



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

*Psykologprogrammet*

# **Ungdomars perspektiv på psykisk ohälsa och första linjens insatser**

**Lisa Gottliebsen & Viktor Wennberg**

Psykologexamensuppsats, VT 2013

Handledare: Henrik Levinsson  
Examinator: Per Johnsson



## Sammanfattning

Bristande kunskap om psykisk ohälsa och behandling har visats hindra unga från att söka hjälp vid psykisk ohälsa. Samtidigt behöver ansvarsområden mellan första linjens instanser förtydligas för att barn och unga som lider av psykisk ohälsa ska veta vart de kan vända sig. Denna studie undersökte ungdomars perspektiv på psykisk ohälsa och första linjens insatser samt hur mående och kunskap var relaterat till vårdsökande. Totalt 266 elever i årskurs nio besvarade en enkät där självskattad kunskap, mående enligt The Strengths and Difficulties Questionnaire, hjälpsökande och barriärer kring att söka stöd kartlades. Resultaten visade att de ungdomar som sökt hjälp hade en signifikant högre grad av kunskap än de som inte sökt hjälp. Det fanns också en signifikant skillnad i kunskap beroende på psykiskt mående där de ungdomar som mådde bäst skattade högst kunskap. Flickor skattade signifikant mer emotionella besvär än pojkar och även fler upplevda barriärer. De barriärer som var vanligast var att inte orka tänka på sina problem och att inte veta vart man ska vända sig för hjälp. Sammantaget visades att självskattad kunskap är en betydande faktor för såväl mående som hjälpsökande. Experimentella studier på kunskapande interventioner lyftes fram som en viktig inriktning för framtida studier.

Key words: Första linjens vård, kunskap om psykisk ohälsa, ungdomars vårdsökande, ungdomars psykiska hälsa, SDQ.

### **Abstract**

Lack of knowledge about mental health problems and treatment has been identified as a barrier towards help seeking for youths with mental health problems. Concurrently, responsibilities between the different units operating within the first line care need to be clarified in order for adolescents with mental health problems to know where to turn. The present study examined adolescents' perspectives on mental health problems and the service provided by the different first line units, and in what way mental health and knowledge were related to help seeking. A total of 266 pupils in grade nine responded to a questionnaire in which self rated knowledge, mental health as measured by The Strengths and Difficulties Questionnaire, help seeking and perceived barriers towards help seeking were surveyed. The results showed that the adolescents who had sought help had a significantly higher level of knowledge than did those who had not sought help. There was also a significant difference in knowledge depending on mental health where the adolescents with the greatest wellbeing reported the highest level of knowledge. Girls reported significantly more emotional difficulties than did boys and also a higher frequency of perceived barriers. The two most common barriers were not being able to bear thinking about ones problems and not knowing where to turn for help. In summary, knowledge was found to be a considerable factor for mental health as well as help seeking. Experimental studies on the impact of interventions targeting knowledge were identified as an important focus for future research.

Key words: First line care, knowledge about mental health problems, adolescents' help seeking, adolescents' mental health, SDQ.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	6
<i>Psykisk hälsa och ohälsa</i> .....	6
<i>Förekomst av psykisk ohälsa i Sverige</i> .....	7
<i>Första linjens insatser</i> .....	8
<i>Elevhälsans ansvar</i> .....	10
<i>Primärvårdens ansvar</i> .....	11
<i>Ungdomsmottagningars ansvar</i> .....	12
Forskning utifrån barn och ungas perspektiv .....	13
<i>Barnperspektivet kontra barns perspektiv</i> .....	13
<i>Tillgång till vård och attityder kring att söka vård</i> .....	14
Syfte och frågeställningar .....	16
<b>Metod</b> .....	18
Deltagare och urval .....	18
Material .....	18
<i>Del ett och två i enkäten</i> .....	18
<i>The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ</i> .....	20
Procedur .....	21
Etiska överväganden .....	22
<b>Resultat</b> .....	24
<i>Hur ungdomarna skattade sin psykiska hälsa</i> .....	24
<i>Om ungdomars perspektiv på första linjens insatser</i> .....	24
<i>Skillnad i kunskap beroende på kön</i> .....	26
<i>Skillnad i kunskap beroende på självskattad hälsa mätt med SDQ</i> .....	26
<i>Skillnad i kunskap beroende på tidigare erfarenheter av att söka stöd</i> .....	27
<i>Samband mellan ungdomars mående, perspektiv på första linjens insatser och kunskap om psykisk ohälsa</i> .....	27
<b>Diskussion</b> .....	29
<i>Hur ungdomarna skattar sin psykiska hälsa</i> .....	29
<i>Ungdomars perspektiv på första linjens insatser</i> .....	29
<i>Ungdomars kunskap om psykisk ohälsa och första linjens insatser</i> .....	31
<i>Samband mellan ungdomars mående, perspektiv på första linjens insatser och kunskap om psykisk ohälsa</i> .....	32
Metoddiskussion .....	32
<i>Intern validitet</i> .....	32
<i>Extern validitet</i> .....	33
<i>Begränsningar i studien</i> .....	34
Framtida forskning .....	34
<b>Slutsatser och rekommendationer</b> .....	35
<b>Referenser</b> .....	36
<b>Bilagor</b>	

Den psykiska ohälsan sägs öka inte bara i Sverige utan också i många andra länder (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2012b). Framförallt bland unga människor har man sett en ökning av psykisk ohälsa de senaste tjugo åren. En stor efterfrågan på barn- och ungdomspsykiatrins insatser och en oklarhet i vem som bär ansvaret för första linjens olika insatser, såsom att främja psykisk hälsa, tidigt upptäcka psykisk ohälsa och att behandla lindrig till medelsvår psykisk ohälsa gör att en del barn riskerar att inte få det stöd och den behandling som de har rätt till.

Bland små barn och skolbarn är det naturligt att föräldrar och andra vuxna bär ansvaret för att söka hjälp om barnet har svårigheter. Bland ungdomar som i sin växande självständighet också vill fatta beslut om sitt eget mående finns det många som vill söka stöd kring psykiska besvär på egen hand. För att kunna söka denna hjälp krävs emellertid ett visst mått av kunskap kring psykisk hälsa och ohälsa och tillgång till adekvata insatser. För att öka unga människors delaktighet i beslut som rör deras psykiska hälsa så som barnkonventionen föreskriver är det viktigt att undersöka vad unga själva känner till om psykisk hälsa och ohälsa, vilken tillgång de upplever att de har till samhällets stöd och vad som skulle hindra dem från att söka hjälp. Även om kunskapsfältet ökar internationellt finns det ännu inte mycket svensk forskning utifrån ungdomars perspektiv. Den här studien hoppas därför kunna bidra till ökad kunskap om ungdomars perspektiv på psykisk ohälsa och samhällets insatser genom att studera vilken kunskap de har, vilka erfarenheter och vilka önskemål de har.

Först kommer begreppet psykisk hälsa/ohälsa att presenteras följt av en lägesbeskrivning av den psykiska ohälsan i Sverige. Sedan kommer första linjens insatser att beskrivas, inledningsvis övergripande och sen fördjupat utifrån de tre ansvarsområdena elevhälsan, primärvården och ungdomsmottagningar. Sist i inledningen presenteras forskning utifrån barn och ungas perspektiv.

*Psykisk hälsa och ohälsa.* Psykisk hälsa och ohälsa är mångtydiga begrepp som kan operationaliseras på olika sätt och en entydig definition saknas. Var drar man gränsen mellan hälsa och ohälsa, mellan normalt och avvikande? Karin Johannisson (1995) skriver att hälsobegreppet är allt annat än statiskt och att synen på hälsa och ohälsa har växlat och växlar beroende på tidsepok och kulturell kontext. En vanlig definition av hälsa är den som världshälsoorganisationen WHO gör. WHO har breddat hälsobegreppet avsevärt, så att det inte bara avser frånvaron av sjukdom, utan också involverar ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande i vilket varje individ kan förverkliga sin egen

potential, kan hantera vardaglig normal stress, kan arbeta produktivt och är förmögen att göra en insats för sitt samhälle (World Health Organization, 2011). Denna definition är också den som Folkhälsoinstitutet utgår från när barns hälsovanor ska undersökas, med tolkningen att hälsa ska ses som en resurs i det dagliga livet, och att hälsa och välbefinnande är nära förknippade (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

När det gäller psykisk ohälsa gör Socialdepartementet följande definition: ”ett vidare samlingsbegrepp som inrymmer såväl psykisk sjukdom som psykisk funktionsnedsättning samt sådana besvär som ovan beskrivits [oro, nedstämdhet, ångslan och sömnsvårigheter]” (Socialdepartementet, 2012, sid. 4). Andra definitioner av psykisk ohälsa är i termer av lätt till medelsvår, respektive svår psykisk ohälsa som spänner över flera diagnosgrupper eller områden (SKL, 2009). I folkhälsorapporten används begreppet psykisk ohälsa med innebörden ”tillstånd som de flesta uppfattar som bekymmersamma och motiverade att förebygga” (Statens folkhälsoinstitut, 2011, sid. 13).

*Förekomst av psykisk ohälsa i Sverige.* De senaste folkhälsoundersökningarna visar en markant ökning av den psykiska ohälsan i Sverige, psykosjukdomar undantaget. Den självrapporterade psykiska ohälsan bland ungdomar ökar i synnerhet, vilket uppträder samtidigt med en ökad användning av slutenspsykiatrisk vård. Detta tolkas som att det inte endast rör sig om en ökad benägenhet hos ungdomar att rapportera psykiska besvär, utan en faktisk ökning (SKL, 2012b). SKL uppskattar att mellan 2-5 % av barnen i Sverige behöver omfattande insatser på specialiserad nivå emedan 20-30 % av barnen behöver stödinsatser på första linjens nivå, till exempel i skolan, av hälso- och sjukvården eller av socialtjänsten (SKL, 2012a).

Socialdepartementet slår fast att omkring 5-10 % av befolkningen lider av besvär som kräver psykiatrisk behandling. De vanligaste tillstånden är nedstämdhet, ångest, missbruk, schizofreni och andra psykosjukdomar (Socialdepartementet, 2012). En växande andel barn och ungdomar upplever psykiska besvär, såsom huvudvärk, stress, ångest, sömnbesvär och svårigheter att hantera vardagen. Omkring 30 % av ungdomar i åldersspannet 16-24 år rapporterar att de lider av oro, ångslan och ångest. Man kan också se att fler antidepressiva läkemedel förskrivs, i synnerhet till gruppen unga kvinnor i åldern 15-19 år (Socialdepartementet, 2012).

2009 fattade regeringen beslut om att kartlägga den psykiska hälsan hos alla elever i Sverige i årskurs 6 och 9. Drygt 172 000 elever besvarade en enkät, vilket innebär att det

finns statistik om hur 83 % av landets samtliga ungdomar i dessa åldrar mår (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Kartläggningen undersöker fem dimensioner av psykisk hälsa/ohälsa: psykosomatiska besvär (magont, huvudvärk); nedstämdhet; koncentrationssvårigheter; bristande välbefinnande och problemens påverkan i vardagslivet. Resultaten visar att majoriteten av eleverna mår bra, men att fler elever i årskurs nio rapporterar psykisk ohälsa än elever i årskurs sex. Vidare rapporterar flickor en högre grad av psykisk ohälsa än vad pojkar gör. Undersökningen fann små eller inga skillnader i psykisk ohälsa beroende på i vilken kommun eleverna gick i skola.

Problemens påverkan i vardagslivet undersöktes med instrumentet The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, för beskrivning se under metod). Bland annat fick ungdomarna svara på om de tycker att de har svårigheter med sina känslor, sin koncentrationsförmåga, sitt beteende eller att komma överens med andra och om svårigheterna påverkar dem i skolan, hemma, socialt eller på fritiden. I gruppen pojkar i årskurs nio uppgav 4,6 % att man tyckte sig ha klara svårigheter med ovan nämnda problem och 2,3 % rapporterade allvarliga svårigheter. I gruppen flickor rapporterade 7,1 % klara svårigheter och 1,9 % allvarliga svårigheter (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Sammantaget pekar dessa resultat på att en betydande andel svenska ungdomar lider av någon form av psykisk ohälsa, vilket ligger i linje med internationella studier om ungdomars mående från andra delar av världen (Burnett-Zeigler et al., 2012; A. Goodman & Goodman, 2012; McGorry, Bates, & Birchwood, 2013; Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2003; Naylor, Cowie, Walters, Talamelli, & Dawkins, 2009). Att fånga upp dessa ungdomar innan problemen har vuxit sig så stora att studier och framtida arbetsliv påverkas är en utmaning och i Sverige en uppgift för första linjens samhällsinsatser.

