

Eirin Cecilie Skogseth

Terskelen for å søke hjelp

– En kvalitativ studie av faktorer som påvirker
hjelpesøking fra et psykologisk lavterskeltilbud

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Britt-Marie Drottz Sjöberg

Mai 2019

Eirin Cecilie Skogseth

Terskelen for å søke hjelp

– En kvalitativ studie av faktorer som påvirker
hjelpesøking fra et psykologisk lavterskeltilbud

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Britt-Marie Drottz Sjöberg
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Forord

Jeg har selv vært ansvarlig for all innsamling, oppbevaring og analyse av data samt utvikling av problemstilling for hovedoppgaven.

Julen 2016 fortalte en venninne meg at hun hadde flere venner som slet psykisk, men som absolutt ikke ville søke hjelp for dette. Denne samtalen utløste ideen til det som senere skulle bli min hovedoppgave. Tusen takk til mine kjære, både familie og venner, som har stilt opp og gitt meg støtte fra start til slutt. Jeg vil også rette en spesiell takk til Tone Bratteteig, du ga meg en ny retning da jeg hadde minst tro på å komme i mål med oppgaven. Takk for alle gode innspill og oppmuntringer.

Tusen takk til min veileder, Britt-Marie Drottz Sjøberg, for din tålmodighet, dine gode og grundige tilbakemeldinger, og for de inspirerende diskusjonene i starten og underveis i prosjektet. Sist, men ikke minst, tusen hjertelig takk til alle deltagerne som stilte opp og delte sine erfaringer. Det hadde ikke blitt en oppgave uten dere.

Eirin Cecilie Skogseth
Oslo/Trondheim, våren 2019

Sammendrag

Mange mennesker som kunne hatt nytte av psykologisk behandling oppsøker ikke hjelp, og det er begrenset kunnskap om faktorer som fasiliterer hjelpesøking ved psykiske plager og lidelser. I denne kvalitative studien utforskes hjelpesøkeprosessen hos åtte studenter som har søkt hjelp fra et lavterskeltilbud. Formålet har vært å identifisere hvilke faktorer som påvirket dem til å oppsøke hjelp. Datainnsamlingen ble foretatt gjennom semistrukturerte individuelle intervjuer som ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Det ble identifisert syv hovedtemaer som overordnet ble klassifisert som individuelle, relasjonelle og strukturelle faktorer. De individuelle faktorene var 1) vurdering av egen problematikk, 2) syn på å søke hjelp, og 3) innsikt i egen situasjon. De relasjonelle faktorene var 4) påvirkning fra nettverk, og 5) tidligere erfaringer, og de strukturelle faktorene var 6) kjennetegn ved lavterskeltilbud, og 7) praktiske forhold. Resultatene viser at hjelpesøking er en dynamisk og kompleks prosess preget av ambivalens og tvil. En stor utfordring er å skille mellom problemer som kvalifiserer for profesjonell hjelp og problemer man vil, eller føler at man bør, håndtere på egenhånd. Det å bestemme seg for å søke hjelp avhenger av så vel individuelle vurderinger som sosial påvirkning og tilretteleggende egenskaper ved helsetjenesten. Resultatene drøftes opp mot relevant generell og spesifikk litteratur med fokus på kompleksiteten i prosessen, og det reises spørsmål om nytten av steg-prosess-modeller for en god forståelse av hjelpesøking. Det anbefales at fremtidig forskning skiller selve handlingen *å søke hjelp* fra *prosessen* i forkant av dette der fasilitatorer og hindre trekker i hver sin retning.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING.....	8
1.1	OPPGAVENS STRUKTUR	9
1.2	HJELPESØKING FØR OG NÅ – HISTORISKE TRENDER	10
1.2.1	<i>Psykiske lidelser i Norge: stabilitet eller endring?</i>	10
1.2.2	<i>Hjelpesøking blant ungdom og studenter.</i>	11
1.2.3	<i>Hjelpesøking i Norge generelt.</i>	12
1.2.4	<i>Holdninger til psykiske lidelser og hjelpesøking.</i>	12
1.2.5	<i>Opptrappingsplanen og økt satsing på forebygging og lavterskeltilbud.</i>	13
1.2.5.1	Manglende definisjon på et lavterskeltilbud?	13
1.2.5.2	Status etter Opptrappingsplanen	14
2	TEORETISK RAMMEVERK.....	15
2.1	HVA VET VI OM FAKTORER SOM PÅVIRKER HJELPESØKING?	15
2.1.1	<i>Hindre.</i>	15
2.1.2	<i>Fasilitatorer.</i>	17
2.1.3	<i>Hva mangler vi kunnskap om?</i>	17
2.2	UTVALGTE SENTRALE PSYKOLOGISKE TEORIER.....	18
2.2.1	<i>Teorien om planlagt atferd.</i>	18
2.2.2	<i>Helseoppfatningsmodellen.</i>	20
2.2.3	<i>Den sosiale atferdsmodellen.</i>	20
2.2.4	<i>Steg-prosess-modeller.</i>	21
2.2.5	<i>Kritikk av dominerende modeller.</i>	22
2.2.5.1	Dual-prosessering – flere tankesystemer for beslutningstaking	23
2.2.6	<i>Sosial sammenligning, sosial identitet og selvkategorisering.</i>	24
2.2.7	<i>Trussel mot selvbildet-modellen.</i>	26
2.2.8	<i>Teori oppsummert.</i>	27
2.3	HJELPESØKENDE ATFERD VS. HJELPESØKEPROSESSEN	28
2.4	FORMÅL	30
3	METODE.....	32
3.1	PROBLEMSTILLING OG TILNÆRMING.....	32
3.2	DESIGN.....	33
3.2.1	<i>Rekruttering.</i>	34
3.3	INTERVJU OG INTERVJUGUIDE	34
3.3.1	<i>Gjennomføring.</i>	34
3.3.2	<i>Transkribering.</i>	35
3.4	DATAANALYSE.....	36
3.4.1	<i>Gjennomføring.</i>	37
3.5	ETISKE BETRAKTNINGER	39
4	RESULTATER.....	40
4.1	INDIVIDUELLE FAKTORER.....	41
4.1.1	<i>Vurdering av egen problematikk.</i>	41
4.1.1.1	«Ikke alvorlig nok».	41
4.1.1.2	Ambivalent prokrastinering.....	42
4.1.2	<i>Syn på å søke hjelp.</i>	44
4.1.2.1	Ønske om egen mestring.	44
4.1.2.2	Frykt for stigmatisering.	44

