere i prosjektet vil ha tilgang til informasjonen du deler.
- Du vil ikke kunne gjenkjennes når/hvis resultatene av forskningen kommer i nyheter, aviser eller artikler eller presenteres på andre måter.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal avsluttes desember 2025, men informasjonen vil bli lagret på ubestemt tid.

Dine rettigheter

Så lenge du kan gjenfinnes i datamaterialet, har du rett til:

- se hva vi har registrert om deg,

- rette opplysninger om deg,
- slette opplysninger om deg,
- få kopi av dine opplysninger
- å sende en klage om behandlingen av dine opplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på om du godkjenner det.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, kan du finne mer informasjon på nettsiden www.godtbegynt.no og/eller ta kontakt med:

- Universitet i Agder ved personvernombud Trond Hauso på e-post trond.hauso@uia.no eller telefon: 936 01 625 og/eller professor Thomas Westergren på epost thomas.westergren@uia.no eller telefon: 408 79 560 / 37 23 31 42
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen



Thomas Westergren, prosjektansvarlig, Universitetet i Agder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Godt Begynt, og har fått anledning til å stille spørsmål og godkjenner at informasjon som jeg har delt med helsesykepleier kan benyttes til forskning som lagres i et register.

Jeg samtykker til at opplysningene behandles som beskrevet.

BARNET SAMTYKKER VED Å KLIKKE AV BOKS I NETTSKJEMA

(Signert av barnet, dato)

Vedlegg 4

Vil du delta i forskningsprosjektet "Godt begynt – Barn og unge i Agder"?

Dette er et spørsmål til deg som foreldre/foresatt til barn som følges rutinemessig ved helsestasjon eller skolehelsetjeneste om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge barn og unges psykiske helse og livskvalitet i Agder. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg og ditt barn.

Formål

I Agder arbeides det med at barn og unge skal ha best mulig helse i sin hverdag, og helsesykepleier i helsestasjonen og på skolen arbeider nå med et nytt system for å bedre hjelpe alle. Målet med forskningsprosjektet *Godt begynt* er å få mer kunnskap om hvordan barn og unge i Agder har det. *Godt begynt* legger til rette for:

- ✓ Kunnskapsbasert vurdering av barn og unges utvikling, psykiske helse og livskvalitet til bruk som beslutningsstøtte i tjenestene
- ✓ Oversikt over hvordan psykisk helse og livskvalitet er fordelt i befolkningen

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for databehandlingen tilknyttet prosjektet. Forskningsprosjektet er eid av Kristiansand kommune.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du inviteres til å være med fordi du er forelder/foresatt til barn som følges rutinemessig ved helsestasjon eller skolehelsetjeneste. I din kommune kartlegges nå barns og ungdoms helse systematisk slik at helsestasjon/skolehelsetjeneste i samarbeid med familie og skole/barnehage kan gi alle barn best mulig oppfølging.

Hva innebærer det for deg å delta?

I forbindelse med planlagte avtaler hos helsesykepleier har du (eller barnet ditt dersom det er 8 år eller eldre) og eventuelt ditt barns lærer/barnehagelærer blitt bedt om å svare på noen enkle spørsmål om hvordan dere eller barnet opplever barnets utvikling, livskvalitet, hvordan barnet har det til vanlig og om barnet trives og har det bra. Det har også vært noen spørsmål om psykisk helse, om hva barnet er flink til og hva barnet opplever som vanskelig. Disse spørsmålene er en del av oppfølgingen i helsestasjon og skolehelsetjeneste uavhengig om du samtykker til å være med i forskningsprosjektet.

Forskningsprosjektet innebærer at svarene på disse spørsmålene og informasjon om ditt barns høyde og vekt deles med forskere i anonymisert form, for å bidra til kunnskap om barns helse og livskvalitet i din kommune og i landsdelen. Bare ansatte ved helsestasjonen/skolehelsetjenesten vil ha tilgang til å spore informasjonen tilbake til deres familie eller ditt barn. Det samles også inn bakgrunnsinformasjon om barnets skoleresultater, foreldres utdanning, bruk av trygdeytelser og inntekt via offentlige registre (Statistisk Sentralbyrå). Denne informasjonen vil ikke deles med helsestasjons- eller skolehelsetjenesten.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om dere vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for ditt barn hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg..

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Data vil bli samlet inn ved hjelp av programmet Checkware. Det er inngått databehandleravtale mellom Checkware og Universitetet i Agder, og mellom Universitetet i Agder og din kommune. Disse avtalene sikrer at alle personopplysninger behandles sikkert og etter gjeldende lovverk.
- Ditt navn og fødselsnummer vil gjennom opprettelsen av en koblingsnøkkel erstattes med et identifikasjonsnummer som brukes i forskningsprosjektet. Datamaterialet vil dermed oppbevares uten direkte identifiserbare opplysninger som navn og fødselsnummer.
- Koblingsnøkkel vil oppbevares kryptert hos den digitale tjenesteleverandøren som har høyeste klarerte sikkerhetsnivå i likhet med alle digitale journalsystem i helsesektoren, og ved avslutning av tjenesteleveranse vil koblingsnøkkel overføres til kryptert server ved Universitetet i Agder under tilsvarende sikkerhetsnivå for at det skal kunne innhentes registerdata om deg fra SSB dersom du samtykker til dette.
- Kun forskere tilknyttet prosjektet vil ha tilgang til datamaterialet, og tilganger reguleres etter gjeldende lovverk og godkjenninger fra Norsk senter for forskningsdata A/S (NSD) av prosjektleder for databehandlingsansvar ved Universitetet i Agder, p.t. professor Thomas Westergren.
- Deltakere i forskningsprosjektet Godt Begynt vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner fra prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2025. Et av formålene ved prosjektet er at det blir etablert et helseregister med utgangspunkt i de data som samles inn, følgelig vil personopplysningene bli lagret på ubestemt tid.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om barnet ditt basert på ditt og ditt barns (fra 12 år) samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, kan du finne mer informasjon på nettsiden www.godtbegynt.no og/eller ta kontakt med:

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Godt Begynt, og har fått anledning til å stille spørsmål.

- Jeg samtykker til at:
 - Mitt barn kan delta i prosjektet Godt Begynt og data som genereres i forbindelse med besøk hos helsesøster kan benyttes til forskning.
 - At det kan innhentes registerdata om inntekt, utdanning og demografiske variabler fra statistisk sentralbyrå
 - at personopplysninger lagres etter prosjektslutt for å etablere et helseregister

Jeg samtykker til at mitt barn sine opplysninger behandles som skissert.