*Första linjens insatser.* Med första linjens insatser menas preventivt arbete och vård som riktas mot lindrig till medelsvår psykisk problematik vilket kontrasteras mot svårare problematik som kräver specialistvård (SKL, 2009). Första linjen ska, enligt SKL:s direktiv, arbeta med bedömning och behandling av psykisk ohälsa samt erbjuda vissa förebyggande insatser. Tidiga insatser och preventivt arbete med barn och ungdomar som lider av eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa ses som en social investering för befolkningens hälsa och gör det möjligt att förhindra utveckling av allvarlig psykosocial problematik.

Generellt beskrivs ett behov av en utbyggd första linjens vård i hela landet (SKL, 2009). Det är elevhälsan, primärvården, mödra- och barnhälsovården, ungdomsmottagningar



eller vissa delar av socialtjänsten som anses vara första linjens huvudmän för barn och unga. Enligt SKL är det i många fall oklart vem som bär ansvaret för första linjens insatser för psykisk hälsa och det behövs en tydlighet kring vart man ska vända sig om man drabbas (2009). Perspektiv som lyfts från barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i flera rapporter är att gränsdragningen mellan specialistvården och första linjen i praktiken är oklar och att BUP i många fall utför första linjens vård trots att deras uppdrag är att bedriva specialistvård (SKL, 2009; 2012a).

Vidare behövs modeller för samverkan mellan olika aktörer och vårdnivåer (Socialdepartementet, 2011). För att synkronisera samhällets insatser har SKL i överenskommelse med Socialdepartementet startat projektet *PSYNK, psykisk hälsa barn och unga*. Enligt PSYNK definieras första linjen för barn och ungas psykiska hälsa som den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att ”först ta emot ett barn, ungdom eller dess familj som söker hjälp för ett problem - vare sig problemet har medicinska, psykosociala eller pedagogiska orsaker” (SKL, 2012a, sid. 40). En viktig utmaning som projektet har identifierat är att utveckla strukturer för första linjens insatser.

Förutom hur första linjens insatser ska organiseras så betonas också att kommunikation och information till medborgare behöver utvecklas. Psykopedagogisk information kring egenvård och vart man ska vända sig för professionellt stöd behöver finnas på skolor, internet, vårdcentraler och familjemottagningar menar SKL (2009). Att medborgarna ska bli bättre informerade om vilken behandling som rekommenderas vid olika tillstånd och från vilka olika instanser är också ett mål:

”Tillgången till relevant behandling på olika insats- och vårdnivåer styr handläggningen. Ju mer välinformerad allmänheten blir, ju mer kommer den bästa evidensbaserade behandlingen att efterfrågas. Om sådan saknas på lägre vårdnivåer kommer man att söka den på mer specialiserad nivå.” (SKL, 2009, sid. 37)

Det pågår alltså ett betydande arbete i hela Sverige för att utveckla och förtydliga en första linje för barn och unga, där utbudet av adekvat vård måste göras tillgänglig på rätt nivå i vårdkedjan. Ännu är det inte fastlagt hur strukturen för första linjen ska se ut. Hittills har flera olika modeller tagits fram i det så kallade *Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga* (SKL, 2012a). De vanligaste aktörerna i första linjens insatser riktade mot ungdomar är elevhälsan, primärvården och ungdomsmottagningar. Nedan beskrivs dessa aktörers ansvarsområden.

*Elevhälsans ansvar.* Enligt skollagen ska alla elever ha tillgång till en elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser (SFS 2010:800). Elevhälsan ska främst fungera förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål är det som ska stödjas och för medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Vidare ska elever i grundskolan erbjudas minst tre hälsobesök jämnt fördelade under skoltiden. Då kommunerna själva avgör hur elevhälsan organiseras varierar tillgänglighet och arbetssätt enormt över landet (Artursson & Larsson, 2011; SKL, 2012a). I en tillsyn av Skolinspektionen konstateras att en tredjedel av tillfrågade rektorer uppger att tillgången till psykolog inte är tillräcklig för att täcka behoven och att många kuratorer och psykologer sitter i en annan lokal än skolan vilket Skolinspektionen tolkar som att de kanske inte är tillgängliga för eleverna (Begler, Ahnberg, & Rydin, 2011). Enligt Elevvårdsutredningen är det svårt att göra tillförlitliga bedömningar av tillgången till elevvård. De kommunala huvudmännen har bristfällig överblick kring kostnader och resultat från elevhälsan och det saknas ofta mål och tydlig ledning (SOU 2000:19).

I en studie om elevhälsan i grundskolan (Backlund, 2007) visas att bland 100 svenska skolor hade samtliga skolsköterska men var tionde hade inte tillgång till kurator, varken på skola eller i resursenhet. En fjärdedel av skolorna hade ingen kurator alls eller bara motsvarande en fjärdedels tjänst. Majoriteten saknade psykolog och oftast var psykologen en extern resurs på central resursenhet. Elevhälsans dubbla uppdrag, att stödja både eleverna och lärarna, tycktes leda till oklarheter om lärarnas och elevhälsans olika ansvarsområden. Backlunds slutsats är att det behövs mer forskning kring de externa resursenheterna som tycks ha blivit en allt vanligare organisatorisk konstruktion och hur dessa påverkar elevernas kontakt med elevhälsan. Det behövs också studier om det vardagliga elevvårdsarbetet ur elevers, föräldrars och lärares perspektiv menar Backlund.

Barnets fungerande i skolmiljön är utgångspunkten för elevhälsans arbete och i stor utsträckning består insatserna av generella hälsofrämjande insatser till alla barn (SKL, 2009). Det kan handla om primärpreventiva eller breda insatser så som föräldrautbildning, livskunskap i skolan, information och rådgivning om droger, stresshantering, kost, motion och sömn. I en rapport från 2010, om vilka metoder som används i elevhälsan i Sverige, uppger Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) att ett hundratal olika program används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Inget av programmen har utvärderats i Sverige i randomiserade studier med minst sex månaders uppföljning och det vetenskapliga stödet är

således tämligen begränsat. Flertalet skolor använder egenkomponerade metoder eller kombinationer av strukturerade arbetssätt och ibland används mer specifika preventionsprogram såsom Social emotionell träning, COPE och KOMET. SBU:s slutsats är att det behövs randomiserade studier som undersöker om de program som används har förebyggande effekt i svenska populationer och inte medför några risker.

I och med att elevhälsan har bytt namn från skolhälsovård till elevhälsa betonas ett paradigmskifte från problem- och vårdperspektiv till ett salutogent hälsoperspektiv. Huruvida detta paradigmskifte har realiserats i praktiken har Guvå och Hyllander (2012) studerat i en intervjustudie med personal från elevhälsan. De menar att det finns en stor skillnad mellan retorik och praktik då det fortfarande är ett medicinskt individperspektiv som råder trots att idén är att arbeta hälsofrämjande i hela organisationen och att det tar tid att ändra ett sådant perspektiv. Någon större utveckling tycks alltså inte ha skett sedan Backlunds studie (2007) som konstaterade att en stor del av elevhälsans tid går åt till utredningar och akuta insatser.

Hur svenska elever uppfattar elevhälsan är inget väl studerat område. I en svensk studie som undersökte ungdomars erfarenheter av hälsoinformation i skolan framkom att informationen de fått var otillfredsställande och att ungdomarna inte kände fullt stöd från sin skola med att arbeta med sin hälsa (Hietala & Ylisirkka, 2009). Eleverna visste heller inte vart de skulle vända sig för att få hjälp med sina problem. Vidare konstateras att elevhälsans personal i Sverige kan bli bättre på att tillvarata ungdomarnas eget engagemang när det gäller hur hälsoinformation skall utformas i skolorna, så att det som är aktuellt i ungas liv också inkluderas i hälsoinformationen, för att på så sätt skapa delaktighet.

För att undersöka ungdomars perspektiv på elevhälsa och förebyggande arbete i Skottland gjorde Woolfson, Woolfson, Mooney och Bryce (2009) en fokusgruppsstudie och sen en enkätstudie till tre skolor. Eleverna som ingick i studien önskade hälsoundervisning av både skolpersonal och utomstående föreläsare eller av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och den skulle innehålla både teoretiska och praktiska moment eller övningar. Författarna föreslår att om ungdomar konsulteras i hur hälsoundervisning ges i skolan blir den mer anpassad till ungdomars behov och preferenser.

*Primärvårdens ansvar.* Primärvårdens uppdrag är bland annat att fungera som första linjens psykiatri för barn och vuxna och för att kunna uppfylla detta har vårdcentralerna förstärkts med psykologer och kuratorer (Stjernbrink & Salomonsson, 2011). Psykologernas och kuratorernas arbete tycks enligt Stjernbrink och Salomonsson dock mest vara riktat mot

den vuxna befolkningen. Denna uppfattning får stöd från SKL som slår fast att vårdcentralernas kompetens kring barn och ungdomar med psykiska besvär är bristfällig (2012a). I en granskning från Socialstyrelsen framkom att många vårdcentraler heller inte anser sig ha något ansvar för barn och ungdomar med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2010). Barnavårdscentralerna har psykologer att tillgå, men endast för barn upp till fem års ålder. Således kan det konstateras att primärvården är illa rustad att erbjuda barn och ungdomar vård och förebyggande insatser vid psykisk ohälsa. Detta är en verklighet som inte är unik för Sverige. Situationen ser liknande ut runt om i världen, med dålig kapacitet och otillräcklig kompetens för barn- och ungdomspsykiatrisk problematik (Socialstyrelsen, 2010) samt stora skillnader i hur den pediatrika primärvården bedrivs (Katz, Rubino, Collier, Rosen, & Ehrich, 2002).

Bland de barn och unga som söker till primärvårdsinstanser kan prevalensen av psykisk ohälsa vara så hög som 40-60 % menar Kramer och Garralda i en studie om psykiatriska besvär hos ungdomar i primärvården (1998). Samma studie pekar på att allmänläkare tycks ha svårt att känna igen psykisk ohälsa hos barn och unga, vilket leder till att många barn och unga med besvär inte blir korrekt diagnostiserade. Svårigheterna för allmänläkare att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och unga tillskrivs faktorer såsom somatisering av besvären och komorbiditet med andra ickepsykiatriska tillstånd. Andra studier beskriver att professionella kan vara osäkra på den egna kompetensen och att både patienten och den professionelle kan tveka att ta upp teman som rör psykisk ohälsa på grund av osäkerhet kring vilka behandlingsmöjligheter som finns (Dowrick, Gask, Perry, Dixon, & Usherwood, 2000; Vallance, Kramer, Churchill, & Garralda, 2011). Många unga patienter uttrycker att de främst ser primärvården som en instans som hanterar fysiska problem och de känner inte till att det är möjligt att vända sig dit med emotionella besvär (Biddle, Donovan, Gunnell, & Sharp, 2006). En tendens att vilja undvika psykiatriska diagnoser på grund av en rädsla för stigmatisering kan också förekomma, hos såväl den unga patienten, hos den professionelle som hos föräldrar (Sayal et al., 2010). Primärvårdsforskning visar dessutom att ungdomar erhåller en genomsnittligt kortare konsultation hos primärvårdsläkare jämfört med yngre barn och vuxna patienter (Christie & Viner, 2005).

*Ungdomsmottagningars ansvar.* Det övergripande målet för ungdomsmottagningars verksamhet är enligt Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar att ”främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet

samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner” (Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, 2002, sid. 4). Ungdomsmottagningarnas verksamhet är ett frivilligt åtagande för kommuner och landsting och hur utvecklade de är och vilket ansvar de har skiljer sig avsevärt åt över landet (Fors, 2005; Wiksten-Almströmer, 2006). Vissa ungdomsmottagningar har en bred personal med flera olika yrkeskategorier representerade såsom läkare, kurator, psykolog och barnmorska, medan andra endast består av en barnmorska som har mottagning på en mödravårdscentral några timmar i veckan (Fors, 2005).

Cirka 200 000 ungdomar söker till ungdomsmottagningarna i Sverige årligen och av dem är endast 15 % pojkar (Wiksten-Almströmer, 2006). I en studie som undersökte artonåriga pojkars syn på ungdomsmottagningar konstateras att pojkarna eftersträvade internetbaserade plattformar med rådgivning och information för att söka stöd hos ungdomsmottagningarna i högre utsträckning (Torstensson & Bådagård, 2009). Personal på ungdomsmottagningar beskriver att de flesta ungdomar söker dit för att de har fått höra positiva omdömen från kamrater (Fors, 2005). Vidare söker de flesta ungdomar på egen hand till ungdomsmottagningen och även om preventivmedelsrådgivning och test av sexuellt överförbara sjukdomar är de vanligaste anledningarna till besöket kommer också många ungdomar med emotionella besvär som de vill tala med någon om. Dessa besvär kan handla om normal oro och ångslan, men även om svårare problem av psykiatrisk valör. Att komma till ungdomsmottagningen är ofta en ung människas första erfarenhet av att söka en vårdinstans utan föräldrar, menar Fors. Besöket på egen hand är ett steg på vägen att träda in i vuxenlivet, och kan ses som en övergång från barndom till ungdom (Fors, 2005).