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

4.1.3	<i>Innsikt i egen situasjon</i>	46
4.1.3.1	«Det går ikke over».....	47
4.1.3.2	«Hverdagen fungerer ikke».....	47
4.1.3.3	Symptomgjenkjenning.....	48
4.2	RELASJONELLE FAKTORER.....	49
4.2.1	<i>Påvirkning fra nettverk</i>	49
4.2.1.1	Sosial støtte.....	49
4.2.1.2	Råd og oppfordring.....	50
4.2.2	<i>Tidligere erfaringer</i>	51
4.2.2.1	Kjennskap til andres erfaringer.....	51
4.2.2.2	Møter med profesjonelle hjelpere.....	52
4.3	STRUKTURELLE FAKTORER.....	53
4.3.1	<i>Kjennetegn ved lavterskeltilbud</i>	53
4.3.1.1	Synlighet og image.....	54
4.3.1.2	Tilgjengelighet.....	54
4.3.1.3	Pris.....	56
4.3.1.4	Fastlege ikke aktuelt.....	57
4.3.2	<i>Praktiske forhold</i>	58
4.3.2.1	Tid og prioritering.....	58
4.4	ØVRIGE RESULTATER.....	59
4.4.1	<i>Åpenhet</i>	59
4.4.2	<i>Lettelse i etterkant</i>	60
4.5	OPPSUMMERING AV RESULTATER.....	61
4.5.1	<i>Interaksjon mellom faktorer: hjelpesøking som dynamisk prosess</i>	61
5	DISKUSJON	64
5.1	TEORETISKE IMPLIKASJONER.....	64
5.1.1	<i>Individuelle faktorer</i>	65
5.1.1.1	«Ikke alvorlig nok» – det viktigste hinderet?.....	65
5.1.1.2	Opplevd behov.....	66
5.1.1.3	Normalisering.....	68
5.1.1.4	Betydningen av innsikt i egen situasjon.....	69
5.1.1.5	Ønske om egen mestring vs. selvhjulpenhet.....	70
5.1.1.6	Frykt for stigmatisering.....	71
5.1.2	<i>Relasjonelle faktorer</i>	73
5.1.2.1	Betydningen av sosial innflytelse.....	73
5.1.2.2	Møter med profesjonelle hjelpere.....	75
5.1.2.3	Sosial støtte.....	75
5.1.3	<i>Strukturelle faktorer</i>	76
5.1.3.1	Kjennetegn ved lavterskeltilbud.....	76
5.1.3.2	Tid og prioritering.....	78
5.1.4	<i>Å søke hjelp vs. hjelpesøkeprosessen</i>	78
5.2	PRAKTISKE OG KLINISKE IMPLIKASJONER.....	79
5.2.1	<i>Hvor langt ned bør terskelen senkes?</i>	79
5.2.2	<i>Lavterskel for hva, og for hvem?</i>	81
5.2.3	<i>Tiltak og intervensjoner</i>	81
5.3	METODISKE BETRAKTNINGER OG BEGRENSNINGER.....	83
5.3.1	<i>Design</i>	83
5.3.2	<i>Generalisering vs. overførbarhet</i>	83
5.3.3	<i>Pålitelighet og gyldighet</i>	84

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

5.3.4	<i>For hvem, og i hvilke situasjoner er resultatene gyldige?</i>	85
5.4	VEIEN VIDERE	86
6	KONKLUSJON	88
	REFERANSER	89
	VEDLEGG	103
	VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	104
	VEDLEGG 2: INFORMASJONSPLAKAT	106
	VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA	107
	VEDLEGG 4: GODKJENNING FRA NASJONALT SENTER FOR SAMFUNNSFORSKNING (NSD) ..	109
	VEDLEGG 5: GODKJENNING AV PROSJEKTUTSETTELSE FRA NSD	110

1 Innledning

I et historisk perspektiv har vi kommet langt når det gjelder å behandle psykiske lidelser, og avstanden fra fortidens bortgjemte asylere til dagens åpenhet er stor. Skillet mellom frisk og syk er blitt mer utvannet, og forståelsen av psykopatologi dreier i retning av dimensjoner fremfor klare dikotomiske kategorier (Skjelstad, 2013). Begrepet psykisk helse har blitt et allment anliggende som ikke lenger bare handler om fravær av sykdom, og navneskiftet fra «psykiatri» til «psykisk helsevern» har åpnet plass for psykologene som yrkesgruppe inn i psykiatrien (Mjaaland, 2017, s. 312). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.»¹

Det å oppsøke psykolog rommer dermed et positivt helseaspekt, og man skulle tro at terskelen for å søke hjelp for psykiske vansker er lav, eller i hvert fall lavere enn noensinne. For øvrig viser tall fra både Norge og verden overraskende nok at svært mange mennesker fortsatt kvier seg for å søke hjelp til tross for store psykiske plager i hverdagen.

Underbehandling av psykiske lidelser er et problem i Europa ifølge en stor europeisk undersøkelse (Alonso et al., 2004), og på verdensbasis (Wang et al., 2007). En av grunnene til dette er at mange mennesker med psykiske lidelser ikke oppsøker profesjonell hjelp (Corrigan, 2004; Rickwood, Deane, & Wilson, 2007). Nyere tall viser at dette fortsatt er et dagsaktuelt problem (Klik, Williams, & Reynolds, 2019; Schnyder, Panczak, Groth, & Schultze-Lutter, 2017). Lav hjelpesøking er ikke bare et problem for psykiske lidelser. Blant mennesker med fysiske plager finner man både over- og underforbruk av legetjenester (Suls, Martin, & Leventhal, 1997). Norske tall har vist at svært få med angst- og depresjonslidelser (henholdsvis 13 % og 25 %) søker hjelp (Roness, Mykletun, & Dahl, 2004). For øvrig kan tall fra en nyere norsk undersøkelse tyde på at dette er i endring der så mange som 65,4 % av utvalget med angstproblematikk hadde søkt hjelp (Bonsaksen et al., 2019).

Selv om det å ha en psykisk diagnose ikke er ensbetydende med behov for behandling, og selv om ikke alle de som lar være å søke hjelp nødvendigvis trenger det, så er det mange som har behov som lar være å søke profesjonell hjelp (Roness et al., 2004). Alt i alt er det mange indikatorer på at terskelen for å søke psykologisk hjelp er relativt høy. Det har blitt gjennomført mange studier på hjelpesøking, men man vet fortsatt lite om hvilke faktorer som

¹ *Øversettelsen er lånt fra Folkehelseinstituttet (Nes, 2016)*

fasiliterer hjelpesøkende atferd Gulliver, Griffiths, og Christensen (2010). Økt kunnskap om slike faktorer er essensielt for å øke forståelsen for hvordan man kan tilrettelegge for at mennesker som trenger hjelp faktisk oppsøker den. Dette er bakgrunnen for at denne studien vil undersøke hvilke faktorer som påvirker, og spesielt fasiliterer, personer til å søke hjelp.