SAMTYKKE VIL SIGNERES VED Å GODTA SOM PÅLOGGET GJENNOM ID-PORTEN

(Signert av foresatt til prosjektdeltaker, dato)

Artikkelmanuskript tilpasset Nordisk tidsskrift for helseforskning. Se lenke for forfatterveiledning;

<https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/about/submissions#authorGuidelines>

En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet

Johanna Hauge Tveit, Universitetet i Stavanger, johanna.elisabeth@hotmail.com

Sammendrag

I ungdomsårene er hjernen i endring, og redusert psykisk helse er assosiert med forsinket utvikling og dårligere helse senere i livet. Oversikt over hvordan ungdommer har det er derfor viktig. Studien undersøkte hvordan internaliserende og eksternaliserende symptomer på psykisk uhelse, prososiale ressurser og vanskenes innvirkning på dagliglivet fordelte seg blant gutter og jenter i 12-13 års alder i to kommuner i Sør-Norge. Tverrsnittdata ble innsamlet fra 171 ungdommer knyttet til helsesamtaler i skolehelsetjenesten fra september 2022 til mars 2023 gjennom nettbaserte spørreskjemaene «Strengths and Difficulties Questionnaire» og «Spence Children's Anxiety Scale short». Resultatene viste at jenter rapporterte høyere symptomer på generelle psykiske og emosjonelle plager, engstelse, og prososiale ressurser enn gutter, og at mer enn en fjerdedel av både gutter og jenter rapporterte unormalt mye symptomer på hyperaktivitet. Symptomer på psykisk uhelse og høyere alder, men ikke prososiale ressurser eller kjønn var assosiert med større innvirkning på dagliglivet.

Nøkkelord

Ungdommer, psykisk helse og uhelse, internaliserende og eksternaliserende symptomer.

Fagfelleurdert artikkel

Bakgrunn

I tenårene er hjernen i endring og er ekstra mottakelig for både positive og negative erfaringer (Jakobsen, 2019). Ungdomshjernens utvikling blir mer stabil utover ungdomsårene, men utviklingen er markant forsinket hos ungdommer fra 14 års alder for dem med flere symptomer på psykisk uhelse (Kaufmann et al., 2017). Derfor er det viktig å ha en oversikt over hvordan ungdom har det, og hvordan de opplever sin helse gjennom ungdomstiden. Psykisk helse er grunnleggende sosiale og kognitive ferdigheter og menneskets evne til å gjenkjenne, modulere og uttrykke egne følelser, vise empati med andre og fungere i sosiale setting (Galderisi et al., 2015). Psykisk uhelse er ifølge Braut (2022) det motsatte av psykisk helse og den påvirker livskvaliteten. Psykiske plager er ifølge Bang et al. (2023) belastende og plagsomme tilstander, men er ofte forbigående, og psykiske lidelser er intense, varige eller funksjonsnedsettende slik at det settes en diagnose (Bang et al., 2023). Felles for alle psykiske plager og lidelser er at det påvirker følelser, atferd, tanker, væremåte og omgang med andre. Symptomer på psykisk uhelse kan fordeles mellom internaliserende og eksternaliserende symptomer, der internaliserende symptomer rettes innover og eksternaliserende symptomer vendes utover mot andre mennesker (Aarø et al., 2017).

Psykiske plager er et av flere helseproblem som debutterer i barne- og ungdomsårene. Mye av grunnlaget for videre helse påvirkes av livsstilen som blir etablert i denne perioden av livet (Haugland & Grimsmo, 2018). Psykiske lidelser kan komme til syne tidlig i barneårene, der to av tre med diagnostiserte psykiske lidelser før puberteten er gutter der Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) og atferdsproblemer dominerer. Etter puberteten rammer psykiske lidelser to av tre jenter der depresjon, spiseforstyrrelser og angstlidelser dominerer (Mathiesen et al., 2007; Mykletun et al., 2009). I en norsk studie ble det rapportert en forskjell mellom gutter og jenter fra 4 års alder der eksternaliserende symptomer var mest fremtredende hos gutter (Mølland et al., 2023).

Ungdata undersøkelsen fra 2021 i Norge rapporterte en økning av psykiske plager hos gutter og jenter, med mer opplevde psykiske plager hos jenter ifølge Bakken (2021) og videre fant norske studier at jenter fra 13 års alderen hadde betydelig sterkere økning av psykiske plager enn gutter (Mathiesen et al., 2007; Potrebny et al., 2019). Ifølge Mathiesen et al. (2007) har hver fjerde ungdom i Norge hadde opplevd ensomhet, lav selvfølelse, tretthet, uro og tristhet. Forekomsten av normbrudd, som kan relateres til eksternaliserende symptomer, øker i begynnelsen av ungdomsårene, der de fleste typene av lovbrudd er lave ved 12-13 års alderen, men har en stigning ved 14-15 års alderen (Mathiesen et al., 2007).

Ungdom skjuler ofte at de ikke har det bra og det kan være vanskelig å oppdage dem som sliter ifølge Sand og Kvarme (2018), men ifølge Chaplin og Aldao (2013) sin studie viste jenter mer følelser enn gutter i ungdomsårene. Selv om psykiske plager stort sett er forbigående, er det rett over 20 % av ungdommer i Norge som har nedsatt funksjon i dagliglivet på grunn av psykiske plager (Helsedirektoratet, 2023). Både i Norge og Østerrike blant ungdommer ble det rapportert om flere internaliserende enn eksternaliserende symptomer hos jenter enn gutter (Bakken, 2021; Philipp et al., 2018; Potrebny et al., 2019). Blant ungdommer i Østerrike ble det rapportert samme økende trend av psykiske plager som i Norge, men det ble derimot ikke rapportert om endring av internaliserende symptomer med økende alder (Philipp et al., 2018). Blant ungdommer i Nord-Irland ble det ikke rapportert en generell forskjell mellom gutter og jenter i forhold til emosjonelle problemer, men det var en betydelig forskjell innen alder- og kjønnskategoriene der jenter i alderen 16-19 år hadde høyest forekomst av emosjonelle symptomer. Samt ble det rapportert en generell forskjell der gutter har høyere symptomer enn jenter på atferdsproblemer, hyperaktivitet, venneproblemer, samt høyere skår på prososial atferd (Bunting et al., 2022). Blant ungdommer i Østerrike ble det ikke funnet forskjeller i atferdsproblemer mellom gutter og jenter, men slike symptomer så ut til å øke med økende alder, og i større grad for gutter (Philipp et al., 2018). Ungdommers opplevelse av følelsesmessige avvísninger kan ifølge Skårderud og

En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet.

Duesund (2014) føre til tilbaketrekninger og utløse reaksjoner som eksternerende symptomer som uro og sinne.