### **Forskning utifrån barn och ungas perspektiv**

*Barnperspektivet kontra barns perspektiv.* I rapporten Barn och ungas rätt i vården lyfter Stiftelsen Allmänna Barnhuset fram barns rättigheter i hälso- och sjukvården och att det saknas tydliga åldersgränser för när ett barn är moget att själv ta ställning till den vård och behandling som erbjuds dem (Söderbäck, 2010). Det innebär att föräldrarna bär ansvaret tills barnet fyller 18 år, samtidigt som FN:s barnkonvention föreskriver att barns åsikter och inflytande ska tillmätas större betydelse ju äldre barnet är. Ett barnrättsperspektiv innebär en skyldighet att genom lämpliga åtgärder förverkliga barnets mänskliga rättigheter och främja barnets bästa, samt att utgå från barnet eller den unges behov och inte från verksamhetens perspektiv. Stiftelsen Allmänna Barnhuset skiljer i sin rapport på ett ”barnperspektiv” som ser till barnets bästa utifrån vuxnas perspektiv och kunskaper om barn och på ”barns perspektiv”

som representerar barnets rätt att förmedla sina åsikter, erfarenheter, förståelse eller tankar och känslor. Det konstateras att forskning om barns perspektiv inom hälso- och sjukvård är begränsad och att det är viktigt att skilja på forskning som görs på barn och forskning som görs med barn för att fånga och tolka barns erfarenheter och villkor. Det är därför angeläget att öka kunskapen om barns och ungas perspektiv för att bättre kunna tillgodose deras behov i vården (Söderbäck, 2010). Även om svensk forskning är begränsad finns en hel del studier från andra länder, framförallt om tillgången till vård vid psykisk ohälsa och om ungas erfarenheter av och attityder till vårdsökande, vilket redovisas nedan.

*Tillgång till vård och attityder kring att söka vård.* Ur ett internationellt perspektiv tyder flera studier på att unga människor känner en ovilja kring att söka professionell hjälp vid psykisk ohälsa (Charman, Harms, & Myles-Pallister, 2010; Cohen, Medlow, Kelk, Hickie, & Whitwell, 2009; Naylor et al., 2009; Wilson, 2007; Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006). I en norsk studie med 11 154 femtonåringar konstateras att endast 34 % av dem som hade flest självskattade symtom på psykisk ohälsa (över den 99e percentilen) sökte professionell hjälp, trots en gratis och väl utbyggd vård i Norge (Zachrisson et al., 2006).

Barriärer kring att söka stöd som lyfts i flera studier är både på strukturell och individuell nivå och dessa faktorer samverkar om hur och när unga söker och får hjälp för psykisk ohälsa (Wilson, 2007; Zachrisson et al., 2006). Barriärer på strukturell nivå är bristande tillgång till skolstöd och hälso- och sjukvårdssystem samt oklara remitteringsvägar. På individnivå märks bristande kunskap om vad psykisk ohälsa är, hur det visar sig, risker, orsaker och om effektiv behandling, samt stigma kring psykisk ohälsa och attityder och kunskaper kring att söka hjälp. Att tro att "inget hjälper" och självmordstankar är några av de vanligaste och mest begränsande individuella barriärerna liksom social tillbakadragenhet till följd av depression och ångest (Wilson, 2007). Barriärer kring att söka hjälp från specialistvården så som barn och ungdomspsykiatri är särskilt uttalade på grund av risken för stigmatisering menar Vallance et al. (2011). Även Wilson (2007) konstaterar att unga förknippar specialistvården med risk för stigmatisering och att vårdcentraler och elevhälsan därför fyller en viktig funktion utöver familj och vänner. En brittisk studie har dock visat att oron över konfidentialitet även hindrar unga från att söka hjälp hos skolans kuratorer (Biddle et al., 2006).

I en intervjustudie om australiensiska ungdomars erfarenheter av vårdsökande beskrivs att ungdomarna hade gått länge med sina psykiska besvär innan de sökte hjälp och

att sådant som hindrade dem från att söka hjälp var okunskap om var det är möjligt att vända sig eller vilket stöd vårdgivare kan ge (Cohen et al., 2009). Föräldrars okunskap och attityder till ohälsa, egen rädsla för vad kompisar skulle tycka, genans och ovilja att prata om känslor - framförallt bland pojkar, bekymmer över konfidentialitet, oro inför att behöva medicinera och oro för kostnader ansågs också som hinder (Cohen et al., 2009). När ungdomarna väl hade sökt hjälp var det viktigaste hur de blev bemötta av personalen för den fortsatta vården. I en annan studie från Australien beskrivs hur ungdomar blivit negativt bemötta i vården och att detta präglat deras oro kring konfidentialitet och säkerhet även vad gäller internetbaserad vård (Charman et al., 2010).

Även längre ner i åldrarna finns studier som visar på en misstänksamhet kring att söka stöd för psykisk ohälsa och en osäkerhet kring att avvika från det normala. I en skotsk studie med 145 barn i åldern 12 till 14 år framkom att tillit och konfidentialitet var områden som beskrevs som viktiga för att söka stöd hos vuxna och en del uttryckte misstänksamhet kring att endast få farmakologisk behandling (Armstrong, Hill, & Secker, 2000). När barnen skulle definiera vad psykisk hälsa är benämndes det som att vara normal medan psykisk ohälsa beskrevs genom känslor som ledsnad, nedstämdhet, oro, bekymmer, ensamhet, rädsla och förvirring och att vara uttråkad var den mest sannolika orsaken till dessa känslor. Andra orsaker till psykisk ohälsa som barnen beskrev var föräldrars problem, förluster och mobbing.

Mot bakgrund av att både stigma och bristande kunskaper om psykisk ohälsa hindrar unga från att söka stöd vid psykisk ohälsa gjordes en experimentell studie för att undersöka om ett utbildningsprogram i psykisk hälsa hade effekt på kunskaper om och attityder till psykisk ohälsa (Naylor et al., 2009). Två skolor i England jämfördes där en skola fick en pedagogisk intervention om sex lektioner och den andra skolan var kontrollgrupp utan intervention. Eleverna var mellan 14 och 15 år och fick fylla i en enkät om kunskap och förståelse för psykisk ohälsa samt screeningformuläret SDQ, både före och efter interventionen. Vid det andra mättillfället visade interventionsgruppen signifikant förbättrad empati mot personer med psykisk ohälsa jämfört med kontrollgruppen, samt använde färre nedsättande benämningar för att beskriva psykiska problem. En signifikant minskning av poäng i SDQ som mäter beteendeproblem och en ökning av prosocialt beteende visades också i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen, vilket tyder på att psykoedukativa insatser kan vara effektivt i att motverka stigma och främja positiva beteendemönster.

Även om det finns få publicerade studier om svenska förhållanden tycks uppfattningen om tillgänglighet till stöd, tillit till vårdgivare eller andra vuxna och kunskap

om psykisk ohälsa likna de internationella studierna. SKL (2009) beskriver att föräldrar eller äldre barn önskar att det ska finnas tillgång till en tydlig aktör att vända sig till för att få hjälp i ett tidigt skede. I en studie med fokusgrupper (Falkenbergs kommun, 2011) berättade ungdomar att de efterfrågar information om vilket stöd det finns på skolor, såsom kurator eller kontaktpersoner från socialen och att dessa gärna får gå ut i klasserna och informera om sitt arbete. Det var också viktigt att ha en bra relation till lärare så att ungdomarna kunde bli uppmärksammade om de mådde dåligt eller att det fanns andra vuxna utanför familjen att prata med om problem. Vidare beskrev ungdomarna att det är svårt att förstå varför man känner sig nedstämd eller har psykosomatiska besvär och att det blir svårt att göra något åt det utan den förståelsen.

Sammanfattningsvis kan sägas att ungdomars psykiska ohälsa är ett betydande problem i Sverige, precis som i resten av världen. Att kunna möta barn och unga med psykisk ohälsa på ett tidigt stadium kräver en utvecklad första linje vilket är ett pågående arbete i Sverige. För att utveckla insatserna efter ungdomars behov och önskemål är det viktigt att göra ungdomarna delaktiga. Därför är det centralt att fånga ungas perspektiv, så som begreppet *barns perspektiv* har introducerats ovan. I nuläget finns inte mycket forskning om svenska ungdomars erfarenheter av vårdsökande, om deras kunskap och attityder kring psykisk ohälsa samt i vilken form ungdomar skulle önska att insatserna gavs eller vad som skulle hindra dem från att söka hjälp.

### **Syfte och frågeställningar**

Syftet med den här studien är att kartlägga ungdomars perspektiv på psykisk ohälsa och första linjens insatser men också att undersöka om ungdomars kunskap om psykisk ohälsa och första linjens insatser skiljer sig åt beroende på kön, självskattad hälsa eller tidigare erfarenheter av att söka stöd. Med benämningen ungdomar avses hädanefter elever i årskurs nio. Med begreppet kunskap avses självskattad kunskap.

Frågeställningarna är:

1. Hur skattar ungdomar sin psykiska hälsa?
2. Vilka perspektiv har ungdomar på första linjens insatser?
3. Skiljer sig ungdomars kunskap om psykisk ohälsa och första linjens insatser åt beroende på kön?



4. Skiljer sig ungdomars kunskap om psykisk ohälsa och första linjens insatser åt beroende på självskattad hälsa mätt med SDQ?
5. Skiljer sig ungdomars kunskap om psykisk ohälsa och första linjens insatser åt beroende på tidigare erfarenheter av att söka stöd?
6. Finns det några samband mellan ungdomars mående, perspektiven på första linjens insatser och kunskap om psykisk ohälsa?

## Metod

### Deltagare och urval

För att erhålla ett representativt urval skickades en förfrågan till rektorer vid samtliga högstadieskolor i en större stad i södra Sverige samt dess kranskommuner via e-post (se bilaga A). Inklusionskriterium var högstadieskolor med elever som fyllt 15 år och därmed beslutskompetenta att kunna ge eget samtycke till att delta i studien. Då de flesta elever har fyllt 15 år vid vårterminen i nionde klass blev det mest praktiskt att endast inkludera elever i årskurs nio. Exklusionskriterium var särskolor där elever kan tänkas ha svårigheter att lämna eget samtycke och där föräldrars samtycke hade varit nödvändigt att inhämta, vilket av tidsmässiga skäl inte hade fungerat.

Fyra skolor valde att delta i studien. Dessa skolors elevunderlag undersöktes med avseende på socioekonomisk bakgrund via Skolverkets internetbaserade databas SIRIS (Skolverket, 2013), vilket visade på en bredd som är representativ för riket i stort. Sammanlagt 266 personer deltog i studien varav 119 flickor (44,7 %) och 147 pojkar (55,3 %). Sammanlagt 7 elever valde att inte delta och fick en annan skolrelaterad uppgift att arbeta med under tiden.

### Material

Materialet i studien bestod av en enkät indelat i tre delar (se bilaga B). Enkäten tog 10-15 minuter att fylla i. Den första delen av enkäten var en skala som syftade till att mäta självskattad kunskap om psykisk ohälsa och första linjens vård, nedan kallad Kunskapsskalan. Den andra delen bestod av en kartläggning över tidigare erfarenheter av att söka vård och frågor kring hur ungdomarna skulle vilja söka vård vid psykisk ohälsa samt upplevda barriärer kring att söka stöd. Den tredje delen bestod av självskattningsformuläret SDQ.

*Del ett och två i enkäten.* Utöver en inläsning på området kunskap om och erfarenheter av psykisk ohälsa och hjälpsökande hos ungdomar genomfördes bakgrundsintervjuer med skolpsykologer, verksamhetsledare från BUP, projektledare från modellområdesprojekt och enstaka ungdomar för att ringa in vilka områden som var relevanta att utforska vad gäller kunskap och erfarenheter kring psykisk ohälsa och första linjens

insatser. Innehållet från dessa intervjuer har sedan använts som utgångspunkt för frågorna. Eftersom bristande kunskap om psykisk ohälsa har visat sig vara en begränsande faktor för att söka stöd vid psykisk ohälsa (Wilson, 2007; Zachrisson et al., 2006) men inga sådana skalor fanns tillgängliga konstruerades en skala specifikt för den här studien. I utformandet av skalan har Dillmans rekommendationer använts (Fanning, 2005) där processen börjar med att ringa in området, innehållet för det fenomen som skall mätas, följt av en noggrann formulering av frågor, avvägningar kring omfång, längd och en samstämmighet kring antalet steg i en likertskala och till slut en utprovning av skalan. När skalan hade utformats provades den på en 15-åring, varefter små justeringar i frågorna gjordes.