Før jeg presenterer disposisjon for oppgaven vil jeg komme med en liten bemerkning vedrørende litteratursøk. I første fase av arbeidet med oppgaven ble det foretatt et *begrenset* litteratursøk på faktorer som påvirker hjelpesøking. Dette var for å unngå for stor grad av forforståelse med hensyn til hva analysen ville frembringe, men samtidig ha tilstrekkelig informasjon til å definere en relevant problemstilling som kunne bygge videre på eksisterende forskning. For å sikre at forskningen som har blitt referert til i denne oppgaven er av høy kvalitet så har aktuelle tidsskrifter blitt sjekket opp mot Norsk senter for forskningsdata (NSD) sitt register som vurderer tidsskriftenes nivå. Det har blitt etterstrebet å prioritere forskningsfunn fra artikler publisert i tidsskrift med nivå 1 eller 2. Jeg har også anstrengt meg for å finne oppdatert forskning.

1.1 Oppgavens struktur

Nedenfor blir det gitt et historisk overblikk på bruk av psykiske helsetjenester i tillegg til nåværende status av hjelpesøking og fravær av dette. Det presenteres tall fra Norge og internasjonalt. Videre er det inkludert noen studier på holdninger til psykiske lidelser og til hjelpesøking, og den økte satsingen på psykisk helse og forebygging i Norge vil gjennomgås. I hovedoppgavens teoridel blir det presentert tidligere forskning på hjelpesøking samt modeller og teorier som forsøker å forklare og forutsi hjelpesøking. Deretter vil utfordringer knyttet til manglende definisjoner av hjelpesøking som begrep belyses før det blir redegjort for formålet med studien. Metod delen knytter problemstillingen opp mot, og begrunner, metodiske valg. Resultatdelen utgjør analysen som her består av både beskrivelser og noen tolkninger av sammenhenger mellom identifiserte faktorer. I diskusjonen drøftes implikasjoner av funn, metodiske begrensninger og anbefalinger for videre forskning med en påfølgende konklusjon som oppsummerer resultatene fra studien.

Jeg har valgt å inkludere flere engelske sitater fra ulike forskere og teoretikere. De fleste av disse sitatene er begrepsdefinisjoner, men noen sitater er også tatt med for å illustrere viktige poenger. En oversettelse vil risikere å miste noe av essensen og presisjonen i formuleringene, og sitatene er derfor blitt bevart på originalspråket. Enkelte teoretiske begreper har også blitt bevart på engelsk i mangel på gode norske oversettelser.

1.2 Hjelpesøking før og nå – historiske trender

Endringer i bruk av helsetjenester må ses i sammenheng med forekomst av psykiske lidelser. Det er vanskelig å fastslå om en eventuell økning i kontakt med helsetjenester skyldes økning i forekomst av psykiske lidelser eller om det er et resultat av at flere mennesker som sliter søker hjelp for sine vansker. For å se på trender i hjelpesøking over tid er det dermed hensiktsmessig å undersøke endringer i forekomst av psykiske lidelser.

Omtaler av forekomst av psykiske lidelser blander av og til sammen begreper, og det er ikke alltid tydelig om man snakker om *plager* eller *lidelser*, og heller ikke om man snakker om milde, moderate eller alvorlige lidelser. Mens lidelser er direkte knyttet til diagnosebegrepet så er plager eller vansker et mer diffust begrep som omfatter belastninger av ulik grad, men som ikke nødvendigvis tilfredsstiller diagnostiske kriterier (Reneflot et al., 2018). Psykiske lidelser er «tilstander eller diagnoser» som «klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier», der diagnostisering «gjøres av klinikere og/eller ved hjelp av strukturerte kliniske intervju» (Reneflot et al., 2018, s. 10). I den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) understrekes det at begreper som «forstyrrelse» og «lidelse» ikke er «eksakte begreper» (World Health Organization [WHO], 1992, s. 5), og det finnes heller ikke et klart definert skille mellom milde og alvorlige psykiske lidelser (Norsk psykologforening, u.å.). I forskning på hjelpesøking hvor man finner at personer med en diagnose ikke har søkt hjelp, så er ofte diagnosen basert på personlig rapportering via spørreskjemaer og ikke kliniske diagnostiske intervjuer. Det gjør det vanskelig å vite hvorvidt dette er reelle kliniske diagnoser. Likevel er grenseverdien på slike spørreskjemaer ofte lagt opp slik at man kan få en sterk indikasjon på om en person er så plaget at personen sannsynligvis tilfredsstiller diagnosekriteriene (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009).

1.2.1 Psykiske lidelser i Norge: stabilitet eller endring? Folkehelseinstituttet har publisert flere rapporter relatert til psykiske helse. En rapport fra 2009 viser at det ikke finnes holdepunkter for at forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen har økt eller minket i løpet av de siste tiårene (Mykletun et al., 2009). I en nyere rapport fra 2018 ble det funnet indikasjoner på at forekomsten av psykiske lidelser er stabil for den generelle befolkningen med unntak av unge fra 16 til 24 år, spesielt kvinner, der trenden er en økning i rapporterte plager (Reneflot et al., 2018). Forfatterne understreker at det fortsatt er uavklart hvorvidt det

har skjedd endringer i forekomst av psykiske lidelser, og de mener det er behov for mer forskning.

Tall fra den nyeste Studentenes helse- og trivselsundersøkelsen (SHoT) viser også at psykiske plager for studentgruppen har økt i perioden 2010-2018 (Knapstad, Heradstveit, & Sivertsen, 2018). Det har tidligere blitt konkludert med at studenter skiller seg fra øvrig befolkning ved at en større andel studenter strever med psykiske plager (Nedregård & Olsen, 2014). Dobbelt så mange studenter som ikke-studenter i samme aldersgruppe rapporterer moderate til alvorlige psykiske problemer, og trenden er at rapporteringen av alvorlige plager øker blant studenter (Grøtan, Sund, & Bjerkeset, 2019). En undersøkelse utført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) viser en lignende trend blant yngre ungdommer i 13 til 16 års alder med økning av psykiske helseplager hos jentene (NOVA, 2014).

1.2.2 Hjelpesøking blant ungdom og studenter. De fleste psykiske lidelser starter i ung alder (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, & McGorry, 2012; Reneflot et al., 2018; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005), og det er et anerkjent problem at også en del unge mennesker som sliter psykisk lar være å søke profesjonell hjelp (Rickwood et al., 2007). En stor norsk studie av over 11 000 ungdommer mellom 15 og 16 år viste at mange lar være å søke hjelp til tross for at de skårer høyt på angst- og depresjonssymptomer og objektivt sett har et stort behov for behandling (Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006). Forskerne synes dette er spesielt oppsiktsvekkende i lys av at forhold som tilgjengelighet og pris legger godt til rette for at folk skal få behandling. En av forklaringene kan være at ungdommer sjelden søker hjelp utelukkende basert på eget initiativ (Cauce et al., 2002).