Aanesen et al. (2017) fant i sin studie at jenter har dårligere selvtillit og mer opplevd skolerelatert stress enn gutter. Blant ungdommer i Sverige fant Corell et al. (2022) at jenter hadde mer stress, somatiske og psykiske plager, enn gutter (Corell et al., 2022). I Østerrike ble internaliserende symptomer rapportert oftere hos ungdommer som levde med lavere sosioøkonomisk status og bodde med enslige foreldre. Eksternerende symptomer ble kun assosiert med ungdommer som bodde med enslige foreldre (Philipp et al., 2018).

Psykiske plager og lidelser i ungdomsårene øker risikoen for vansker med økonomi og i nære relasjoner, frafall i skolen, rusmisbruk og dårligere fysisk og psykisk helse senere i livet (Helsedirektoratet, 2023). Ungdommer med foreldre med depresjon er rapportert til å ha økt følsomhet for depresjon etter å ha opplevd stressende livshendelser i løpet av ungdomsårene og jenter er mer følsomme for disse effektene (Bouma et al., 2008). Ensomhet og stress assosieres med lavere psykisk velvære, og gutter og ungdommer i familier med bedre økonomi og mer positiv fysisk helse, rapporterte også høyere psykisk velvære (Bjørnsen et al., 2018). Økt kunnskap om psykisk helse er positivt assosiert med ungdommenes psykiske helsestatus (Bjørnsen et al., 2019; Lam, 2014).

Forstadier til psykiske plager vises i ung alder og de psykiske plagene hadde tendens til å minske ved styrking av barnas mestringsevne og sosiale kompetanse, selv i familier med høyt belastningsnivå (Mathiesen et al., 2007). Sentralt i forhold til ungdommenes psykiske helse er den salutogene teori, helsefremming og resiliens. Den salutogene teori defineres som de helsebeskyttende faktorene som fremmer helsen der opplevelse av sammenheng (OAS) og generelle mostandsressurser (GMR) er sentralt. Ungdommer med sterk OAS vil ha en opplevelse av bedre psykisk helse og svak OAS vil gi utrygghet i eget liv og hverdag. GMR påvirker OAS og innebærer ressurser ungdommene har for å kunne tilpasse seg og mestre stressfylte utfordringer (Antonovsky, 2014).

En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet.

Helsefremmende arbeid angår å fremme prosesser og styrke beskyttelsesfaktorer som gir god helse (Garsjø, 2018). Resiliens defineres som beskyttelsen mot belastningen en utsettes for (Aarø et al., 2017).

Psykisk helse og uhelse hos ungdom endrer seg over tid både i ungdommers eget liv, og med samfunnsutviklingen. For å kunne bedre psykisk helse i ungdomsbefolkningen, og styrke ungdommers mestringsevne og sosiale kompetanse, er det nødvendig å ta utgangspunkt i ungdoms subjektive opplevelser. Det er derfor viktig å få en oversikt over hvordan ungdom selv opplever sin psykiske helse. Denne studiens hensikt var å undersøke hvordan selvrapporterte internaliserende og eksternaliserende symptomer på psykisk uhelse, prososiale ressurser og vanskenes innvirkning på dagliglivet fordelte seg blant gutter og jenter i 12-13 års alderen i to kommuner i Sør-Norge.

Metode

Design og utvalg

Studien er en observasjonsstudie basert på tverrsnittsdata fra en kohort rekruttert i to kommuner i Sør-Norge. Den digitale spørreundersøkelsen ble distribuert online gjennom tjenesteleverandøren CheckWare (CheckWare AS., Trondheim, Norway) som også ble brukt til å innhente samtykke. Alle elever (n=499) i 8.trinn i alderen 12-13 år i to kommuner i Sør-Norge ble invitert til å svare på spørreskjemaer om egen helse i forkant av en planlagt helsesamtale med helsesykepleier, samt dele data til forskning mellom september 2022 og mars 2023. Alle elever uansett etnisitet som behersket norsk godt nok til å kunne forstå og gi svar på spørsmålene ble invitert til å delta i studien. Elever med innvilget assistent i skolen fikk mulighet til å få spørsmålene opplest. Dersom ord ikke ble forstått, ble de det forklart av helsesykepleier eller lærer som var til stede. Studien er gjennomført innenfor prosjektet «Godt begyntTM – barn og unge i Agder» ledet fra Universitet i Agder (Westergren et al., 2021).

Måleinstrumenter

Den digitale spørreundersøkelsen omfattet både «Strengths and Difficulties Questionnaires and impact supplement for self completion» (SDQ) (Goodman et al., 2003) og «Spence Children's Anxiety Scale short» (SCAS-S) (Reardon et al., 2018). SDQ viser ungdommers totale vansker, internaliserende og eksternaliserende symptomer, prososiale skår og innvirkning på dagliglivet (impact-skår). Under internaliserende symptomer inngår emosjonelle symptomer og venneproblemer og innenfor eksternaliserende symptomer inngår atferdsvansker og hyperaktivitet (Goodman, 1997). SCAS-S er designet for å evaluere symptomer relatert til generalisert angst, sosial fobi og panikk og agorafobi (Reardon et al., 2018). SCAS-S i funnene og diskusjonen blir presentert som symptomer på engstelse, som er symptomer på angst. Dette for å ikke villed og forveksle med diagnosebegrepet «angst». Instrumentene er både valide og reliable med tanke på å representere den psykiske helsen til ungdommer (Goodman et al., 2003; Muris et al., 2003; Spence et al., 2003). Tabell 1 viser kategoriene i spørreskjemaene, eksempler på spørsmål i de ulike delene, antall spørsmål, svaralternativer som er brukt og Cronbach's alpha. Cronbach's alfa ble brukt til å vurdere den interne konsistensen til alle delene av spørreskjemaene SDQ og SCAS-S og Bonett og Wright (2015) anser verdier over 0,65 som akseptabelt. Den interne konsistensverdien var i området 0,57-0,91. Dette viser god indre konsistens mellom spørsmålene i SCAS-S og de fleste delene av SDQ, bortsett fra venneproblemer (0,57) og impact-skår (0,63).

En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet.

Tabell 1. Beskrivelse av domener og eksempel på spørsmål fra SDQ og SCAS-S samt Cronbach's α for hver domene målt i studien.