Kunskapsskalan bestod av 15 påståenden där ett av fyra svarsalternativ på en fyrgradig likertskala kunde markeras, från 1 (stämmer inte) till 4 (stämmer helt). Den totala poängen på skalan utgjorde en av studiens beroendevariabler med en sammanlagd poäng mellan 15 och 60 där 15 var lägst nivå av självskattad kunskap och 60 var maximal nivå av självskattad kunskap. Efter att Cronbachs alfa hade beräknats för skalan i det totala urvalet uteslöts den första frågan för att höja den interna konsistensen så att den totala poängen på skalan blev från minimum 14 poäng till maximum 56 poäng. Beräkningarna visade en Cronbachs alpha-koefficient på 0.79 och efter att den första frågan i skalan uteslutits erhöles en Cronbachs alpha-koefficient på 0.81, vilket tyder på en god intern konsistens. Cronbachs alpha-koefficienter över 0.7 anses vara acceptabla, medan värden över 0.8 är att föredra (Pallant, 2010). Frågan som uteslöts var *”Jag tror att det är vanligt att ungdomar mår psykiskt dåligt”*, vilken hade en Item-total-korrelation på -0.05, vilket tyder på att frågan inte mäter samma konstrukt.

Kartläggningen av ungdomarnas perspektiv på första linjens insatser utgjorde den andra delen av enkäten. För att undersöka ungdomars egna erfarenheter och synpunkter på vård av psykisk ohälsa sammanställdes åtta frågor kring tidigare besvär och hjälpsökande för besvären, erfarenheter av samtal, attityder till och barriärer kring att söka stöd. Frågorna om upplevda barriärer summerades till en variabel, antal upplevda barriärer. De barriärer som ingick som svarsalternativ handlade om både individuella barriärer, såsom rädsla för stigmatisering och bristande tilltro till att det går att göra något åt psykisk ohälsa, och strukturella barriärer såsom tillgången till och tydligheten kring stöd och behandling. På grund av utrymmesskäl fick flera andra relevanta och genom forskning identifierade barriärer uteslutas, såsom oro kring konfidentialitet och tidigare och negativa erfarenheter av vård vid psykisk ohälsa.

*The Strengths and Difficulties Questionnaire*. SDQ är ett instrument som kan användas för att upptäcka emotionella och beteendemässiga problem hos unga (R. Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000). Även om SDQ är ett relativt nytt instrument har det redan fått ett brett genomslag och det används flitigt som ett kortfattat psykiatriskt bedömningsinstrument för barn och ungdomar (Lundh, Wångby-Lundh, & Bjärehed, 2008; Roy, Grøholt, Heyerdahl, & Clench-Aas, 2006). Instrumentet finns i tre versioner; en föräldraskattning, en lärarskattning och en självskattningsskala för åldrarna 11 – 16 år (R. Goodman, 1999). Självskattningsversionen består av 25 påståenden fördelade på fem delskalor som mäter beteendeproblem, kamratrelationsproblem, hyperaktivitet/koncentrationsproblem, emotionella symptom och prosocialt beteende. Varje påstående kan besvaras med ”stämmer inte”, ”stämmer delvis” och ”stämmer helt” och poängsätts från 0-2 där negativt uttryckta påståenden ges omvända poäng. Total SDQ-poäng utgörs av summan för fyra av skalorna (beteendeproblem, emotionella symptom, hyperaktivitet/koncentrationssvårigheter samt kamratrelationsproblem). Höga poäng på dessa fyra delskalor avspeglar svårigheter medan höga poäng på delskalan prosocialt beteende avspeglar styrkor. SDQ-poängen kan användas som en kontinuerlig variabel, eller delas in i tre kategorier utifrån normerade cutoff-gränser (R. Goodman et al., 2000). De tre kategorierna innebär låg, medel eller hög risk för psykisk ohälsa. Tidigare studier har definierat riskgrupper där personer som fått poäng över den nittionde percentilen tillhörde en *högriskgrupp* (R. Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998; Lundh et al., 2008; Roy et al., 2006). Ytterligare cirka 10 % kan sägas tillhöra en *medelriskgrupp*, medan resterade 80 % tillhör en *lågriskgrupp* (R. Goodman, Meltzer, & Bailey, 2003).

SDQ har översatts till 40 olika språk och de olika översättningarna finns tillgängliga online (“SDQ - Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires,” 2013). Den svenska översättningen av SDQ, som utgjorde den tredje och avslutande delen av enkäten i föreliggande studie, har gjorts av Smedje, Hetta, Broman och von Knorring (1999). Översättningen av självskattningsversionen har validerats av Lundh et al. (2008).

En utökad version av formuläret mäter också besvärens inverkan på olika livsområden, grad av lidande och hur länge besvären har funnits. En kombination av totala SDQ-poäng och problemens inverkan samt skattningar från flera informanter har visat högst prediktivt värde när det gäller att identifiera barn och unga med psykisk ohälsa (R. Goodman

et al., 2000; R. Goodman, 1999). Instrumentet kan predicera förekomst av diagnos inom tre områden med över 70 % sensitivitet (förmåga att identifiera korrekta fall): uppförande/trotssyndrom, hyperaktivitet/uppmärksamhetsstörning samt vissa ångeststörningar och depression (R. Goodman et al., 2000; Roy et al., 2006). Däremot klarar SDQ inte att fånga mer specifika ångesttillstånd såsom fobier, separationsångest och ätstörningar med mer än 50 % sensitivitet (R. Goodman et al., 2000). I en stor brittisk epidemiologisk studie har instrumentet visat sig kunna användas för att predicera psykiatriska störningar och en substantiellt höjd risk för en psykiatrisk diagnos vid SDQ-poäng över den 90:e percentilen (R. Goodman, 2001). Vid en jämförelse mellan en klinisk grupp och den allmänna befolkningen fick den kliniska gruppen SDQ-poäng som placerade dem i högriskkategorin sex gånger så ofta som den icke-kliniska populationen (R. Goodman et al., 2003). Instrumentet kan alltså sägas ha goda prediktiva egenskaper för ovan nämnda områden samt kunna differentiera mellan kliniska och icke-kliniska grupper.

SDQ visar generellt på en god test-retest-reliabilitet (R. Goodman, 2001). Den interna konsistensen i SDQ är dock svagare. Dessutom uppvisar självskattningsversionen en lägre intern konsistens än både lärarversionen och föräldraversionen. I studien av den svenska översättningen konstaterades liknande psykometriska egenskaper som i andra språkversioner, med lägst intern konsistens i subskalorna kamratproblem och uppförandeproblem (Lundh et al., 2008). Prevalens och könsfördelning av psykisk ohälsa låg också i linje med studier från andra länder. Tidigare forskning har visat på könsskillnader i självskattning på SDQ (Koskelainen, Sourander, & Vauras, 2001; Roy et al., 2006) och i en stor norsk studie framkom att flickor skattade högre på emotionella besvär och prosocialt beteende, medan pojkar skattade högre på kamratbesvär och hyperaktivitet/koncentrationssvårigheter (Roy et al., 2006).

I en beräkning av intern konsistens för SDQ i den här studien erhöles följande Cronbachs alpha-koefficienter: 0.56 för beteendeproblem, 0.58 för kamratrelationsproblem, 0.7 för hyperaktivitet/koncentrationsproblem, 0.73 för emotionella symptom och 0.71 för prosocialt beteende, vilka tyder på en intern konsistens i linje med ovan nämnda studier.

## **Procedur**

Inför varje klass som deltog i studien gavs en kort muntlig introduktion till studien och dess syfte. Det förklarades att deltagandet var fullt frivilligt och att eleverna kunde få en annan uppgift av läraren att syssla med om de inte ville delta. Ett informationsbrev delades

sedan ut till alla elever i klassrummet varpå skriftligt samtycke samlades in från de som valde att delta (se bilaga C).

Enkäten delades ut och besvarades samtidigt av alla elever i klassrummet som valde att delta. Eleverna påmindes om att enkäten var anonym och att de inte skulle skriva sitt namn någonstans. Det tog mellan 10 och 15 minuter att fylla i enkäten. Efter att enkäten samlats in gavs det tid för frågor och forskarna höll en kort diskussion om psykisk ohälsa, med tips om hemsidor som ger bra information om vad psykisk ohälsa är, om behandling och var det går att vända sig för stöd.

SPSS 20.0 för OSX har använts för statistiska beräkningar. För att beräkna totalskalan i SDQ summerades poängen för de fyra delskalorna. För att beräkna subskalorna i SDQ fick inte mer än ett svar per subskala saknas, i enlighet med hur regler för imputering av saknade värden definierats i en svensk studie där SDQ använts (Lundh, Wångby-Lundh, & Bjärehed, 2011). Mot bakgrund av dessa kriterier exkluderades två deltagares svar på SDQ. För de deltagare som saknade enstaka svar (22 personer) gjordes beräkningar i en datoriserad mall på SDQ's hemsida som sedan fördes in på del- och totalskalenivå i SPSS. För att dela in deltagarna i riskgrupper användes ett intervall på 0-15 för gruppen lågrisk, 16-19 för gruppen medelrisk och 20-40 för gruppen högrisk enligt SDQ's hemsida.

### **Etiska överväganden**

Såväl den muntliga informationen, informationsbrevet och själva enkäten var åldersanpassad till gruppen. Frivilligheten och konfidentialitet beskrevs ingående för eleverna, både muntligen och i det skrivna informationsbrevet. Inga enkäter gick att koppla till någon enskild individ då svarsblanketterna fick en kod som endast beskriver vilken skola eleven kom från. Under utformandet av enkäten prövades den på en 15-årig bekant till en av forskarna för att säkerställa att innehållet i enkäten var begripligt, inte allt för besvärande eller tog för lång tid att fylla i. Eftersom frågorna var av känslig natur och rörde bland annat eget psykiskt mående fanns en risk att någon skulle kunna må dåligt av att delta. Forskarna var närvarande under hela tiden enkäterna besvarades, i fall någon skulle bli illa berörd av frågorna eller ha svårigheter att förstå någon fråga. När de ifyllda enkäterna samlats in gavs information om vad psykisk ohälsa kan vara, var ungdomar kan vända sig med psykisk ohälsa och eleverna gavs också möjlighet att ställa frågor. Vidare lämnades kontaktuppgifter till forskarna i fall någon deltagare i efterhand skulle undra någonting. Information om var resultaten skulle publiceras gavs också. För att undvika att de elever som valde att inte delta i

studien skulle känna sig utpekade försäkrades i förväg med lärare att en annan uppgift fanns tillgänglig under tiden övriga elever fyllde i enkäten. Sammanfattningsvis kan sägas att de potentiella riskerna för psykologisk påverkan i och med denna metod får anses vara mindre än de potentiella vinsterna med studien. Alternativa och mer konfidentiella insamlingsmetoder hade kunnat vara en webbaserad enkät eller en enkät som besvarats i hemmet. Emellertid hade dessa alternativ sannolikt inneburit ett större bortfall.

## Resultat

*Hur ungdomarna skattade sin psykiska hälsa.* Resultaten från självskattad SDQ visade att 192 personer (72.7 %) hade poäng som placerade dem i gruppen lågrisk, 44 personer (16.7 %) hade poäng som placerade dem i gruppen medelrisk och 28 personer (10.6 %) hade poäng som placerade dem i gruppen högrisk. Den 90:e percentilen utgjordes av ungdomar som skattat minst 20 totala SDQ poäng. Sammanlagt 27.3 % av urvalet kan anses lida av eller riskera att utveckla någon form av psykisk ohälsa. I tabell 1 redovisas medelvärden och standardavvikelser för flickor och pojkar separat samt resultaten av t-test och effektstorlek för samtliga SDQ-skalar. Det finns en statistiskt signifikant skillnad i hur flickor och pojkar skattar sin psykiska hälsa på den totala skalan i SDQ,  $t(262) = 3.08, p < 0.01, d = 0.38$ . Flickor skattar sin psykiska hälsa signifikant sämre än pojkar, framförallt på subskalan emotionella besvär. Problemens inverkan i vardagslivet tenderar också att vara större hos flickor än hos pojkar,  $t(262) = 1.8, p = 0.07, d = 0.22$ .