Når det gjelder pågangen ved Studentsamskipnadens psykologtilbud ser man imidlertid en nokså kraftig økning i studenter som tar kontakt (Husby, 2018). Blant annet har Studentsamskipnaden i Trondheim (SiT) registrert en økning på 159,18 % i nye henvendelser fra 2005 til 2018 (SiT psykososial helsetjeneste, 2018, s. 7)². Det er usikkert om økningen kan skyldes at flere opplever å være plaget eller om det skyldes at en større andel av de som sliter tar kontakt, noe som i så fall kan implisere en lavere hjelpesøkterskel blant studenter. Selv om pågangen på lavterskeltilbud for studenter har økt så viser ferske tall fra SHoT-undersøkelsen i 2018 at så mange som 60 % av gruppen med alvorlige og mange symptomer ikke har søkt hjelp (Knapstad et al., 2018). Også internasjonalt har det vært fokus på at

² Tallene er hentet fra SiT sin Årsmelding 2018 som jeg fikk tilsendt per post.

studenter har spesielt høy forekomst av psykiske problemer, og at mange ikke søker hjelp (Czyz, Horwitz, Eisenberg, Kramer, & King, 2013; Hunt & Eisenberg, 2010; Kearns, Muldoon, Msetfi, & Surgenor, 2015). Mye tyder altså på at lav hjelpesøking fortsatt er en relevant tematikk også blant studenter.

1.2.3 Hjelpesøking i Norge generelt. Når det gjelder den norske befolkning har behandling av psykiske lidelser og bruk av helsetjenestene hatt en stor økning i perioden 1998-2008 (Bjørngaard et al., 2008). Dette er særlig knyttet til Opptappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998) som presenteres nærmere i avsnitt 1.2.5. Hvorvidt denne økningen impliserer at flere søker hjelp eller det i hovedsak skyldes større kapasitet i hjelpetjenestene er ikke lett å si. Ifølge en rapport fra Folkehelseinstituttet vet vi lite om behandlingsdekningen for psykiske lidelser i Norge på grunn av manglende representative data på forekomst i befolkningen (Reneflot et al., 2018). Rapporten viser at det ikke er registrert noen økning i kontakt med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten når man leser figurene som sammenligner tall fra 2008 til 2015 (Reneflot et al., 2018, s. 35). Imidlertid er det ikke inkludert tall fra behandlingstilbud i primærhelsetjenesten der henvisning ikke er nødvendig. Selv om det ikke ble registrert generelle økninger fant de at andelen unge jenter som rapporterer psykiske plager og som tar kontakt med helsetjenesten har økt fra 2008 til 2015. Forfatterne understreker at det er vanskelig å vite om årsaken til økningen skyldes reelle økninger i forekomst av psykiske lidelser blant unge jenter. Tidligere tall fra Statistisk sentralbyrå (Lunde, 2001) viser en viss økning i lettere psykiske plager i befolkningen generelt, men også her blir det trukket fram utfordringen med å skille mellom faktisk økning og større åpenhet og oppmerksomhet rundt psykisk helse.

1.2.4 Holdninger til psykiske lidelser og hjelpesøking. Går man langt tilbake i tid er det ingen tvil om at mye har skjedd i psykiatrien, deriblant en stor holdningsendring overfor psykisk sykdom fram til i dag (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Imidlertid viser tall fra internasjonale studier at holdninger til psykisk sykdom har holdt seg overraskende stabile de siste tiårene selv om holdninger til hjelpesøking har endret seg i positiv retning. En litteraturoversikt som så på utvikling av holdninger i flere ulike land i en periode på ca 20 år fant en utvikling mot større aksept for profesjonell hjelp for psykiske lidelser, men til gjengjeld en liten økning i negative holdninger overfor personer med psykisk sykdom (Schomerus et al., 2012). Ifølge Mojtabai (2007) har hjelpesøking blitt mer akseptabelt i USA, og stigmatisering har blitt redusert, men en amerikansk studie av holdninger til

hjelpesøking har vist en negativ utvikling i løpet av 40 år (Mackenzie, Erickson, Deane, & Wright, 2014).

Over de siste tiårene har det blitt en større åpenhet om psykiske lidelser i Norge, særlig i media, og større åpenhet kan føre til at flere søker hjelp (Lunde, 2001). Åpenheten har vokst ytterligere de seneste årene i form av en rekke dokumentariske TV-programmer slik som «Jeg mot meg», «Stemmene i hodet», «Helene sjekker inn», og «Sinnssykt» der offentligheten får innsyn i terapeutiske prosesser, livet på psykiatriske avdelinger og både kjente og ukjente personer med diagnoser. «Den nye åpenheten» er imidlertid begrenset ifølge Madsen (2018) i betydningen at den er forbeholdt et fåtall. Han mener åpenheten er redigert og ikke representativ for befolkningen for øvrig der mange med tyngre lidelser forblir stående utenfor.

1.2.5 Opptappingsplanen og økt satsing på forebygging og lavterskeltilbud.

Som ledd i Norges økte satsing på å styrke psykisk helsevern har det også blitt større fokus på forebygging, tidlig intervensjon og utvikling av lavterskeltilbud. Den politiske Opptappingsplanen for psykisk helse er en nasjonal handlingsplan for psykisk helsevern som gikk fra 1998 til 2008 og var basert på Stortingsmelding nr. 25, *Åpenhet og helhet*, der en viktig del av hovedsatsingen var «Styrking av tilbudene til mennesker med psykiske lidelser i kommunene» (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 140). Konkrete mål og planer for planen ble skissert i Stortingsproposisjon nr. 63, *Om opptappingsplanen* (Sosial- og helsedepartementet, 1998). I etterkant har det også blitt lovfestet krav om psykologkompetanse i alle kommuner fra 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 20). I tillegg har det blitt utviklet lavterskeltilbud i kommunene, slik som «Rask psykisk helsehjelp» og «Raskere tilbake» samt tilbud rettet mot barn og ungdom, slik som «Ung Arena», og det har blitt økt fokus på psykisk helse i skolen (Regjeringen, 2017).

1.2.5.1 Manglende definisjon på et lavterskeltilbud? Helsedirektoratet har etterlyst en presis definisjon og avklaring av hva et lavterskeltilbud skal innebære, og de har foreslått en operasjonalisering av begrepet der de definerer lavterskeltjenester i form av åtte punkter: 1) Gi direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid. 2) Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne. 3) Være tilgjengelig for alle. 4) Kan tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en «los» videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø. 5) Inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål. 6) Ha åpningstid tilpasset målgrupper og formål. 7) Høy grad av brukerinvolvering og aksept for

brukerens ønsker/behov. 8) Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å benytte» (Rodal & Frank, 2008, s. 11).

1.2.5.2 Status etter Opptrappingsplanen. Forskere har undersøkt holdningsendring i Norge i etterkant av Opptrappingsplanen. En rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) fant noen positive endringer fra 2002 til 2007 i form av mindre stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke i tillegg til færre som mente at man bør løse problemene på egenhånd hvis man får psykiske problemer (Myrvold, 2008). Det sistnevnte ble målt via grad av enighet i påstanden: «Hvis man får psykiske problemer bør man løse dem selv» (s. 94). Dette tyder på en generell aksept for hjelpesøking, men gir ikke svar på om respondentene selv ville søkt hjelp ved egne psykiske vansker.