	N av spørsmål	α
SDQ totale vansker	25	0,67
Internaliserende symptomer ^a	10	0,75
Emosjonelle symptomer (Svaralternativ 0-2 ^c) <i>Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten.</i>	5	0,79
Venneproblemer (Svaralternativ 0-2 ^c) <i>Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene.</i>	5	0,57
Eksternaliserende symptomer ^b	10	0,81
Atferdsproblemer (Svaralternativ 0-2 ^c) <i>Jeg blir ofte sint og har kort lunte.</i>	5	0,78
Hyperaktivitet (Svaralternativ 0-2 ^c) <i>Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro.</i>	5	0,68
Prososial atferd (Svaralternativ 0-2 ^c) <i>Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om andre.</i>	5	0,67
Impact-skår (Svaralternativ 0-3 ^d) <i>Forstyrrer eller plager vanskene deg?</i>	5	0,63
SCAS-S (Respons format 0-3 ^e) <i>Jeg bekymrer meg for ting.</i>	8	0,91

SCAS-S: Spence Children's Anxiety Scale Short, SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire and impact supplement. Impact-skår; innvirkning på dagliglivet. ^abestår av både emosjonelle symptomer og venneproblemer, ^bbestår av både atferdsproblemer og hyperaktivitet, ^csvaralternativ 0-2; 0 = stemmer ikke, 1 = stemmer delvis, 2 = stemmer helt, ^dsvaralternativ 0-3 (svarverdiene for spørsmålene omkodes): 0 = 0, 1 = 0, 2 = 1, 3 = 2), ^esvaralternativ 0-3; 0 = Aldri, 1 = av og til, 2 = ofte, 3 = Alltid

Statistiske analyser

Det ble utført beskrivende analyse ved hjelp av SPSS (IBM SPSS Statistics v.29, New York, US). Deskriptiv statistikk ble benyttet for å beskrive utvalget. Gjennomsnitt og standardavvik ble beregnet. Forskjeller i alder, variabler for psykisk helse og innvirkning på dagliglivet mellom gutter og jenter ble beregnet med Welch's test, hvor ulik varians i gruppene som sammenlignes kan aksepteres. Basert på grenseverdier fra Storbritannia (Youth in mind, 2016), ble utvalgets totale antall samlet og fordelt på gutter og jenter beregnet for grensetilfeller og for unormalt mye symptomer. Grenseverdier for SCAS-S for ungdommer eksisterer ikke, men grenseverdien for barnevernsjonen er brukt i analysene, henholdsvis 5,5 for gutter og 7,5 for jenter på skalaen fra 0-24 (Reardon et al., 2018). Videre ble korrelasjonsanalyse (tabell ikke tatt med) gjennomført for å se samvariasjon mellom alder og psykisk helse og mellom psykisk helse og innvirkning av

En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet.

dagliglivet. Dette for å bestemme videre regresjonsanalyse. Det ble benyttet lineær regresjon, med bivariat og multippel regresjonsanalyse justert og ikke justert for alder og gutter vs. jenter (tabell ikke tatt med). Videre ble multippel lineær regresjonsanalyse benyttet, og forutsetningene for lineær regresjon ble undersøkt ved hjelp av visuell inspeksjon av normale sannsynlighetsplot og spredningsdiagram av standardiserte residualer. Regresjonskoeffisienten (ustandardisert beta) med 95 % konfidensintervall og p-verdi basert på lineær regresjon ble brukt for å beskrive assosiasjonen mellom den avhengige variabelen og de uavhengige variablene.

Etiske vurderinger

Forespørsel av samtykke til forskning ble gitt av ungdommen direkte etter at de hadde besvart spørsmålene som en del av den ordinære oppfølgingen av og dialog med helsesykepleier i skolehelsetjenesten, og via samme nettløsning av foresatte etter forespørsel via tekstmelding. Elevene fikk muntlig og skriftlig informasjon og foresatte skriftlig informasjon om samtykke. Ungdommene og foresatte ble informert om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg fra studien. Analysefilen som ble brukt var anonymisert og ungdommens fødselsdato og løpenummer var tatt bort.

Prosjektet «Godt begyntTM – barn og unge i Agder» er tilrådet fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) for forsvarlig behandling av personopplysninger med referansenummer 630027. Videre er prosjektet søkt til Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), men er avvist (2018/1610) for å ikke være underlagt lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Fakultetets etiske komité ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitet i Agder, har gjort en forskningsetisk vurdering av «Godt begyntTM – barn og unge i Agder» og har godkjent prosjektet (RITM0035972).

Funn

171 (39 %) av ungdommene (84 jenter og 87 gutter) som besvarte spørreskjema i forbindelse med helsesamtaler i 8. klasse i to kommuner i Sør-Norge i løpet av skoleåret 2022-2023 samtykket sammen med foresatte til å delta i studien. Gjennomsnittsalderen til jenter og gutter var lik, med 13,6 år for jenter og 13,5 år for gutter. Spredningen i alder hos jenter var fra 12,9 til 15,0 år og hos gutter fra 12,8 til 14,2 år. Utvalget er beskrevet i tabell 2, for å få en oversikt over fordelingen av variablene for psykisk helse og påvirkning på dagliglivet og hvor mange gutter og jenter, og samlet som hadde symptomer på psykisk uhelse for de ulike variablene beskrevet som grensetilfelle og med unormalt mye symptomer.

Det var 53 (31,0 %) ungdommer samlet som rapporterte unormalt mye symptomer på engstelse og for totale vansker SDQ rapporterte 19 (11,1 %) med symptomer for grensetilfelle og 9 (5,3 %) unormalt mye symptomer. Vanskenes innvirkning på dagliglivet ble rapportert for grensetilfelle av 25 (14,6 %) ungdommer og unormalt høy innvirkning av 25 (14,6 %).

Gutter og jenter rapporterte gjennomsnittlig like høye symptomer på hyperaktivitet (4,02 vs. 4,27, $p=0,51$), hvor 18 (10,5 %) hadde symptomer for grensetilfelle og 28 (16,4 %) unormalt mye symptomer. Flere jenter ($n=35$, 41,7 %) rapporterte antatt klinisk signifikante symptomer på engstelse enn gutter ($n=18$, 20,7 %), hvilket også speiles i høyere gjennomsnittsskår hos jentene (7,45 vs. 3,48). Samlet for grensetilfelle og unormalt høy skår var det flere jenter ($n=33$, 39,2 %) som rapporterte i høyere grad at vanskene hadde en innvirkning på dagliglivet enn gutter ($n=17$, 19,5 %), noe som speiles i forskjellene i gjennomsnittsskår hos jentene (0,90 vs. 0,38).

Jentene rapporterte signifikant høyere symptomer sammenlignet med guttene for totale vansker SDQ (10,71 vs. 8,70) og undergruppene internaliserende symptomer (5,31 vs. 3,09), emosjonelle symptomer (3,95 vs. 1,71) og prososial atferd (8,94 vs. 7,86). Guttene og jentene skåret forholdsvis likt på eksternaliserende symptomer

Tabell 2. Beskrivelse av alder, psykisk helse og påvirkning av hverdagslivet (impact-skår). Tall er oppgitt som gjennomsnitt (95 % KI for gjennomsnitt) hvis ikke annet er oppgitt.