Tabell 1

*Jämförelse mellan flickor och pojkar för resultaten på samtliga SDQ-skalar*

Skala	Flickor		Pojkar		t	P	d
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Total SDQ	12.79 (5.65)	10.63 (5.64)	3.08	<0.01	0.38		
Emotionella besvär	4.38 (2.53)	2.52 (2.14)	6.32	<0.01	0.79		
Beteendeproblem	2.16 (1.69)	2.19 (1.88)	-0.13	0.90	0.02		
Hyperaktivitet/Koncentration	4.18 (2.36)	3.95 (2.43)	0.76	0.47	0.10		
Kamratbesvär	2.07 (1.78)	1.97 (1.63)	0.49	0.63	0.06		
Prosocialt beteende	8.41 (1.49)	7.61 (2.17)	3.57	<0.01	0.43		
Problemens inverkan*	2.07 (2.04)	1.44 (2.03)	1.80	0.07	0.31		

*Not.* \* Problemens inverkan bland de som skattar att de har någon form av psykiska besvär, N=135.

*Om ungdomars perspektiv på första linjens insatser.* Av de 200 personer (75.2 % av samtliga 266 deltagare) som angett att de tidigare haft någon form av psykiska besvär såsom oro, nedstämdhet, dåligt humör, stress eller sömnsvårigheter var det endast 35 personer (17 %) som angav att de sökt hjälp för sina besvär. Av dem som svarat att de haft egen erfarenhet av samtalsstöd angav 54.1 % att de blivit hjälpta, 18.8 % att de inte blivit hjälpta och 27.1 %



att de inte visste om de blivit hjälpta. I bilaga D redovisas antal och procentuell andel för Kartläggningfrågor om erfarenheter av psykisk ohälsa och behandling.

Bland de 35 personer som angett att de sökt hjälp för sina besvär hade de flesta sökt hjälp på BUP (50 %) eller genom elevhälsan (44.1 %). En mindre andel hade sökt hjälp på vårdcentral (20.6 %), ungdomsmottagning (14.7 %), internet (14.7 %) eller via telefonsamtal (8.8 %). Flera angav att de sökt hjälp på flera ställen. Av de 28 personer som enligt SDQ hamnade i en högriskgrupp för psykisk ohälsa var det endast 9 som hade sökt hjälp för tidigare besvär (32.1 %). Av de 44 som hamnade i medelriskgruppen var det 7 personer som sökt hjälp (15.9 %) och av 192 personer i lågriskgruppen var det 17 personer sökt hjälp (8.9 %). Två personer som sökt hjälp fanns det ingen totalpoäng på i SDQ.

I tabell 2 redovisas var ungdomarna skulle vilja vända sig vid psykiska besvär. På denna fråga fanns ett bortfall på 7.9 % vilket innebär att 245 personer besvarade frågan. Ungdomarna ville helst vända sig till föräldrar och kompisar (45-49 %), medan runt 40 % kunde kanske tänka sig gå till BUP, ungdomsmottagning, elevhälsan eller annan vuxen. Över hälften svarade däremot att de inte alls ville söka till vare sig vårdcentral, ungdomsmottagning, internet eller lärare. Lika många ungdomar ville söka på egen hand (46.9 %) som tillsammans med förälder (46.9 %) och en mindre andel ville söka med hjälp av annan vuxen (6.3 %).

Tabell 2

*Fördelning av var ungdomarna ville söka stöd för psykisk ohälsa*

Var vända sig	Andel i %		
	Gärna	Kanske	Inte alls
Förälder	49.0	30.8	20.2
Kompis	44.5	37.7	17.8
BUP	22.9	41.6	35.5
Elevhälsan	21.4	43.1	35.5
Ungdomsmottagning	20.8	46.9	32.2
Internet	17.4	31.2	51.4
Annan vuxen	10.9	41.5	47.6
Lärare	8.5	33.3	58.1
Vårdcentral	7.3	39.6	53.1

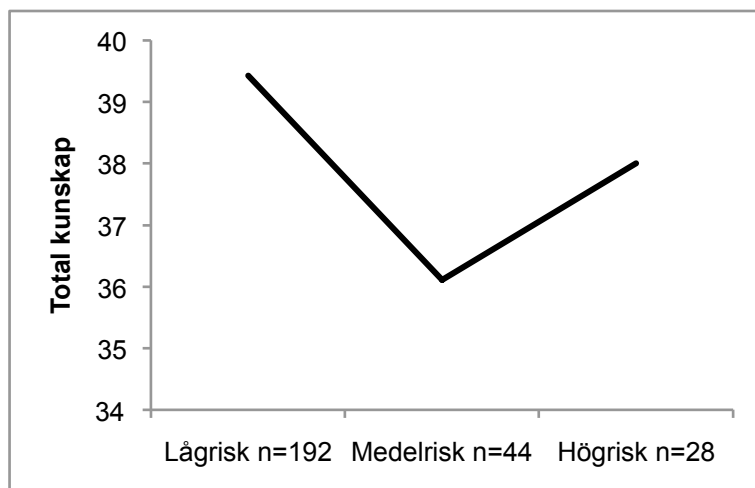
I bilaga E redovisas de barriärer som ungdomarna angav skulle hindra dem från att söka stöd vid psykisk ohälsa. Flera barriärer kunde fyllas i och det hinder som skattades mest

frekvent var *att inte orka tänka på problemet och känna efter* (47.4 %). Andra vanliga hinder var *att inte veta var man ska vända sig* (27.8 %) och *oro för hur föräldrar ska reagera* (27.8 %), men även en *rädsla att bli stämplad som konstig* (18.4 %) och *en misstro kring att det går att göra något åt problemen* (17.3 %). Av hela urvalet upplevde 88 % en eller fler barriärer. Medelvärde för antal upplevda barriärer var 1.82. Flickor ( $M=2.13$ ) upplevde statistiskt signifikant fler antal barriärer än pojkar ( $M=1.56$ ),  $t(264)=3.52$ ,  $p<0.01$ ,  $d=0.43$ .

*Skillnad i kunskap beroende på kön.* Ett oberoende t-test genomfördes för att undersöka om det fanns könsskillnader i kunskap, mätt med Kunskapsskalan. Flickor ( $M=38.12$ ) och pojkar ( $M=39.2$ ) skiljde sig inte statistiskt signifikant åt med avseende på total kunskap,  $t(264)=-1.33$ ,  $p=0.18$ ,  $d=0.16$ .

*Skillnad i kunskap beroende på självskattad hälsa mätt med SDQ.* En envägs ANOVA för oberoende grupper genomfördes för att undersöka om självskattad hälsa enligt SDQ påverkade nivån av kunskap mätt med Kunskapsskalan. Deltagarna delades in i tre grupper utifrån resultat på självskattad SDQ: En lågriskgrupp med 15 poäng eller mindre; en medelriskgrupp med 16-19 poäng; en högriskgrupp med 20-40 poäng.

Det fanns en statistiskt signifikant skillnad i poäng på Kunskapsskalan för de tre riskgrupperna:  $F(2,261)=4.79$ ,  $p<0.01$ . Trots att en statistiskt signifikant skillnad uppnåddes var skillnaderna i medelvärdena mellan de tre grupperna ganska små. Effektstorleken uträknad med  $\eta^2$  var 0.04. Tukey HSD post-hoc-test visade att medelvärdet för lågriskgruppen ( $M=39.43$ ,  $SD=6.33$ ) var signifikant högre än medelriskgruppen ( $M=36.11$ ,  $SD=7.62$ ). Högriskgruppen ( $M=38.00$ ,  $SD=6.10$ ) skiljde sig inte signifikant från vare sig låg- eller medelriskgruppen. Dessa medelvärdesskillnader återges grafiskt i figur 1.



Figur 1. Skillnader i kunskap beroende på psykiskt mående enligt SDQ

*Skillnad i kunskap beroende på tidigare erfarenheter av att söka stöd.* Ett t-test för oberoende grupper genomfördes för att undersöka om tidigare hjälpsökande vid psykisk ohälsa påverkade nivån av kunskap. I tabell 3 redovisas medelvärde, standardavvikelse och totala värden för Kunskapsskalan samt resultat från oberoende t-test och effektstorlek. Gruppen som hade sökt hjälp för psykiska besvär hade signifikant högre kunskapsnivå ( $M=41.14$ ,  $SD=6.38$ ) än gruppen som inte hade sökt hjälp ( $M=37.88$ ,  $SD=6.24$ ),  $t(204)=2.82$ ,  $p<0.01$ ,  $d=0.39$ .

Tabell 3

*Skillnader i nivån av kunskap om psykisk ohälsa beroende på tidigare hjälpsökande*

Variabel	Medelvärde (SD)		T	p	d
	Sökt hjälp, N=35	Ej sökt hjälp, N=171			
Total kunskap	41.14 (6.38)	37.88 (6.24)	2.82	<0.01	0.39

*Samband mellan ungdomars mående, perspektiv på första linjens insatser och kunskap om psykisk ohälsa.* I tabell 4 redovisas resultaten av en korrelationsberäkning mellan faktorerna mående enligt SDQ, problemens inverkan i vardagen, antal upplevda barriärer, kunskap och hjälpsökande vid tidigare besvär. SDQ-total hade signifikanta korrelationer med problemens inverkan i vardagen, upplevda barriärer, total kunskap och tidigare hjälpsökande. Bättre mående samvarierar med mer kunskap, färre barriärer och en låg grad av hjälpsökande. Problemens inverkan i vardagen korrelerade också signifikant med upplevda barriärer, total kunskap och tidigare hjälpsökande. Slutligen framkom också en association mellan total

kunskap och tidigare hjälpsökande där mer kunskap är associerat till mer hjälpsökande. Alla ovan nämnda korrelationer var små utom korrelationen mellan variablerna SDQ-total och problemens inverkan i vardagen, som tenderade att vara måttlig.

Tabell 4

*Pearsons korrelationskoefficienter*

Variabel	1.	2.	3.	4.	5.
1. SDQ-total		0.48**	0.23**	-0.21**	0.21**
2. Inverkan i vardagen			0.32**	-0.21*	0.19*
3. Upplevda barriärer				-0.17**	0.04
4. Total kunskap					0.19**
5. Tidigare hjälpsökande					-

Not. \* korrelationen är signifikant  $p < 0.05$ . \*\* korrelationen är signifikant  $p < 0.01$ .

Då så få personer angett att de sökt hjälp för psykisk ohälsa testades de faktorer som var signifikant associerade till variabeln tidigare hjälpsökande i en prediktionsmodell för tidigare hjälpsökande. Då tidigare hjälpsökande är en kategorisk variabel gjordes en logistisk regression för att se vilken inverkan månade enligt SDQ-total, problemens inverkan i vardagen och nivån av kunskap hade på sannolikheten att respondenterna skulle rapportera att de tidigare sökt hjälp vid psykisk ohälsa.

Modellen i sin helhet var signifikant,  $X^2(3, N = 118) = 14.14, p < 0.01$ , vilket visar att de sammantagna faktorerna kan predicera vilka respondenter som sökt hjälp och vilka som inte sökt hjälp. Modellen i sin helhet förklarade mellan 11.3 % (Cox and Snell R squared) och 18.3 % (Nagelkerke R squared) av variansen i hjälpsökande och klassificerade 81.4 % av korrekta fall. Av de tre faktorerna som ingick i modellen kunde endast en faktor, nivån av kunskap, på egen hand statistiskt signifikant bidra till modellen ( $p < 0.01$ ). Denna faktor hade ett prediktivt värde, mätt med odds-ratio, på 1.12. Detta visar att för varje steg upp på kunskapsskalan så är det 1.12 gånger så sannolikt att respondenten rapporterar tidigare hjälpsökande.

## Diskussion

Syftet med studien var att undersöka ungdomars perspektiv på psykisk ohälsa och första linjens insatser samt att se om kunskap om psykisk ohälsa och första linjens insatser skiljde sig åt beroende på kön, självskattad psykisk hälsa eller tidigare erfarenheter av att söka stöd. Slutligen syftade studien till att undersöka om det fanns några samband mellan ungdomars mående, deras perspektiv på och kunskap om psykisk ohälsa och första linjens insatser.

*Hur ungdomarna skattar sin psykiska hälsa.* Resultaten från kartläggningen av psykisk ohälsa mätt med SDQ visar att ungefär 27 % av urvalet kan anses lida av eller riskera att utveckla någon form av psykisk ohälsa. Cirka 10 % hamnade i en högriskgrupp vilket sannolikt motsvarar en grupp med psykisk ohälsa av psykiatrisk valör. Flickor skattar sin psykiska hälsa signifikant sämre än pojkar. Resultaten överensstämmer med tidigare undersökningar av hur ungdomar mår i såväl Sverige som andra länder (Burnett-Zeigler et al., 2012; A. Goodman & Goodman, 2012; McGorry et al., 2013; Meltzer et al., 2003; Naylor et al., 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Urvalet tycks således representativt för populationen ungdomar i årskurs nio med avseende på psykisk hälsa.