En nyere oppfølgingsrapport fra NIBR konkluderte med at holdninger til psykisk sykdom har holdt seg relativt stabile fra 2007 til 2012, og at flere var litt mer enig i påstanden om at man bør løse sine psykiske problemer selv (Blåka, 2012). Selv om det har skjedd lite endringer etter 2007 så konkluderer begge de to rapportene med at holdningene i Norge overfor psykisk syke generelt er relativt positive og lite stigmatiserende. De to rapportene ser på holdningsendring for en spesifikk periode, fra 2002 til 2012. En del har skjedd i media siden 2012, og man kan spørre seg om de nyere TV-programmene nevnt ovenfor kan ha påvirket og endret nordmenns holdninger til psykisk sykdom og hjelpesøking i perioden fra 2012 og fram til idag. Det gjenstår for fremtidige undersøkelser å identifisere eventuelle effekter av dette.

2 Teoretisk rammeverk

2.1 Hva vet vi om faktorer som påvirker hjelpesøking?

Ifølge Rickwood og kolleger (2007) er hjelpesøking ikke en rett fram og enkel prosess fra å oppleve psykiske plager til å ta kontakt med helsevesenet. Tvert imot så virker det å oppleve psykisk lidelse mindre inn på hjelpesøkende atferd enn man gjerne kunne forventet. Flere forhold er av betydning, blant annet å anerkjenne et problem som noe å søke hjelp for, sosiale normer som oppfordrer til slik atferd samt tilgang til hjelpetjenester (Rickwood et al., 2007). Det har blitt vanlig å beskrive hjelpesøking som en prosess som består av flere steg fra man anerkjenner et problem til man søker hjelp for dette (Klik et al., 2019).

Selv om flere etterlyser mer forskning så foreligger det allerede en del kunnskap på feltet. Tidligere studier har kommet fram til ulike faktorer som påvirker hjelpesøkende atferd i både positiv og negativ retning. Et interessant poeng understreket av Murray (2005) er at økningen i politiske intensjoner og oppbygging av forebyggende tilbud som ikke reflekteres i forskningen på hjelpesøking. Hun etterlyser mer fokus på de tidlige stadiene av søkeprosessen.

2.1.1 Hindre. Gulliver og kolleger (2010) gjorde en omfattende litteraturgjennomgang av studier på ungdommer og unge voksne fra 12 til 25 år og fant at stigmatisering/flauhet over å søke hjelp skilte seg tydelig ut som det største hinderet. I tillegg var problemer med å gjenkjenne symptomer og en preferanse for selvhjulpenhet trukket fram som spesielt viktige faktorer. Vansker med å gjenkjenne symptomer er forbundet med dårlig «mental health literacy» (Jorm, 2000). «Literacy» betyr leseferdighet og kan altså oversettes som å ha et slags ordforråd eller kunnskap om psykiske symptomer. Mangel på emosjonell kompetanse hos personer som ikke søker hjelp er også ansett som et hinder (Rickwood et al., 2005). Preferanse for selvhjulpenhet og tro på at man skal klare å fikse problemet selv har vært trukket fram som spesielt viktig for menn (Reform, 2016).

Gulliver og kolleger (2010) er ikke de eneste som har påpekt betydningen av stigmatisering. Andre har også funnet at dette har stor betydning (Biddle, Donovan, Sharp, & Gunnell, 2007; Clark, Hudson, Dunstan, & Clark, 2018; Rickwood et al., 2005). For øvrig har noen også betvilt betydningen av stigmatisering som hinder (Golberstein, Eisenberg, & Gollust, 2008). Andre har funnet en større kompleksitet i sammenhengen mellom stigmatisering og hjelpesøking. Eksempelvis fant Klik og medarbeidere (2019) at det å identifisere seg som en person med en psykisk lidelse øker sjansen for å søke hjelp. De

konkluderte med at faktorer relatert til stigmatisering kan fasilitere hjelpesøking (Klik et al., 2019).

Stigmatisering har blitt definert på mange måter i litteraturen (Link & Phelan, 2001). Studier som definerer stigmatisering eksplisitt benytter ofte Goffman (1963) sin definisjon. Goffman (1963) beskriver stigmatisering som «an attribute that is deeply discrediting» (s. 3), men understreker at en attributt i seg selv ikke er negativt. Han forklarer at: «An attribute that stigmatizes one type of possessor can confirm the usualness of another, and therefore is neither creditable nor discreditable as a thing in itself.» (s. 3). En attributt for to ulike personer i to ulike kontekster vil ikke nødvendigvis oppfattes negativt i begge tilfeller. Altså vil en spesifikk attributt ikke alltid innebære stigmatisering, men Goffmann (1963) presiserer at noen viktige attributter nesten alltid vil oppfattes negativt.

I forskningen på hjelpesøking kommer det fram at stigmatisering kommer i flere former, og at man bør skille mellom blant annet offentlig stigmatisering og selvstigmatisering. Offentlig stigmatisering er fordommer og negative holdninger til psykiske lidelser i befolkningen, mens selvstigmatisering er en person sine tanker og oppfatninger om seg selv relatert til slike negative oppfatninger (Corrigan & Rao, 2012). Selvstigmatisering skjer når et individ identifiserer seg med den stigmatiserte gruppen (Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin, 2009, s. 523). Forskerne skiller også mellom selvstigmatisering og personlig stigmatisering der det siste er en person sine personlige negative holdninger overfor andre mennesker med psykiske lidelser. Man skiller også mellom offentlig stigmatisering og *oppfattet* offentlig stigmatisering som er individets *oppfatning* om hvilke holdninger som finnes i samfunnet generelt (Corrigan, 2004).

Selvstigmatisering har blitt funnet som en bedre forklaringsfaktor for fravær av hjelpesøking enn oppfattet offentlig stigmatisering (Vogel, Wade, & Hackler, 2007), noe som tyder på at det er viktig å skille disse ulike formene for stigmatisering. Et annet viktig skille er mellom selvstigmatisering for *psykiske lidelser* og selvstigmatisering for *hjelpestøking* (Tucker et al., 2013).

Andre hindre enn de nevnt ovenfor har også blitt identifisert, og manglende opplevd behov trekkes fram som en spesielt viktig faktor (Eisenberg, Golberstein, & Gollust, 2007; Mackenzie, Pagura, & Sareen, 2010; Wacker & Roberto, 2014). Dette gjelder også mennesker som faktisk har diagnostiserbare psykiske lidelser (Mojtabai et al., 2011) og således har et angivelig objektivt behov for behandling. Fravær av opplevd behov hos personer med faktiske diagnoser kan ha sammenheng med vansker med symptomgjenkjennelse (Klik et al., 2019).