	Hele utvalget (n=171)	Samlet antall med problemer, grensetilfelle (%) / unormalt mye symptomer (%)	Jenter (n=84)	Antall jenter med problemer, grensetilfelle (%) / unormalt mye symptomer (%)	Gutter (n=87)	Antall gutter med problemer, grensetilfelle (%) / unormalt mye symptomer (%)	P-verdi*
Alder, gjennomsnitt (min. maks.)	-	-	13,55 (12,92;15,01)	-	13,50 (12,76;14,17)	-	0,32
Totale vansker SDQ	9,69 (8,84;10,54)	19 (11,1) / 9 (5,3)	10,71 (9,50;11,93)	11 (13,1) / 6 (7,1)	8,70 (7,51;9,89)	8 (9,2) / 3 (3,4)	0,020
Internaliserende symptomer	4,18 (3,68;4,68)	-	5,31 (4,57;6,05)	-	3,09 (2,48;3,71)	-	<0,001
Emosjonelle symptomer	2,81 (2,44;3,18)	9 (5,3) / 15 (8,8)	3,95 (3,42;4,49)	6 (7,1) / 14 (16,7)	1,71 (1,31;2,11)	3 (3,4) / 1 (1,1)	<0,001
Venneproblemer	1,37 (1,15;1,59)	10 (5,8) / 3 (1,8)	1,36 (1,05;1,67)	4 (4,8) / 1 (1,2)	1,38 (1,06;1,70)	6 (6,9) / 2 (2,3)	0,922
Eksternaliserende symptomer	5,51 (4,96;6,06)	-	5,40 (4,68;6,13)	-	5,61 (4,78;6,44)	-	0,714
Atferdsproblemer	1,36 (1,12;1,60)	10 (5,8) / 10 (5,8)	1,13 (0,83;1,44)	4 (4,8) / 2 (2,4)	1,59 (1,22;1,96)	6 (6,9) / 8 (9,2)	0,061
Hyperaktivitet	4,15 (3,77;4,52)	18 (10,5) / 28 (16,4)	4,27 (3,76;4,79)	10 (11,9) / 14 (16,7)	4,02 (3,48;4,57)	8 (9,2) / 14 (16,1)	0,509
Prososial atferd	8,39 (8,15;8,63)	6 (3,5) / 5 (2,9)	8,94 (8,69;9,19)	0 (0) / 1 (1,2)	7,86 (7,48;8,24)	6 (6,9) / 4 (4,6)	<0,001
Impact-skår	0,64 (0,43;0,84)	25 (14,6) / 25 (14,6)	0,90 (0,54;1,27)	17 (20,2) / 16 (19,0)	0,38 (0,19;0,57)	8 (9,2) / 9 (10,3)	0,12
SCAS-S	5,43 (4,74;6,13)	53 (31,0)	7,45 (6,38;8,53)	35 (41,7)	3,48 (2,79;4,17)	18 (20,7)	<0,001

*P-verdi basert på Welch's t-test for forskjeller mellom gruppene. SCAS-S: Spence Children's Anxiety Scale Short, SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire and impact supplement. KI: konfidensintervall

En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet.

(5,61 vs. 5,40), og hyperaktivitet (4,02 vs. 4,27), og venneproblemer (1,38 vs. 1,36) hvor det ikke var signifikant forskjell mellom gruppene. Gutter tenderte å rapportere høyere symptomer på atferdsproblemer (1,59 vs. 1,13) enn jenter selv om det ikke var en signifikant forskjell ($p=0,06$).

Alle variabler for psykisk uhelse var assosiert med innvirkning på dagliglivet i bivariate lineær regresjon, men ikke prososial skår (beta 0,04, $p=0,59$). Tabell 3 viser fire regresjonsmodeller for å undersøke assosiasjonen mellom symptomer og innvirkning på dagliglivet for symptomer for engstelse (modell 1), totale vansker SDQ (modell 2), eksternaliserende og internaliserende symptomer (modell 3) og symptomer fordelt på fire underdomener (modell 4). Alle modellene ble justert for alder, kjønn og prososial skår. Som illustrert i tabell 3 var ikke kjønn (gutter vs. jenter) assosiert med innvirkning på dagliglivet i noen av modellene.

Ungdommer som skåret et poeng høyere på engstelse rapporterte 0,16 ($p<0,001$) høyere innvirkning på dagliglivet og ungdommer som var ett år eldre rapporterte 0,78 ($p=0,003$) høyere innvirkning på livet. Prososial skår ($p=0,35$) var ikke assosiert med innvirkning på dagliglivet og modell 1 forklarte 30 % av variasjonen i skåren for innvirkning på dagliglivet.

Ungdommer som skåret et poeng høyere total SDQ rapporterte 0,14 ($p<0,001$) høyere innvirkning på dagliglivet, ungdommer som skåret et poeng høyere prososial skår rapporterte 0,14 ($p=0,02$) høyere innvirkning på dagliglivet, og ungdommer som var et år eldre rapporterte 0,52 ($p=0,04$) høyere innvirkning på dagliglivet. Modell 2 forklarte 35 % av variasjonen i skåren for innvirkning på dagliglivet.

Ungdommer som skåret et poeng høyere internaliserende symptomer rapporterte 0,19 ($p<0,001$) høyere innvirkning på dagliglivet og ungdommer som skåret et poeng høyere eksternaliserende symptomer rapporterte 0,08 ($p=0,002$) høyere innvirkning på dagliglivet. Prososial atferd ($p=0,09$) og alder ($p=0,06$) var ikke

En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet.

assosiert med innvirkning på dagliglivet og modell 3 forklarte 37 % av variasjonen i skåren for innvirkning på dagliglivet.

Ungdommer som skåret et poeng høyere emosjonelle symptomer rapporterte 0,27 ($p < 0,001$) høyere innvirkning på dagliglivet, ungdommer som skåret et poeng høyere hyperaktivitet rapporterte 0,12 ($p = 0,01$) høyere innvirkning på dagliglivet og ungdommer som var et år eldre rapporterte 0,58 ($p = 0,02$) høyere innvirkning på dagliglivet. Venneproblemer ($p = 0,35$), atferdsproblemer ($p = 0,97$) og prososial skår ($p = 0,33$) var ikke assosiert med innvirkning på dagliglivet og modell 4 forklarte 40 % av variansen i skåren for innvirkning på dagliglivet.

Tabell 3. Multipl regressjon for assosiasjonen mellom symptomer på psykisk uhelse og innvirkning på dagliglivet (impact-skår).