*Ungdomars perspektiv på första linjens insatser.* I studien är det en betydande andel som anger att de upplever någon form av psykisk ohälsa men ytterst få har faktiskt sökt hjälp för sina besvär. Av de respondenter som efter självskattad SDQ placerats i högriskgrupp för psykisk ohälsa har endast 32 % sökt hjälp. I medelriskgruppen har närmare 16 % sökt hjälp. Barn- och ungdomspsykiatri eller elevhälsan var de vanligaste instanserna som ungdomarna sökt till. Detta resultat är väl i linje med tidigare forskning som visat att ungdomar dröjer länge innan de söker professionell hjälp vid psykiska besvär om de alls söker (Charman et al., 2010; Cohen et al., 2009; Naylor et al., 2009; Wilson, 2007; Zachrisson et al., 2006).

Av hela urvalet upplevde 88 % en eller fler barriärer kring att söka stöd. Flickor upplevde signifikant fler barriärer än pojkar, vilket kan relateras till studiens resultat att flickor skattar sig högre på SDQ än pojkar, samtidigt som det finns ett positivt samband mellan antal upplevda barriärer och mående enligt SDQ. Med tanke på att en så liten del av urvalet sökt hjälp är det tänkbart att upplevelsen av en enda barriär är tillräckligt för att hindra

ungdomar från att söka hjälp. I tidigare studier har det visats att de vanligaste individuella barriärerna mot att söka hjälp vid psykisk ohälsa är bristande kunskap, en föreställning att ingenting hjälper, oro för stigmatisering och social tillbakadragenhet (Wilson, 2007; Zachrisson et al., 2006). I föreliggande studie var den barriär som skattades mest frekvent *att inte orka tänka på problemet och känna efter*. Andra barriärer som framträder är *att inte veta vart man ska vända sig för stöd, oro över föräldrars reaktion* och *rädsla att bli stigmatiserad*. Sammantaget framkommer att ungdomarna upplever ett antal olika barriärer i paritet med tidigare forskning (Cohen et al., 2009; Naylor et al., 2009; Wilson, 2007).

Att inte orka tänka på problemet och känna efter kan tolkas som symtomatiskt, vid till exempel depressivitet, men kan även vara ett tecken på bristande kunskap och tilltro. Att inte veta var man skall vända sig är på samma gång en strukturell och en individuell barriär. På det individuella planet är det fråga om kunskap, men rent strukturellt handlar sannolikt barriären om den otydlighet i ansvarsfördelning mellan första linjens olika instanser och den otillräckliga informationen till unga medborgare som konstaterats av SKL (2009; 2012a).

Var vill då ungdomar vända sig om de skulle må psykiskt dåligt? Ungdomarna i denna studie vänder sig helst till föräldrar eller kamrater om de skulle besväras av psykiska problem. Studien visar också att många ungdomar *kanske* kan tänka sig att vända sig till BUP, elevhälsan eller ungdomsmottagning vid psykiska besvär. Över hälften svarar däremot att de inte alls vill söka till vare sig vårdcentral, ungdomsmottagning, Internet eller lärare. Benägenheten att söka professionell hjälp är alltså inte lika hög som till kamrater och föräldrar. Detta skulle kunna tolkas som att ungdomarna inte känner tilltro till de stödformer som finns i samhället eller att de inte har tillräcklig kunskap om olika behandlingsalternativ. Oro kring konfidentialitet och för att medicinering skulle vara den behandling som erbjuds är begränsande faktorer som internationell forskning har pekat på (Biddle et al., 2006; Cohen et al., 2009; Wilson, 2007) och som skulle kunna minska ungdomarnas tilltro till vårdgivare.

Att ungdomarna inte i någon större utsträckning vill söka hjälp via Internet är däremot förvånande. Internet är ett vanligt kommunikationssätt och det är vår uppfattning att ungdomar är en grupp med stor vana av Internet och att de spenderar mycket tid online. Möjligen har ungdomarna missuppfattat frågan då det finns en viss otydlighet i det sätt frågan är formulerad. Att vända sig till Internet vid psykiska besvär kan innebära att Internet används som informationskälla, men det kan också innebära en behandlingsform.

Lika många ungdomar vill söka på egen hand som tillsammans med förälder. I verkligheten är möjligheten att söka på egen hand begränsad, då ungdomsmottagningar och

elevhälsa är dåligt utbyggda och tillgången till kuratorer och psykologer är otillräcklig (Backlund, 2007; Begler et al., 2011; Fors, 2005). Primärvården, en annan instans inom första linjen dit ungdomar kan söka på egen hand, saknar kompetens för att upptäcka och behandla barn och ungdomar med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2010; SKL, 2012a). Att så många av ungdomarna inte vill söka till primärvården kan eventuellt hänga samman med att primärvården uppfattas som en instans som enbart behandlar fysiska problem vilket påvisats i tidigare studier (Biddle et al., 2006).

*Ungdomars kunskap om psykisk ohälsa och första linjens insatser.* När det gäller kunskap om psykisk ohälsa och första linjens insatser framkommer inga skillnader mellan flickor och pojkar.

Det finns en signifikant skillnad i kunskap beroende på mående enligt SDQ indelat i tre riskgrupper för psykisk ohälsa. Den grupp som skattar lägst nivå på kunskap är medelriskgruppen och den som skattar högst är lågriskgruppen. Skillnaden mellan dessa två grupper är statistiskt signifikant. En tolkning kan vara att lågriskgruppen, som mår förhållandevis bra, är mer optimistiska till sin läggning och också skattar sin kunskap som god, samt vice versa: att kunskap är en salutogen faktor för psykisk hälsa vilket antyds av Naylor et al. (2009). Medelriskgruppen å andra sidan upplever kanske till följd av sitt sämre mående att den egna kunskapen inte räcker till och följaktligen skattar de sin kunskap signifikant lägre än lågriskgruppen. Med andra ord skulle medelriskgruppen kunna klassas som mer realistisk eller möjligtvis pessimistisk i skattningen av den egna kunskapen. Högriskgruppen skattar sin kunskapsnivå lägre än lågriskgruppen och högre än medelriskgruppen men skiljer sig inte signifikant från någon av dem. Eventuellt har högriskgruppen en något högre grad av kunskap än medelriskgruppen på grund av fler erfarenheter av vård. Störst procentuell andel som sökt hjälp hittas just i högriskgruppen.

Antagandet om att erfarenhet av hjälpsökande hänger ihop med en högre grad av kunskap stärks av föreliggande studie, som visar att gruppen som sökt hjälp för psykisk ohälsa har en signifikant högre kunskapsnivå än gruppen som inte sökt hjälp. Emellertid kan inga slutsatser kring kausal riktning dras ur föreliggande studie: Det är tänkbart att hjälpsökande leder till en ökad kunskap, men det omvända är också möjligt, att en högre grad av kunskap leder till en ökad benägenhet att söka hjälp.

*Samband mellan ungdomars mående, perspektiv på första linjens insatser och kunskap om psykisk ohälsa.* Studien visar att bättre mående samvarierar med mer kunskap, färre upplevda barriärer och en låg grad av hjälpsökande. Mer kunskap är också associerat till mer hjälpsökande och färre upplevda barriärer. Fynden överensstämmer med tidigare internationella studier som identifierat bristande kunskap som en begränsande faktor i ungas hjälpsökande (Cohen et al., 2009; Wilson, 2007).

Resultaten från en logistisk regressionsanalys visade att de tre variablerna *kunskap*, *mående* och *problemens inverkan i vardagen* tillsammans har ett prediktivt värde för tidigare hjälpsökande. Regressionsmodellen i sin helhet är signifikant. Det lär ju finnas ett problem med mående, så detta är ingen överraskande faktor för hjälpsökande. Hur måendet hanteras eller i vilka vardagssituationer det visar sig i kräver dock ett visst mått av kunskap som sedan omsätts till att söka professionellt stöd. Vidare framgår att den enda av de tre variablerna som på egen hand kan predicera hjälpsökande är total kunskap. Kunskap tycks alltså vara centralt för att unga ska söka hjälp vid psykisk ohälsa.

## **Metoddiskussion**

*Intern validitet.* SDQ är ett instrument som i tidigare valideringsstudier uppvisat goda psykometriska egenskaper, till exempel av Lundh et al. (2008). Instrumentet rekommenderas också för att screena för psykisk ohälsa i såväl befolkningsstudier som kliniskt (R. Goodman et al., 2000; SKL, 2009). Som mått på hur ungdomarna mår kan skalan anses valid, även om ett tillägg av föräldra- och lärarskattningar hade gett en ännu bättre uppskattning av ungdomarnas psykiska hälsa.

Efter att den första frågan tagits bort i Kunskapsskalan visade en cronbachs alphaanalys på en god intern konsistens, med ett alphavärde på 0.81. Den första delfrågan i kunskapsskalan som togs bort kunde ha formulerats på ett annorlunda sätt och på så sätt inkluderats i den totala kunskapsskalan. Istället för påståendet *Jag tror att det är vanligt att ungdomar mår psykiskt dåligt* skulle ett påstående i linje med *Jag tycker att jag vet hur vanligt det är att ungdomar mår psykiskt dåligt* kunna ha använts. På så sätt blir delfrågan en skattning av den egna kunskapen, vilket är syftet med enkäten, snarare än en skattning av hur vanligt förekommande psykisk ohälsa bland ungdomar är. I och med den vetenskapsteoretiska utgångspunkten för fenomenet kunskap, som i denna studie innefattar en subjektiv uppfattning och inte en objektivt bedömd nivå av kunskap, finns en risk att operationaliseringen av kunskap är antingen för vid eller för snäv. Lämpliga konvergenta och



divergenta mått på kunskap saknas i dagsläget så vitt vi vet, varför det är svårt att avgöra hur väl skalan mäter just självskattad kunskap om psykisk ohälsa och inte något annat såsom exempelvis självförtroende. Vid testning av instrumentet och i de efterföljande diskussionerna med ungdomarna framkom dock inga tveksamheter kring vad det var som mättes med kunskapsskalan.

Föreliggande studie frågar om tidigare erfarenheter av hjälpsökande, men missar frågor kring pågående behandling eller kontakt med vården, vilket skulle ha stärkt slutsatser kring förhållandet mellan hjälpsökande och kunskap. När det gäller frågan kring hur ungdomar önskar söka hjälp kunde alternativet *tillsammans med en kompis* lagts till de övriga svarsalternativen. Speciellt med tanke på att ungdomarna uppger att de gärna vänder sig till en kompis vid psykiska besvär.

På det sätt frågorna kring barriärer var utformade blev det problematiskt att tolka upplevelsen av barriärer kvantitativt. I de statistiska beräkningarna för variabeln totalt antal upplevda barriärer summerades de antal barriärer som kryssats för, men det är inte säkert att fler barriärer upplevs som mer begränsande än en enda. Sambanden mellan antal upplevda barriärer och kunskap bör därför tolkas med viss försiktighet. Frågorna kring barriärer kunde ha utformats på ett annat sätt, eventuellt med hjälp av en likertskala där respondenten fått skatta i hur hög grad varje barriär påverkar eventuellt hjälpsökande.

Enkäten administrerades på samma sätt till varje klass, av de båda forskarna. Den muntliga och skriftliga informationen var identisk vid varje tillfälle så proceduren får anses tillförlitlig. Det kan dock ha förekommit störande variabler såsom en oro över att en klasskamrat skulle se svaren vilket eventuellt kan ha påverkat ungdomarnas uppriktighet i svaren. Detta problem hanterades genom att ungdomarna uppmanades att flytta isär så att var och en fick sitta i fred med enkäten.

*Extern validitet.* Föreliggande studie uppvisar liknande resultat vad gäller könsfördelning och prevalens av psykisk ohälsa som i tidigare studier. Detta tyder på en extern validitet, att skolorna är någorlunda representativa vad gäller psykiskt mående. När det gäller kunskapsskalan saknas andra studier på självskattad kunskap om psykisk ohälsa, vilket gör det svårare att uttala sig om graden av kunskap även gäller den bredare populationen ungdomar. Eftersom mående och kunskap är associerade kan ändå resultaten om kunskap tänkas vara generaliserbara till den större populationen ungdomar.

*Begränsningar i studien.* Antalet ungdomar som ingick i studien (N=266) erbjuder ett urval som lämpar sig väl för statistisk analys och möjliggör en viss generaliserbarhet. Självfallet kunde statistisk power ha blivit ännu högre genom att samla in ett större urval.