Selvordstanker og depressive symptomer har også vært trukket fram som hindre (Rickwood et al., 2007). Spesielt har det blitt funnet en negativ sammenheng mellom selvmordstanker og intensjoner om hjelpesøking, en såkalt "help negation"-effekt som innebærer å ikke bruke tilgjengelig hjelp når man trenger dette (Rickwood et al., 2005). Negative holdninger til å søke hjelp og negative tidligere erfaringer er andre hindre som har blitt identifisert (Rickwood et al., 2007). Det er også liten tvil om at det å være mann minker sjansen for at du søker hjelp og at gutter og menn har flere negative holdninger til å søke hjelp (Nam et al., 2010; Rickwood & Braithwaite, 1994). Sist, men ikke minst, er strukturelle forhold som tilgjengelighet og pris også relevante hindre (Gulliver et al., 2010).

2.1.2 Fasilitatorer. Ifølge Gulliver og medarbeidere (2010) har det vært lite forskning på fasilitatorer, men noen faktorer har likevel blitt identifisert. De viktigste fasilitatorene som ble funnet i deres litteraturgjennomgang var positive tidligere erfaringer i tillegg til sosial støtte og oppmuntring fra andre. Positive tidligere erfaringer med å søke hjelp anerkjennes av flere forskere som en viktig faktor (Rickwood et al., 2005; Sheffield, Fiorenza, & Sofronoff, 2004). I tillegg er det funnet at etablerte og tillitsfulle relasjoner til potensielle hjelpere (Rickwood et al., 2007) samt positive holdninger til behandling (Bonabi et al., 2016) er viktige fasilitatorer for hjelpesøking. Sosial støtte og oppmuntring bekreftes også av andre forskere som viktige faktorer for hjelpesøking (Rickwood et al., 2005; Sheffield et al., 2004). Videre har det en positiv påvirkning dersom man kjenner noen som tidligere har søkt hjelp (Rickwood & Braithwaite, 1994). På samme måte som manglende symptomgjenkjennelse kan være et hinder så er tilstedeværende symptomgjenkjennelse en fasilitator (Bonabi et al., 2016). I tillegg er kjennskap til hjelpetjenester og det å føle seg emosjonelt kompetent til å uttrykke følelser viktige fasilitatorer (Rickwood et al., 2007). Økt psykologisk stress og plager øker også sjansen for å søke hjelp (Rickwood & Braithwaite, 1994), men forskningen er ikke entydig om sammenhengen mellom symptomtrykk og hjelpesøking (Sheffield et al., 2004). For eksempel er depressive symptomer og selvmordstanker kjente hindre, som nevnt i avsnittet ovenfor. Personlighetstrekk knyttet til høy selvbevissthet og villighet til å dele med andre om sin psykiske helse virker også inn på villighet til å søke hjelp (Rickwood & Braithwaite, 1994), og høyere adaptiv fungering øker sjansen for at man tar kontakt med hjelpetjenester (Sheffield et al., 2004).

2.1.3 Hva mangler vi kunnskap om? Selv om mange hindre og fasilitatorer har blitt identifisert er det fortsatt behov for mer forskning, spesielt på fasiliterende faktorer (Ali

et al., 2017; Gulliver et al., 2010). I tillegg mener Gulliver og kolleger (2010) at det er viktig å avklare om de ulike faktorene spiller ulike roller på ulike tidspunkt i søkeprosessen. I lys av at selve forutsetningen for terapi er at man først kommer i kontakt med behandlingsapparatet, er dette et sentralt forskningsområde.

Forskning på hjelpesøking har vært preget av inkonsistente og av og til motstridende funn, og det etterlyses en felles og samlende teori rundt hjelpesøking (Rickwood et al., 2005). Til tross for at forskningsfeltet vokser raskt, mangler det fortsatt en mer presis definisjon av begrepet, og det er behov for å utvikle felles målemetoder som i større grad tilrettelegger for å sammenligne forskningsfunn (Rickwood & Thomas, 2012). Mange ulike modeller for hjelpesøking har blitt brukt i tidligere forskning (Eisenberg, Hunt, & Speer, 2012), og det har blitt hevdet at ingen modell er anerkjent som unik og overlegen de andre (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

2.2 Utvalgte sentrale psykologiske teorier

Ulike psykologiske teorier kan benyttes i forsøket på å forklare atferd relatert til hjelpesøking. Teoriene og modellene som presenteres her har blitt valgt ut basert på deres relevans for funnene i denne studien, men også på bakgrunn av hva som vektlegges av andre forskere. Siden hjelpesøking kan forstås som en sosial atferd eller prosess (Biddle et al., 2007) er sosialpsykologiske teorier spesielt relevante. Det har blitt inkludert enkelte sosialpsykologiske teorier for atferd i tillegg til mer spesifikke modeller relatert til helseatferd og hjelpesøking. De neste avsnittene vil ta for seg disse i følgende rekkefølge: teorien om planlagt atferd, helseoppfatningsmodellen, den sosiale atferdsmodellen, steg-prosess-modeller, sosial sammenligning, sosial identitet og selv kategorisering samt trussel mot selvbildet-modellen. Nærmere begrunnelser for teoriens relevans for problemstillingen blir presentert i de respektive avsnittene.

2.2.1 Teorien om planlagt atferd. The theory of planned behaviour (TPB) (Ajzen, 1991) forsøker å predikere målrettet atferd (dvs. planlagt atferd), og den har vært mye benyttet for å predikere helseatferd (Conner & Sparks, 2015). Den er inkludert her fordi den er en av de mest siterte sosialvitenskapelige teoriene i forskning på hjelpesøking (Hammer, Parent, & Spiker, 2018).

Fire elementer er viktige i TPB for å predikere atferd: holdninger, subjektive normer, intensjon og opplevd kontroll (Ajzen, 1991). *Holdninger* overfor en atferd baserer seg på et individ sine egne vurderinger og forventninger til hvorvidt en gitt atferd har positive eller

negative konsekvenser. Videre vil individets *subjektive normer* avhenge av sosiale normer og individets oppfatninger av disse. I TPB er dessuten *intensjon* innlemmet som et viktig element, og skillet mellom intensjon og atferd er essensielt fordi en intensjon i seg selv ikke nødvendigvis fører til at en gitt atferd gjennomføres. Dette skyldes spesielt det fjerde elementet, *opplevd kontroll*, som handler om individets subjektive oppfatninger om egen kontroll over handlingen uavhengig av om denne oppfatningen er korrekt eller ikke. Opplevd kontroll skiller seg dermed fra reell kontroll over en situasjon. Teorien foreslår at intensjon predikerer atferd, og at intensjonen i sin tur påvirkes av både holdninger, subjektive normer og opplevd kontroll, men at opplevd kontroll også kan påvirke atferd direkte (Ajzen, 1991).