	Modell 1. SCAS-S assosiert med impact-skår		Modell 2. Totale vansker SDQ assosiert med impact-skår		Modell 3. Internaliserende og eksternaliserende symptomer assosiert med impact-skår		Modell 4. Internaliserende og eksternaliserende symptomer fordelt på de fire underdomener assosiert med impact-skår	
	Ustandarisert beta (95 % KI)	P-verdi*	Ustandarisert beta (95 % KI)	P-verdi*	Ustandarisert beta (95 % KI)	P-verdi*	Ustandarisert beta (95 % KI)	P-verdi*
Alder	0,78 (0,27;1,28)	0,003	0,52 (0,03;1,01)	0,04	0,46 (-0,03;0,94)	0,06	0,58 (0,10;1,07)	0,02
Gutter vs. Jenter	0,21 (-0,21;0,63)	0,32	-0,08 (-0,45;0,30)	0,68	0,02 (-0,35;0,40)	0,91	0,21 (-0,19;0,61)	0,30
Prososial skår	0,06 (-0,06;0,17)	0,35	0,14 (0,02;0,26)	0,02	0,10 (-0,02;0,22)	0,09	0,06 (-0,06;0,18)	0,33
Totale vansker SDQ			0,14 (0,10;0,17)	<0,001				
Internaliserende					0,19 (0,14;0,25)	<0,001		
Eksternaliserende					0,08 (0,03;0,14)	0,002		
Emosjonelle symptomer							0,27 (0,19;0,36)	<0,001
Venneproblemer							0,06 (-0,07;0,20)	0,35
Atferdsproblemer							0,003 (-0,14;0,14)	0,97
Hyperaktivitet							0,12 (0,03;0,20)	0,01
SCAS-S	0,16 (0,12;0,20)	<0,001						

P-verdi basert på lineær regresjon. Avhengig variabel: Impact-skår. Forklart varians i impact-skår for modell 1, 2, 3 og 4 var henholdsvis 0,30, 0,35, 0,37 og 0,40. SCAS-S: Spence Children's Anxiety Scale Short, SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire and impact supplement. KI: konfidensintervall

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan internaliserende og eksternaliserende symptomer på psykisk uhelse, prososiale ressurser og vanskenes innvirkning på dagliglivet fordelte seg blant gutter og jenter i 12-13 års alder i to kommuner i Sør-Norge. Analysene viste at jenter rapporterte høyere prososiale ressurser og symptomer på psykiske plager enn gutter totalt sett og for internaliserende symptomer, herunder også emosjonelle symptomer, samt engstelse. Eksternaliserende symptomer, venneproblemer og innvirkning på dagliglivet ble rapportert likt av gutter og jenter. Symptomer på hyperaktivitet var høye hos både gutter og jenter. Alder, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet så ut til å ha størst betydning for innvirkning på dagliglivet. Prososiale ressurser var ikke assosiert med innvirkning på dagliglivet bortsett fra i modellen med totale vansker SDQ hvor høyere rapportert prososial atferd var forbundet med større innvirkning på dagliglivet.

Forskjellene i prososiale ressurser og symptomer på psykisk uhelse mellom gutter og jenter samsvarer med studier og rapport fra Norge og Østerrike, med at jenter tidligere har rapportert om flere internaliserende enn eksternaliserende symptomer i ungdomsårene (Bakken, 2021; Philipp et al., 2018; Potrebny et al., 2019). Funnene i studien tyder på at mange ungdommer samlet har unormalt mye symptomer på engstelse, der en burde være oppmerksom på både gutter og jenter, selv om engstelse er mer utbredt hos jenter. Funnene har tilsvarende mønster for emosjonelle symptomer der flere jenter rapporterte unormalt mye symptomer. Tidligere teori viste at psykiske lidelser, som er mer enn bare plager, rammer to av tre jenter etter puberteten (Mathiesen et al., 2007; Mykletun et al., 2009). Ifølge Helsedirektoratet (2023) er de psykiske plagene ofte forbigående, men ikke hos alle, så det kan være vesentlig å vite om at jenter etter puberteten opplevde flere internaliserende symptomer enn gutter. Ifølge Kaufmann et al. (2017) er hjernens utvikling markant forsinket hos ungdommer fra 14 års alderen hos dem med flere symptomer på psykisk uhelse. En tolkning kan være at siden jenter rapporterte flere

symptomer på psykisk uhelse enn gutter, er jenter mer sårbare for en forsinket utvikling de neste årene, som kan føre til enda flere symptomer på psykisk uhelse hos spesielt jenter. Det kan også hende at jenter modnes tidligere enn gutter som gjør jenter mer sårbare og mer utsatt for psykisk uhelse i ungdomstiden. Aanesen et al. (2017) fant i sin studie at jenter har dårligere selvtillit og mer opplevd skolerelatert stress enn gutter. Det kan tenkes at dette kan være en annen forklaring til at jenter er mer sårbare og rapporterte mer internaliserende symptomer enn gutter, samt at jenter kan ha lettere for å sette ord på hvordan de har det i forhold til gutter. Dette bekreftes av Chaplin og Aldao (2013) som fant at jenter i ungdomsårene viste mer følelser enn gutter. Tidligere forskning har også rapportert en positiv assosiasjon mellom økt psykisk helsekunnskap og den psykiske helsestatusen til ungdom (Bjørnsen et al., 2019; Lam, 2014). Det burde av den grunn fokuseres mer på ungdommers psykiske helsekunnskap i grunnskolen for å gi ungdommene økt kunnskap om hva som fremmer god psykisk helse, som kan gi ungdommene en bedre psykisk helse i videre liv.

Studien fant ingen forskjell mellom gutter og jenter i forhold til eksternaliserende symptomer, men at gutter tenderte til å rapportere høyere atferdsproblemer enn jenter selv om det ikke var en signifikant forskjell. I Østerrike ble det ikke funnet forskjell i atferdsproblemer mellom ungdomsgutter og ungdomsjenter, men at symptomene økte med økende alder og i større grad hos gutter (Philipp et al., 2018), noe funnene i studien ikke kan si noe om endring over tid på grunn av tverrsnittsdata. Tidligere forskning og teori viser til at gutter opplever flere eksternaliserende symptomer tidlig i barneårene ifølge (Mathiesen et al., 2007; Mykletun et al., 2009; Mølland et al., 2023). Ifølge Mathiesen et al. (2007) kan psykiske plager minskes ved å styrke barnas sosiale kompetanse og mestringsevne. Det at gutter og jenter har lite atferdsproblemer kan på en måte tolkes til at spesielt gutter har fått styrket sin sosiale kompetanse og mestringsevne med iverksatte tiltak i barnehage og skole grunnet flere symptomer i tidlig barneår. Da har gutter økt sin OAS og GMR som gir en bedre opplevelse av psykiske helse og bedre tilpasning til utfordringene som ungdomslivet byr på (Antonovsky, 2014). Samtidig viser Sand og Kvarme (2018) at ungdom ofte skjuler sine plager og det kan være

vanskelig å oppdage ungdommer som sliter. En annen tolkning kan være at spørreskjemaene er mer tilrettelagt for jenter enn for gutter, men det er ikke funnet forskning på en slik antakelse. Det kan forklare noe av de eksternaliserende symptomene som ble rapportert i studien, men samtidig rapporterte både gutter og jenter unormalt mye symptomer på hyperaktivitet. Ifølge Bunting et al. (2022) rapporterte gutter flere symptomer på blant annet hyperaktivitet enn jenter. Det at både symptomer for hyperaktivitet er høye hos både gutter og jenter samsvarer ikke direkte med tidligere forskning. Det kan tenkes til at hyperaktivitet er mer sosialt akseptert enn atferdsproblemer i sosiale settinger og at atferdsproblemer kan bli sett på mer som at ungdommer har problemer og begår lovbrudd for eksempel. Samt kan videre forskning om hva som fører til økt hyperaktivitet hos både gutter og jenter være interessant å se på.