En större åldersspridning hade varit önskvärd för att kunna uttala sig om ett större åldersspann än bara femtonåringar och detta hade även möjliggjort jämförelser mellan åldersgrupper. Av etiska skäl kunde inte ungdomar yngre än 15 år inkluderas i studien utan föräldrars samtycke. Även en större geografisk spridning hade varit att föredra då det är tänkbart att skolorna inte är helt representativa för riket i stort även om skolorna representerade ett brett spektrum av socioekonomisk bakgrund. Dessa förslag var emellertid inte praktiskt genomförbara inom den tidsmässiga ramen för denna studie.

Studien har ingen kontroll över hur många elever som var hemma från skolan vid insamlingstillfällena. Tänkbart är att detta påverkat resultaten i någon riktning. En hypotes är att de som lider av psykisk ohälsa har större frånvaro än andra elever och därför kan det finnas ett mörkertal avseende förekomst av psykisk ohälsa i föreliggande studie.

### **Framtida forskning**

Framtida forskning bör inriktas på fördjupade intervjustudier om vilka upplevelser ungdomar i Sverige har, till exempel om vad som hindrar dem i att söka stöd eller om deras erfarenheter av bemötande i vårdsituationer och om dessa upplevelser skiljer sig åt beroende på om det är första linjens instanser eller specialistvården som kontaktats. Ett annat område är experimentella studier där psykoedukativa, kunskapande interventioner prövas. Studier av longitudinell karaktär där nivån av kunskap och erfarenheter av hjälpsökande mäts över tid behövs för att kunna uttala sig om den kausala riktningen i sambandet mellan kunskap och hjälpsökande som denna studie påvisat. Ålderns påverkan på nivå av kunskap och hjälpsökande skulle också kunna studeras i en sådan design.

## Slutsatser och rekommendationer

Att kunskap hänger samman med hjälpsökande har fastslagits i denna studie. Samhället kan inte tvinga någon att söka hjälp, men det som går att påverka är graden av kunskap hos den unga befolkningen. Självskattad kunskap såsom definierad av föreliggande studie är troligen möjlig att påverka då den handlar om psykisk ohälsa, behandling och vilka instanser man kan vända sig till för hjälp. Detta ligger också i linje med SKL:s direktiv för hur första linjen bör utvecklas med ökad tydlighet om var barn och ungdomar kan få stöd för psykisk ohälsa (SKL, 2012a).

Lika många ungdomar vill söka på egen hand som tillsammans med förälder. Detta bör tas i beaktande då samhället utvecklar de insatser som utformas för ungdomar. Det måste vara möjligt att söka på båda sätt, med förälder eller på egen hand. Föräldrastöd och kamratstödjare tycks också vara lämpliga former för stöd då ungdomarna helst vill vända sig till vänner och föräldrar vid psykisk ohälsa.

Kunskap om vad psykisk ohälsa är och hur det visar sig skulle kunna ingå i kunskapande interventioner i form av psykoedukativa insatser i skolan. Tidigare forskning har visat att en effekt av sådana interventioner är att stigmatisering kring psykisk ohälsa motverkas (Naylor et al., 2009). Interventionerna skulle bidra med information kring var ungdomar kan vända sig med besvär och förhoppningsvis underlätta för unga att söka hjälp tidigare vilket skulle förhindra att problemen cementeras eller förvärras över tid. Detta borde rimligtvis även ge samhällsekonomiska vinster i och med en friskare befolkning. Den grupp som kanske skulle vara särskilt behjälpt av kunskapande interventioner är medelriskgruppen med lägst kunskap, förhållandevis låg grad av hjälpsökande och en konstaterad risk att utveckla psykisk ohälsa.

Genom att inkludera ungdomar själva i hur psykoedukativa och andra hälsofrämjande insatser utformas kan dessa utarbetas enligt ungdomarnas egna behov och önskemål (Woolfson et al., 2009). På så sätt görs unga också delaktiga i beslut som rör deras psykiska hälsa vilket Barnkonventionen föreskriver (Söderbäck, 2010). Insatser som görs inom detta fält bör vara genomtänkta och sannolikt mångfacetterade; teoretiska såväl som praktiska. Det är viktigt att första linjens hälsofrämjande insatser kring ungdomars psykiska hälsa utvecklas i en praktisk verklighet nära ungdomars vardag och utifrån ungas perspektiv.

## Referenser

- Armstrong, C., Hill, M., & Secker, J. (2000). Young people's perceptions of mental health. *Children & Society, 14*(1), 60–72. doi:10.1111/j.1099-0860.2000.tb00151.x
- Artursson, C., & Larsson, E. (2011). *Social delaktighet: en litteraturstudie med fokus på elever i grundskolan*. Examensarbete, Linnéuniversitetet, Institutionen för pedagogik, psykologi och idrottsvetenskap.
- Backlund, Å. (2007). *Elevvård i grundskolan: Resurser, organisering och praktik*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Begler, A.-M., Ahnborg, M.-H., & Rydin, A. (2011, October 18). Tiden räcker inte till för elevernas hälsa. *Svenska Dagbladet*. Hämtat från: [http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/tiden-racker-inte-till-for-elevernas-halsa\\_6560703.svd](http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/tiden-racker-inte-till-for-elevernas-halsa_6560703.svd)
- Biddle, L., Donovan, J. L., Gunnell, D., & Sharp, D. (2006). Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 56*(533), 924–931.
- Burnett-Zeigler, I., Walton, M. A., Ilgen, M., Barry, K. L., Chermack, S. T., Zucker, R. A., ... Blow, F. C. (2012). Prevalence and Correlates of Mental Health Problems and Treatment Among Adolescents Seen in Primary Care. *Journal of Adolescent Health, 50*(6), 559–564. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.10.005
- Charman, D., Harms, C., & Myles-Pallister, J. (2010). Help and e-help - young people's perspectives of mental healthcare. *Australian Family Physician, 39*(9), 663–665.
- Christie, D., & Viner, R. (2005). Abc Of Adolescence: Adolescent Development. *BMJ: British Medical Journal, 330*(7486), 301–304. doi:10.2307/25458847
- Cohen, A., Medlow, S., Kelk, N., Hickie, I., & Whitwell, B. (2009). Young People's Experiences of Mental Health Care. *Youth Studies Australia, 28*(1), 13–20.
- Dowrick, C. ( 1 ), Gask, L. ( 2 ), Perry, R. ( 2 ), Dixon, C. ( 2 ), & Usherwood, T. ( 2 ). (2000). Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour? *Psychological Medicine, 30*(2), 413–419.
- Falkenbergs kommun. (2011). *Ungdomars syn på psykisk hälsa, mobbning, alkohol och tobak i Falkenberg - En komplettering till Folkhälsoinstitutets nationella enkätstudie för årskurs nio* (No. RS110337). Hämtat från:

- <http://www.falkenberg.se/download/18.663599fe13040a863f58000255/Rapport+Ungas+egen+bild.pdf>
- Fanning, E. (2005). Formatting a Paper-based Survey Questionnaire: Best Practices. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 10*, 1.
- Fors, Z. (2005). *Ungdomsmottagningen - ungdomar och personal berättar* (No. A 2005:5). Statens Folkhälsoinstitut.
- Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. (2002). *Policyprogram för Sveriges Ungdomsmottagningar*. Hämtat från: <http://www.fsum.org/fsum/wp-content/uploads/2011/02/policysv.pdf>
- Goodman, A., & Goodman, R. (2012). Strengths and Difficulties Questionnaire scores and mental health in looked after children. *The British Journal of Psychiatry, 200*(5), 426–427. doi:10.1192/bjp.bp.111.104380
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 40*(5), 791–799.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1337–1345.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 177*(DEC.), 534–539.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European child & adolescent psychiatry, 7*(3), 125–130.
- 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.
- Hietala, P., & Ylisirkka, P. (2009). *Ungdomars erfarenheter av hälsoinformation i skolan*. Examensarbete, Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för hälsovetenskap.
- Johannisson, K. (1995). Vårt behov av sjukdom. I R. Qvarsell & A.-S. Rosén (Red.), *Om nyttan av att vara sjuk: existentiella perspektiv på hälsa och sjukdom* (pp. 9–14). Uppsala: Ord & form.
- Katz, M., Rubino, A., Collier, J., Rosen, J., & Ehrlich, J. H. H. (2002). Demography of

- pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*, 109(5), 788–796.
- Koskelainen, M., Sourander, A., & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(3), 180–185. doi:10.1007/s007870170024
- Kramer, T., & Garralda, M. E. (1998). Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 173(6), 508–513. doi:10.1192/bjp.173.6.508
- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(6), 523–532. doi:10.1111/j.1467-9450.2008.00668.x
- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2011). Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(5), 476–483. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00894.x
- McGorry, P., Bates, T., & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), 30–35. doi:10.1192/bjp.bp.112.119214
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 185–187. doi:10.1080/0954026021000046155
- Naylor, P. B., Cowie, H. A., Walters, S. J., Talamelli, L., & Dawkins, J. (2009). Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 194(4), 365–370. doi:10.1192/bjp.bp.108.053058
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. Maidenhead: Open University Press/McGrawHill.
- Roy, B. V., Grøholt, B., Heyerdahl, S., & Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(4), 189–198. doi:10.1007/s00787-005-0521-4
- Sayal, K., Tischler, V., Coope, C., Robotham, S., Ashworth, M., Day, C., ... Simonoff, E. (2010). Parental help-seeking in primary care for child and adolescent mental health concerns: qualitative study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 197(6), 476–481. doi:10.1192/bjp.bp.110.081448

- SDQ - Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. (2013). Hämtat från: <http://www.sdqinfo.org/>
- SFS 2010:800., Skollag. Hämtat från: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Skollag-2010800\\_sfs-2010-800/?bet=2010:800#K2](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Skollag-2010800_sfs-2010-800/?bet=2010:800#K2)
- Skolverket. (2013). *SIRIS kvalitet och resultat i skolan*. Hämtat från: <http://sir.is.skolverket.se/apex/f?p=SIRIS:1:0::NO::>
- Smedje, H., Broman, J.-E., Hetta, J., & Knorrning, A.-L. von. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the “Strengths and Difficulties Questionnaire”. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(2), 63–70. doi:10.1007/s007870050086
- Socialdepartementet. (2011). Protokoll I:10 vid regeringssammanträde 2011-06-22. Hämtat från: [http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=35327ede-3f9c-40a8-8b13-323ac293c7e5&FileName=%c3%96verenskommelse+soc++dep++2011.pdf](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=35327ede-3f9c-40a8-8b13-323ac293c7e5&FileName=%c3%96verenskommelse+soc++dep++2011.pdf)
- Socialdepartementet. (2012). *PRIO psykisk ohälsa barn och unga – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016* (No. S2012.006). Edita Västra Aros, Västerås: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2010). *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?* (No. 2010-12-13). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-12-13>
- SOU 2000:19. *Från dubbla spår till elevhälsa - i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtat från: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/55/fe1286c5.pdf>
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga: resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Stjernbrink, K., & Salomonsson, S. (2011). *Hamnen - Beskrivning och utvärdering av en mottagning för första linjens barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholms Läns Landsting. Hämtat från: [http://www.socialstyrelsen.se/psyiskhalsa/barnpsyiskahalsa/forskningochutvardering/Documents/Hammen\\_Slutrapport.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/psyiskhalsa/barnpsyiskahalsa/forskningochutvardering/Documents/Hammen_Slutrapport.pdf)
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2009). *Rätt insatser på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa*. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtat från: [www.skl.se](http://www.skl.se)

- Sveriges Kommuner och Landsting. (2012a). *Modellområdesprojektet - psykisk hälsa barn och unga. Slutredovisning för perioden 2009 - 2011*. Stockholm. Hämtat från:  
<http://www.skl.se>
- Sveriges Kommuner och Landsting. *En långsiktig gemensam handlingsplan för psykisk hälsa inom Sveriges kommuner och landsting kongressperioden 2012-2016*. Hämtat från:  
<http://www.skl.se>
- Söderbäck, M. (2010). *Barns och ungas rätt i vården*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset.
- Torstensson, S., & Bådagård, F. (2009). *Bra med ungdomsmottagningen- men jag vet inte om jag skulle gå dit.: hur killar resonerar kring deras behov av ungdomsmottagningen*. Studentuppsats, Högskolan i Skövde, Institutionen för vård och natur.
- Vallance, A. K., Kramer, T., Churchill, D., & Garralda, M. E. (2011). Managing child and adolescent mental health problems in primary care: Taking the leap from knowledge to practice. *Primary Health Care Research and Development*, 12(4), 301–309.  
doi:10.1017/S1463423611000338
- Wiksten-Almströmer, M. (2006). Ungdomsmottagningar – nätverk med helhetssyn på ungas problem. *Läkartidningen*, (5). Hämtat från:  
<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=2990>
- Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187, 35–39.
- Woolfson, R., Woolfson, L., Mooney, L., & Bryce, D. (2009). Young people's views of mental health education in secondary schools: a Scottish study. *Child: Care, Health and Development*, 35(6), 790–798. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00901.x
- World Health Organization. (2011). *Mental health: a state of well-being*. Hämtat från:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html)
- Zachrisson, H., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, (1), 34.