TPB sitt fokus på opplevd kontroll har gjort at teorien er relevant for å predikere kompleks atferd slik som helseatferd (Conner & Sparks, 2015). I forbindelse med hjelpesøking fra psykiske helsetjenester påvirkes opplevd kontroll blant annet av eksterne hindre som pris og tilgang på tjenester (Kauer, Buhagiar, & Sanci, 2017). Opplevd kontroll har mye til felles med *mestringstro*, et sentralt begrep fra Banduras (1982) sosialkognitive teori. Mestringstro handler om individets tro på sin egen evne til å mestre på ulike områder, og til å lykkes i ulike situasjoner. Motivasjonen for å gjennomføre en gitt handling eller aktivitet er dermed avhengig av at personen har tro på sine egne evner til å påvirke situasjonen og til å oppnå et ønsket resultat eller utfall (Bandura, 1982). Opplevd kontroll og mestringstro overlapper mye ifølge Conner og Sparks (2015) som også presiserer at mestringstro har vist seg å være et viktig element på tvers av modeller, og at enhver modell som inkluderer dette konseptet vil være bedre på å predikere atferd enn om konseptet er utelatt.

Selv om flere studier har funnet at holdninger, subjektive normer og opplevd atferdskontroll har betydning for hjelpesøking så er TPB en generell fremfor spesifikk teori og har derfor visse begrensninger når det gjelder å forklare hjelpesøking (Kauer et al., 2017). Andre forskere er kritiske til elementet *intensjon* og introduserer i stedet et annet begrep, *villighet*, som en bedre predikator for hjelpesøking når en atferd er uvant, sosialt uønsket eller involverer emosjonelle prosesser (Hammer & Vogel, 2013). Disse forskerne understreker for øvrig at villighet, som intensjon, påvirkes av holdninger og sosiale normer. Ifølge Suls og kolleger (1997) innebærer intensjon et mer eksplisitt egenansvar og et element av planlegging mens villighet handler om at man under gitte omstendigheter er villig til å utføre en gitt handling. Dermed er noe av ansvaret overført til ytre omstendigheter. Ifølge Henshaw og Freedman-Doan (2009) er TPB sin relevans i forbindelse med bruk av *psykiske* hjelpetjenester mindre utforsket. For øvrig har TPB nylig blitt benyttet som teoretisk rammeverk i

forbindelse med utvikling av skalaer som måler holdninger til psykologisk hjelpesøking (Hammer et al., 2018).

2.2.2 Helseoppfatningsmodellen. En mer spesifikk modell for helseatferd er helseoppfatningsmodellen (The Health Belief Model – HBM) (Rosenstock, 1974). Den har mye tilfelles med TPB, og begge er utviklet med bakgrunn i generelle læringsteorier (Henshaw & Freedman-Doan, 2009). Denne modellens antagelse er at folk vil utføre en helserelatert handling dersom de tror at helseproblemet kan ha alvorlige konsekvenser i dagliglivet og at handlingen vil fungere, og dersom de opplever få hindre relatert til denne handlingen (Rosenstock, 1974). HBM innebærer fem momenter relatert til individets oppfatning om 1) egen mottakelighet for sykdom, 2) helseproblemets alvorlighetsgrad, 3) potensielle fordeler ved å ta affære, 4) barrierer for å utføre handlingen, og 5) påminnere (cues to action) som er både indre og ytre hendelser som minner individet på sykdommens trussel eller alvorlighetsgrad (Rosenstock, 1974). Tanken er altså at individet veier fordeler og ulemper opp mot hverandre for å bestemme seg for å handle eller ikke. Senere ble også mestringstro innlemmet som et sjette og viktig element relatert til om man føler seg kapabel til å søke hjelp (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

Forskning har imidlertid vist at HBM har begrenset prediktiv verdi for helseatferd (Carpenter, 2010). Både TPB og HBM er sosialkognitive modeller som ligner og forutsetter at hjelpesøking er en rasjonell beslutningstakingsprosess (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

2.2.3 Den sosiale atferdsmodellen. En annen modell som også ble utviklet på 70-tallet er den sosiale atferdsmodellen (The Social Behavioral Model – SBM) til Andersen og Newman (1973). Den er en spesifikk modell som forsøker å predikere bruk av medisinske helsetjenester, og den har hatt stor innflytelse for å forstå generell hjelpesøking (Eiraldi, Mazzuca, Clarke, & Power, 2006; Wacker & Roberto, 2014). Modellen vektlegger tre elementer for å predikere bruk av helsetjenester: predisponerende faktorer, muliggjørende ressurser samt opplevd behov for hjelp (subjektivt) og faktisk behov for hjelp (dvs. klinisk vurdert). Predisponerende faktorer inkluderer demografiske variabler (som kjønn og alder), sosial bakgrunn (utdanning, yrke, etnisitet, religion m.m.) og helserelaterte oppfatninger. Muliggjørende ressurser forekommer på to nivå, personlige/familiære og samfunnsmessige, som vil si henholdsvis privat økonomi og tilgjengelige helsetjenester (inkludert pris på disse). Behov handler både om individets eller familiens opplevde behov og om vurdert behov som

evalueres av helsepersonell (Andersen, 1995). Klinisk vurdert behov impliserer at man på et tidspunkt tar kontakt med profesjonelt helsepersonell som vurderer videre behandling.

Modellen har blitt kreditert for å vektlegge betydningen av faktorer knyttet til selve hjelpesystemet (Henshaw & Freedman-Doan, 2009). Til forskjell fra HBM inkluderer denne modellen også sosiale og strukturelle faktorer (Eisenberg et al., 2012). Ifølge Pescosolido (1992) har imidlertid HBM og SBM etter hvert utviklet seg i samme retning og blitt tilnærmet like modeller, og hun mener at det kan være vanskelig å skille dem fra hverandre.

2.2.4 Steg-prosess-modeller. Teoretiske tilnærminger til bruk av psykiske helsetjenester kan deles inn i to tilnærminger. Pescosolido og Boyer (1999) skiller mellom de dominerende teoriene som er nevnt ovenfor og mer dynamiske tilnærminger der hjelpesøking blir forstått som en stegvis beslutningstakingsprosess. En viktig antagelse i steg-teorier generelt er at ulike faktorer spiller har ulik betydning på de ulike stegene (Sutton, 2015).