Funnene viste at jenter hadde en høyere prososial atferd enn gutter. Men prososiale ressurser var ikke assosiert med innvirkning på dagliglivet, foruten sammen med totale vansker SDQ. Der bidro prososiale ressurser til å forklare variansen i impact-skår, men i motsatt retning av forventet. På en måte hadde det vært en naturlig forklaring at prososial skår var negativt assosiert med vanskenes innvirkning på dagliglivet, som både den salutogene teori, helsefremmende arbeid og resiliens hevder med å fremme prosesser og styrke faktorene som gir god helse hos ungdommer (Antonovsky, 2014; Garsjø, 2018; Aarø et al., 2017). Når det samlede symptombylde på vansker legges til grunn, og for deler av utvalget, kan det se ut til at mer prososial atferd er forbundet med større opplevd innvirkning på dagliglivet, som kan være et tilfeldig funn da det skiller seg ut fra det totale bylde. En tolkning av det kan være at ungdommer som er resiliente og sosialt sterke vedkjenner og opplever innvirkningen av vanskene totalt sett fordi at de forstår mer, men at det kun blir synlig i sammenheng med totale vansker SDQ sin relasjon til impact-skår. Funnene viste at totalt 50 av 171 ungdommer hadde vansker i hverdager, der 25 ungdommer var på grensetilfelle og 25 ungdommer hadde unormalt mye symptomer på vansker. Det kan tenkes at selv om jenter hadde høyere prososial atferd, har jenter en sterkere assosiasjon til mer stress og psykiske plager ifølge Corell et al. (2022), samtidig ifølge Bouma et al. (2008) var jenter mer følsomme

for depresjon dersom de opplever stressende livshendelser i ungdomsårene og bodde med foreldre med opplevd depresjon (Bouma et al., 2008).

Både totale vansker SDQ, engstelse, internaliserende og eksternaliserende symptomer var assosiert med innvirkning på dagliglivet hos ungdommene. I modell 4 var emosjonelle symptomer og hyperaktivitet assosiert med innvirkning på dagliglivet, og de emosjonelle symptomene med høyest koeffisient. Tidligere funn i studien rapporterte en forskjell i emosjonelle symptomer, der jenter hadde flere symptomer enn gutter, men gutter og jenter hadde like høy skår på hyperaktivitet. Samt ble det rapportert at det var symptomene hos ungdommene som var assosiert med innvirkningen på dagliglivet sammen med økende alder. Det er ikke funnet forskning som beskriver symptomenes innvirkning på dagliglivet hos ungdommer, men det ble i Nord-Irland funnet høyere forekomst av emosjonelle symptomer hos jenter i alderen 16-19 år (Bunting et al., 2022). Det er behov for mer forskning og kunnskap om hvordan plagene konkret har en innvirkning på ungdommenes liv. En tolkning på hvorfor emosjonelle symptomer er høyest assosiert med innvirkning på dagliglivet kan være at de internaliserende symptomene gjør at ungdommene trekker seg mer tilbake fra sosiale settinger og at hyperaktivitet er mer akseptert i sosiale sammenhenger. Samt kan uro i form av hyperaktivitet være ungdommers måte utad til å reagere på negative følelser og et forsøk på å regulere indre ubehag. Tilbaketrekning og følelse av avisning ifølge Skårderud og Duesund (2014) kan utløse reaksjoner som eksternaliserende symptomer som uro og sinne. Det kan tenkes at det kan være et behov for følelsesmessig regulering for å håndtere følelsen på riktig uttrykksmåte. Teori og tidligere forskning viser at psykiske plager kan gi nedsatt funksjon i dagliglivet ifølge Helsedirektoratet (2023), og ifølge Haugland og Grimsmo (2018) kan mye av grunnlaget for videre helse påvirkes av livsstilen som blir etablert i ungdomsårene. Det er vesentlig at ungdommer med psykiske plager som har en økt innvirkning på dagliglivet blir sett og hjulpet for å kunne få best mulig utgangspunkt for den psykiske helsen videre i livet.

Styrker og svakheter

Spørreskjemaene som er benyttet er validert og godt utprøvde spørreskjemaer. Den indre konsistensen var god i SCAS-S og de fleste delene av SDQ, men var noe lav indre konsistens i venneproblemer og impact-skår som maner til forsiktig bruk av disse i studien, og tolkning av resultatene. Samt kan det vise til en sammenheng i skårene som gir mening tross lav indre konsistens.

Siden det er en tverrsnittstudie, gjenspeiler funnene hvordan ungdommene følte det på det gitte tidspunktet og kan ikke si noe om statusen over tid. Svarprosenten var 39 % og kunne til fordel vært høyere for å styrke validiteten og gjort funnene enda mer generaliserbare. En styrke er at det er en god fordeling av gutter og jenter i utvalget og at resultatene gir mening sammenlignet med tidligere forskning. Det er ikke kjent hvem av ungdommene som ikke samtykket og en forklaring kan være ungdommer med en del opplevde symptomer på psykisk uhelse ikke ønsket å delta. Det kan hende ungdommene ikke har forstått at svarene er anonyme og derfor ikke har samtykket. Det burde i forkant av spørreundersøkelsen bli lagt enda mer fokus på muntlig informasjon da flertallet av elevene ikke leste gjennom den skriftlige informasjonen om samtykke til forskning. Det kan tenkes at spørreskjema distribuert online passer ungdommer, men at en del av ordene kunne for noen være vanskelig å forstå. Samt ble det tilrettelagt for at ungdommer som ikke forstod ord eller spørsmål kunne med hjelp av helsesykepleier eller lærer få det oppklart. En styrke med studien kunne vært å inkludere sosioøkonomiske variabler i analysene, da tidligere forskning har sett på assosiasjonen mellom det sosioøkonomiske og psykisk uhelse, og også kunne gitt mer informasjon om representativiteten i utvalget knyttet til sosiale forskjeller i befolkningen.