## Bilaga A

### Brev till rektorer

Hej!



Vi är två psykologstudenter som går sista terminen på psykologprogrammet och håller på att skriva vårt examensarbete. Vi skriver till dig för att höra om er skola vill vara med i en studie som undersöker barn och ungas perspektiv på psykisk ohälsa och vård. Studien innebär att elever i årskurs 9 får fylla i en anonym enkät som undersöker hur vanligt man tror det är med psykisk ohälsa, vilken slags hjälp man skulle vilja få om det behövdes eller om de upplever att det finns hinder i att söka stöd eller vård. Eleven ombeds också skatta sitt eget mående. Deltagandet tar 10-15 minuter i anspråk.

Forskningen syftar till att samla kunskap om barn och ungas perspektiv på vården, fram för allt tillgången till första linjens vård, som riktar sig till lättare och medelsvår psykisk ohälsa och som håller på att byggas ut i Region Skåne och i resten av landet. Forskning som utgår från barns perspektiv i hälso- och sjukvården är bristfällig och det är därför av stort intresse att i detta utvecklingskedje av vården också fånga barnens kunskaper, synpunkter och erfarenheter.

Det skulle vara ett värdefullt bidrag om elever från er skola har möjlighet och vill delta i den här studien. Deltagandet är frivilligt och anonymt för eleverna.

Om ni är intresserade av att ingå i studien skulle vi önska att få dela ut enkäterna i klassrummen, gärna i början av en lektion. Vi skulle först informera om studien och sen skulle eleverna få fylla i enkäten vilket alltså tar ca 10-15 minuter. Eleverna skulle självklart också få ställa frågor och om intresse finns så kan vi hålla en kort diskussion efteråt om psykisk ohälsa och vad man kan göra åt det. Resultaten kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem och allt material kommer att förstöras efteråt.

Studien kommer att publiceras som en examensuppsats på Lund University Papers. Vi kommer gärna och berättar om resultatet av undersökningen om intresse finns. En presentation skulle kunna ha formen av en halvdagsutbildning/orientering, men vi är flexibla inför önskemål från er sida.

Vi har gått ut med förfrågan om deltagande i undersökningen till flera olika stadsdelar i staden. Vi hoppas kunna samla in svar från cirka 500 elever för vår studie.

Om ni önskar mer information om studien är ni välkomna att kontakta oss.  
Tack på förhand!

Lisa Gottliebsen  
Psykologkandidat termin 10,  
Lunds Universitet  
Tel xxxx

Viktor Wennberg  
Psykologkandidat termin 10,  
Lunds Universitet  
Tel xxxx

## Bilaga B

### Enkät om kunskap och erfarenheter

Nedan följer en rad frågor som har att göra med psykisk hälsa. Det finns inga rätt eller fel i svaren, vi är ute efter din upplevelse. Det är viktigt att du svarar på det sätt som stämmer bäst överens med dig själv. Om du är osäker på någon fråga – fyll bara i det som känns närmst!

Min ålder:

år

Jag är

Flicka

Pojke

Läs igenom påståendena och kryssa i hur bra de stämmer för dig. Kryssa bara i en ruta för varje rad.	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer helt
1. Jag tror att det är vanligt att ungdomar mår psykiskt dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag vet vad psykisk ohälsa är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag har klart för mig vad psykisk ohälsa kan bero på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag känner till vilka risker som är förenade med psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag tycker att jag vet var jag ska vända mig om jag skulle må psykiskt dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag känner till att det finns flera olika metoder som kan hjälpa vid psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag har koll på hur jag själv mår och kan sätta ord på vad jag känner och tänker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag vet hur jag ska hantera stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag vet vad samtalsterapi är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag vet vilken hjälp jag kan få på en ungdomsmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag vet vilken hjälp jag kan få på vårdcentralen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag vet vilken hjälp jag kan få från elevhälsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag kan själv avgöra när ett psykiskt problem blir för stort för att jag själv ska kunna hantera det och därför söka hjälp eller stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag tror att psykisk ohälsa är något som går att behandla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag tycker att samhället erbjuder tillräcklig och tillgänglig information om jag vill veta något om psykisk ohälsa och vad man kan göra åt det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Har du tidigare upplevt någon form av psykiska besvär såsom oro, nedstämdhet, dåligt humör, stress eller sömnsvårigheter?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	
<b>Om du svarade ja, sökte du hjälp för dina besvär?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej	
<b>Om du svarade ja, fick du denna hjälp på:</b>			
<input type="checkbox"/> Vårdcentralen	<input type="checkbox"/> Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP)	<input type="checkbox"/> Ungdomsmottagning	
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> På skolan	<input type="checkbox"/> I telefon (stödtelefon t.ex. BRIS, rådgivning)	
<b>Har du egen erfarenhet av att prata med någon om egna problem, till exempel kurator, psykolog eller annan som arbetar med samtal?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej	
<b>Om du svarade ja, hjälpte dessa samtal dig?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	
<b>Om jag upplevde besvär i mitt psykiska mående, skulle jag vilja vända mig till:</b>	<b>Inte alls</b>	<b>Kanske</b>	<b>Gärna</b>
Vårdcentralen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomsmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn och ungdomspsykiatri (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevhälsan (skolsköterska/kurator/skolpsykolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En kompis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förälder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vad skulle hindra dig från att söka stöd eller hjälp om du skulle må psykiskt dåligt?</b>			
<input type="checkbox"/> Jag är rädd för att jag skulle bli stämplad som konstig	<input type="checkbox"/> Jag vet inte var jag skall vända mig	<input type="checkbox"/> Jag tror inte att det går att göra någonting åt det	
<input type="checkbox"/> Jag är rädd för vad kompisar skulle tycka	<input type="checkbox"/> Jag orkar inte tänka på problemet och känna efter	<input type="checkbox"/> Hjälpen ligger för långt bort, det är krångligt att ta sig dit.	
<input type="checkbox"/> Jag är rädd att jag skulle vara allvarligt sjuk	<input type="checkbox"/> Jag är orolig för hur föräldrar ska reagera.	<input type="checkbox"/> Jag tror att det kostar mycket pengar	
<b>Om du skulle må psykiskt dåligt hur skulle du vilja söka stöd?</b>			
<input type="checkbox"/> Tillsammans med förälder	<input type="checkbox"/> På egen hand	<input type="checkbox"/> Med hjälp av annan vuxen	

<b>Frågorna nedan gäller hur du har haft det de senaste 6 månaderna.</b>	<b>Stämmer inte</b>	<b>Stämmer delvis</b>	<b>Stämmer helt</b>
Jag försöker att vara vänlig mot andra. Jag bryr mig om deras känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är rastlös. Jag kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ofta huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag delar ofta med mig till andra (t.ex. godis, spel, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir mycket arg och tappar ofta humöret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta för mig själv. Jag gör oftast saker ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag gör oftast som jag blir tillsagd av vuxna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag oroar mig mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att sitta stilla, jag vill jämt vrida och röra på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har en eller flera kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag slåss eller bråkar mycket. Jag kan tvinga andra att göra som jag vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jämnåriga verkar gilla mig för det mesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att koncentrera mig. Jag är lättstörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir nervös i nya situationer. Jag blir lätt osäker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra barn eller ungdomar retar eller mobbar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ställer upp och hjälper andra (t.ex. föräldrar, lärare, jämnåriga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tänker mig för innan jag gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tar saker som inte tillhör mig, t.ex. från skolan eller andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kommer bättre överens med vuxna än med jämnåriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är rädd för många olika saker. Jag är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tycker du att du har svårigheter med något av följande: dina känslor, din koncentrationsförmåga, ditt beteende, eller med att komma överens och umgås med andra människor?**

Nej	Ja, små svårigheter	Ja, klara svårigheter	Ja, allvarliga svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Om du svarade "Ja", fortsätt med de följande frågorna:**

**• Hur länge har svårigheterna funnits?**

Mindre än 1 månad	1-5 månader	6-12 månader	Mer än 1 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**• Besväras eller oroas du av svårigheterna?**

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**• Stör svårigheterna ditt vardagsliv inom följande områden?**

	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
HEMMA /I FAMILJEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MED KAMRATER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I SKOLARBETET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VID FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**• Tror du att svårigheterna blir jobbiga för människor omkring dig (familj, vänner, lärare etc.)?**

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TUSEN TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**

## Bilaga C

### Introduktionsbrev

Anledningen till att du får det här brevet är att vi vill bjuda in dig att delta i ett forskningsprojekt. Du skall bara vara med om du känner för det, att välja att inte vara med kommer inte att påverka dig negativt på något sätt. Innan du bestämmer dig för att vara med är det viktigt att du förstår vad forskningen handlar om och vad du i så fall skall göra. Ta tid på dig att läsa detta, om det är någonting du undrar över är det bara att kontakta någon av oss.

### Varför gör vi den här undersökningen?

Vi är två psykologstudenter från Lunds Universitet som håller på att skriva vårt examensarbete. Arbetet intresserar sig för vad elever i årskurs 9 vet om psykisk ohälsa och vad som går att göra åt den. Den här undersökningen kommer att hjälpa oss förstå hur vården för de barn och unga som mår dåligt behöver utvecklas.

### Vad kommer studien att innebära för dig?

Deltagande i studien innebär att fylla i ett formulär. Frågorna i formuläret handlar om vad du vet om psykisk ohälsa och vård, om du har egna erfarenheter av sådan vård och slutligen kommer du att få fylla i några frågor om hur du själv mår. Du skall inte skriva ditt namn på något av formulären, eftersom de är anonyma. Att fylla i alla formulären tar ungefär tio minuter.

### Vilka är med i studien?

Vi har vänt oss till ett flertal skolor i Skåne, inklusive din skola. Vi hoppas få svar från flera hundra elever. Alla elever i din ålder på din skola kommer att bjudas in att delta.

### Vilka risker finns med att delta?

Det finns inga kända risker med studien och vi har utformat frågorna så att de inte ska innebära för mycket besvär för dig.

### Vad tjänar jag på att delta?

Vi hoppas att erfarenheten av att delta kommer att vara intressant. Du bidrar till ökad kunskap om barn och ungas mående och du får gärna ställa frågor till oss. Du kommer också att kunna läsa en sammanställning av studiens resultat i form av en rapport om du är intresserad av det.

### Vad händer med formulären?

Formulären är anonyma och de kan inte spåras tillbaka till dig. Dina anonyma svar kommer att sparas på en dator på universitetet. Informationen kommer att behandlas fullt konfidentiellt och säkert. De enda människorna som kommer att få se enkäterna är tre personer som är involverade i studien.

### Måste du vara med?

Det är helt och hållet upp till dig om du vill vara med eller inte. Du behöver inte ge någon anledning till varför du inte vill vara med.

Om det är någonting du undrar över får du gärna kontakta någon av oss:

Lisa Gottliebsen Psykologkandidat termin 10, Lunds Universitet Tel xxx	Viktor Wennberg Psykologkandidat termin 10, Lunds Universitet Tel. xxx
--	--



## Bilaga D

### *Kartläggning av tidigare erfarenheter av psykisk ohälsa och behandling*

Delfråga	Frekvens i antal och (%)		
	Ja	Nej	Vet ej
Tidigare psykiska besvär	200 (75.2)	44 (16.5)	22 (8.3)
Sökte hjälp för tidigare besvär	35 (17)	171 (83)	-
Erfarenhet av samtal	84 (31.7)	181 (68.3)	-
Blev hjälpt av samtal	46 (54.1)	16 (18.8)	23 (27.1)



## Bilaga E

### *Barriärer kring att söka stöd vid psykisk ohälsa*

Barriär	Frekvens	%
Orkar inte tänka på problemet och känna efter	126	47.4
Vet inte var jag ska vända mig	74	27.8
Orolig för hur föräldrar ska reagera	74	27.8
Rädd att bli stämplad som konstig	49	18.4
Tror inte att det går att göra något åt det	46	17.3
Rädd för att vara allvarligt sjuk	44	16.5
Rädd för vad kompisar skulle tycka	32	12
Tror det kostar mycket pengar	21	7.9
Hjälpen ligger för långt bort, krångligt att ta sig dit	18	6.8