Konklusjon

Studien tyder på at ungdommer generelt hadde mange symptomer på engstelse, der jenter hadde betydelig flere symptomer enn gutter. Basert på britiske grenseverdier hadde så mye som to av fem jenter, samt en av fem gutter symptomet på engstelse. En av fire gutter og jenter rapporterte symptomer på hyperaktivitet. Jenter skåret

En tverrsnittstudie om ungdommers psykiske helse og uhelse og dens innvirkning på dagliglivet.

høyere på prososiale symptomer enn gutter, men den prososiale atferden så ikke ut til å beskytte mot vanskenes innvirkning på dagliglivet. De emosjonelle symptomene og hyperaktivitet var hovedsakelig assosiert med innvirkning på dagliglivet, og det var symptomene i seg selv som var assosiert. Ungdommens alder så også ut til å være assosiert med innvirkning på dagliglivet, som betyr mer innvirkning på dagliglivet med økende alder.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Omfanget av psykisk uhelse, især emosjonelle symptomer og hyperaktivitet peker på behovet for mer helsefremmende psykisk helsearbeid blant ungdom, og forebyggende intervensjoner som kan hjelpe ungdom med høyt symptomtrykk. I videre forskning kan det være interessant å gjennomføre en liknende studie i flere kommuner i hele Norge for å gjøre funnene enda mer generaliserbare. Samt kan det være interessant å se på studier som følger ungdommer over tid og hva som påvirker deres psykiske helse, samt mer kunnskap om hva som er årsakene til fordelingen av den psykiske uhelsen blant gutter og jenter i ungdomsårene. Det kan også være interessant å se på liknende studier i et kvalitativt design for å gå enda mer i dybden på hvordan ungdommers psykiske helse erfarer av dem selv og hvordan det påvirker dagliglivet deres mer konkret og detaljert.

Litteratur

- Antonovsky, A. (2014). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Gyldendal.
- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 8/12). <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2767874>
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M. & Torgersen, L. (2023, 10.februar). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R. & Moksnes, U. K. (2019). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of School Nursing*, 35(2), 107-116. <https://doi.org/10.1177/1059840517732125>
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Eilertsen, M.-E., Espenes, G.-A., Holmen, N. S. & Moksnes, U. K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse.

- Sykepleien* (65075), e-65075.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65075>
- Bonett, D. G. & Wright, T. A. (2015). Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *Journal of Organizational Behavior*, 36(1), 3-15. <https://doi.org/10.1002/job.1960>
- Bouma, E. M. C., Ormel, J., Verhulst, F. C. & Oldehinkel, A. J. (2008). Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment. *Journal of Affective Disorders*, 105(1), 185-193.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.007>
- Braut, G. S. (2022, 19. desember). *Uhelse*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.sn.no/uhelse>
- Bunting, L., McCartan, C., Davidson, G., Grant, A., Mulholland, C., Schubotz, D., McBride, O., Murphy, J. & Shevlin, M. (2022). Rationale and methods of the 'Northern Ireland Youth Wellbeing Survey' and initial findings from the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 27(3), 670-685.
<https://doi.org/10.1177/13591045221075525>
- Chaplin, T. M. & Aldao, A. (2013). Gender Differences in Emotion Expression in Children: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735-765. <https://doi.org/10.1037/a0030737>
- Corell, M., Friberg, P., Löfstedt, P., Petzold, M. & Chen, Y. (2022). Subjective health complaints in early adolescence reflect stress: A study among adolescents in Western Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(4), 516-523. <https://doi.org/10.1177/14034948211008555>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.
<https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid. Fra individ- til systemorientert tekning og praksis*. Gyldendal.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38(5), 581-586.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 173-177.
<https://doi.org/10.1080/0954026021000046137>
- Haugland, S. & Grimsmo, A. (2018). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I S. Haugland & N. Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 27-43). Kommuneforlaget.
- Helsedirektoratet. (2023, 30. juni). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Helsedirektoratet. Hentet 4. juli 2023 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

- Jakobsen, S. E. (2019, 24.november). *Det skjer en storrengjøring i hjernen hos tenåringer*. Ung forskning. <https://ung.forskning.no/hjernen/det-skjer-en-storrengjoring-i-hjernen-hos-tenaringer/1595426>
- Kaufmann, T., Alnæs, D., Doan, N. T., Brandt, C. L., Andreassen, O. A. & Westlye, L. T. (2017). Delayed stabilization and individualization in connectome development are related to psychiatric disorders. *Nature Neuroscience*, 20(4), 513-515. <https://doi.org/10.1038/nn.4511>
- Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 26-26. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-26>
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid*. (Rapport 2007:5). Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://hdl.handle.net/11250/2996551>
- Muris, P., Meesters, C. & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0298-2>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf.pdf>
- Mølland, E., Haraldstad, K., Abildsnes, E., Håland, Å. T., Köpp, U. M. S., Fegran, L. & Westergren, T. (2023). Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire in child and school health services among children aged 4 and 6 years in Southern Norway: clinical considerations. *BMC Pediatrics*, 23(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-03837-1>
- Philipp, J., Zeiler, M., Waldherr, K., Truttmann, S., Dür, W., Karwautz, A. F. K. & Wagner, G. (2018). Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(12), 1325-1337. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1586-y>
- Potrebny, T., Wiium, N., Haugstvedt, A., Sollesnes, R., Torsheim, T., Wold, B. & Thuen, F. (2019). Health complaints among adolescents in Norway: A twenty-year perspective on trends. *PLoS One*, 14(1), e0210509-e0210509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210509>
- Reardon, T., Spence, S. H., Hesse, J., Shakir, A. & Creswell, C. (2018). Identifying Children With Anxiety Disorders Using Brief Versions of the Spence Children's Anxiety Scale for Children, Parents, and Teachers. *Psychological Assessment*, 30(10), 1342-1355. <https://doi.org/10.1037/pas0000570>
- Sand, T. I. & Kvarme, L. G. (2018). Slik kan helsesøstre oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (70421), e-70421. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70421>

- Skårderud, F. & Duesund, L. (2014). Mentalisering og uro. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 98(3), 152-164. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2987-2014-03-02>
- Spence, S. H., Barrett, P. M. & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(6), 605-625. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00236-0)
- Westergren, T., Mølland, E., Haraldstad, K., Tellefsen Håland, Å., Stamnes Köpp, U. M., Fegran, L. & Abildsnes, E. (2021). Implementation of the norwegian 'Starting right' child health service innovation: implementation adjustments, adoption, and acceptability. *BMC Health Services Research*, 21(1), 86-86. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06096-x>
- Youth in mind. (2016, 11.november). *Scoring the SDQ*. <https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/c0.py>
- Aanesen, F., Meland, E. & Torp, S. (2017). Gender differences in subjective health complaints in adolescence: The roles of self-esteem, stress from schoolwork and body dissatisfaction. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(4), 389-396. <https://doi.org/10.1177/1403494817690940>
- Aarø, L. E., Samdal, O. & Wold, B. (2017). Psykisk helse blant ungdom. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Gyldendal.