Siden slutten av 1980-tallet har forskere utviklet steg-prosess-modeller spesifikt for *psykologisk* hjelpesøking. Den første som så vidt meg bekjent formulerte dette i form av en tre-trinns beslutningstakingsmodell var Harold Goldsmith med kolleger³ som utviklet en beslutningstakingsmodell for hjelpesøking (The Help-seeking Decision-making Model – HDM). Modellen har følgende tre steg: problemgjenkjennelse, beslutning om å søke hjelp, og valg av hjelpetjeneste (Goldsmith, referert i Eiraldi et al., 2006, s. 609). Det tredje steget inkluderer både uformelle nettverk i form av familie, venner, sosialarbeidere, prester m.m. i tillegg til mer formelle psykiske helsetjenester. I likhet med en del andre modeller forutsetter også steg-prosess-modellen en rasjonell beslutningsprosess og en kostnad-nytte-analyse av fordelene og ulempene med å søke hjelp (Eiraldi et al., 2006). Denne modellen har bidratt med et viktig grunnlag for videreutviklinger av modeller for hjelpesøking. Eksempelvis har det nyere modeller gjort tilpasninger til spesifikke grupper, som barn og etnisk minoritetsungdom der de samme stegene er bevart, men faktorer knyttet til kultur og kontekst vektlegges (Cauce et al., 2002; Srebnik, Cauce, & Baydar, 1996).

Flere forskere benytter en tilsvarende tre-steg-modell som referanseramme (se for eksempel Cheng, Wang, McDermott, Kridel, & Rislin, 2018; Liang, Goodman, Tummala-Narra, & Weintraub, 2005). Andre opererer med en litt annen inndeling av steg: 1) gjenkjenning av problemet, 2) oppfatte et behov for hjelp, 3) intensjon om å søke hjelp, og 4) søke hjelp (Schomerus et al., 2018), alternativt 1) bevissthet og vurdering av et problem, 2)

³ Modellen til Goldsmith og kolleger er fra et kapittel i boka *Needs assessment: It's future fra 1988*. Flere forskere referer til disse forfatterne, men boka har ikke vært mulig å oppdrive.

uttrykke symptomer og behov for hjelp, 3) tilgang på hjelpetjenester, og 4) villighet til å oppsøke hjelp og å dele sin indre tilstand (Rickwood et al., 2005). Mens både TPB og HBM er mer generelle modeller så er styrken til steg-prosess-modellen deres spesifisitet til psykologisk hjelpesøking, men svakheten er at modellen kun tar for seg en liten del av hjelpesøkeprosessen (Kauer et al., 2017).

Selv om forskere understreker at stegene ikke er sekvensielle og uavhengige, at hjelpesøking ikke er en statisk prosess og erkjenner interaksjoner mellom stegene (Cauce et al., 2002), så har slike modeller blitt kritisert av andre forskere for nettopp å være statiske (Biddle et al., 2007). Dette er en kritikk jeg vil komme nærmere inn på i diskusjonsdelen.

2.2.5 Kritikk av dominerende modeller. Pescosolido, Gardner og Lubell (1998) har kritisert andre modeller for å være deterministiske og for å ha for stort fokus på brukerens profil. I tillegg mener de at mange modeller ikke tar nok hensyn til dynamiske forhold som sosiale prosesser, kontekst, og betydningen av nettverk. Kritikken har også basert seg på at hjelpesøking ikke alltid bør forstås som en rasjonell beslutning og et målrettet valg. Forfatterne understreker at hjelpesøking ofte skjer som et resultat av at man famler seg fram, det de kaller «muddling through» (Pescosolido et al., 1998, s. 277). På bakgrunn av denne kritikken har nettverk-episode modellen (Network-episode model – NEM) (Pescosolido & Boyer 1999) blitt utviklet. Denne modellen er opptatt av å inkludere sosial innflytelse fremfor å se hjelpesøking som en utelukkende individuell handling. Et sentralt element i modellen er et begrep lånt fra medisinsk sosiologi og antropologi, «illness career» (Pescosoldio, 1992, s. 1111), som innebærer alle handlinger som er knyttet til å forbedre et helseproblem. I tillegg til «illness career» inkluderer NEM tre andre elementer: det sosiale støttesystemet, behandlingssystemet og den sosiale konteksten (Pescosolido & Boyer 1999).

Det tradisjonelle synet på generell hjelpesøking som en stegvis, statisk og individualisert prosess har blitt kritisert (Murray, 2005), og det er behov for å inkludere for eksempel kulturelle faktorer i forskning på helserelatert hjelpesøking (Saint Arnault, 2009). Det har generelt blitt et større fokus på at modeller bør tilpasses ulike grupper for bedre å forstå hjelpesøking. For eksempel basert på alder (Robb, Haley, Becker, Polivka, & Chwa, 2003), etnisitet (Cauce et al., 2002) og diagnosegrupper (Eiraldi et al., 2006). Noen er også opptatt av at hjelpesøkemodeller bør ta større hensyn til emosjonelle prosesser, unngåelse og problemfornektelse (Wills & Gibbons, 2009).

2.2.5.1 *Dual-prosessering – flere tankesystemer for beslutningstaking.* Noen forskere har foreslått at variasjoner i hjelpesøking kan forklares av at beslutningstaking involverer flere prosesser enn bare det rasjonelle perspektivet som forutsettes i teoriene ovenfor (Wills & Gibbons, 2009). Her er dual-prosessering fremmet som et nyttig teoretisk perspektiv. Dual-prosess-teorier i psykologien ble utviklet for å forstå hvordan mennesker oppfatter informasjon og knytter mening til situasjoner som man møter på (Gilovich & Griffin, 2010). Eksempler er hvordan en person kan vite om en gest er truende, om en person er snill eller om en overbevisende påstand er verdt å ta seriøst (s. 566). Forfatterne forklarer at slike teorier skiller mellom to ulike tankesystemer som virker sammen for at mennesker skal klare å avgjøre slike spørsmål. System 1 og 2 blir varierende kalt ulike navn, deriblant assosiativ vs. regelbasert eller ubevisst vs. bevisst og er basert på henholdsvis top-down vs. bottom-up-informasjonsprosessering. Mens top-down-prosessering er mer teoridrevet og basert på enkle kategorier så er bottom-up datadrevet og stegvis prosessering som tilsynelatende er mer anstrengende. En viktig antagelse i slike teorier er at mennesker ønsker å minimere energien som brukes på informasjonsprosessering, og tanken er at assosiativ og automatisk prosessering er lite energikrevende mens det bevisste og regelbaserte krever mer anstrengelse og tankekraft (Gilovich & Griffin, 2010). Forfatterne skiller mellom dual-prosess-teorier i sosialpsykologien og dual-prosessering relatert til teorier om beslutningstaking. I det sistnevnte er utgangspunktet også at beslutninger avhenger av begge de to tankesystemene, men at disse ofte står i konflikt med hverandre. Det ene beskrives som en magesfølelse, mens det andre er en mer overordnet analyse, og forfatterne relaterer dette til filosofiens klassiske skille mellom intuisjon og fornuft. Valg påvirkes av begge systemene der det første er basert på en rask, automatisk, og delvis ubevisst prosessering av informasjon, i motsetning til et mer langsomt, bevisst og analytisk tankesystem (Gilovich & Griffin, 2010).

Bakgrunnen for at dual-prosessering har vært trukket fram som relevant for helseatferd generelt er at en del atferd er impulsiv og delvis automatisk (Gibbons, Gerrard, Stock, & Finneran, 2015). Dual-prosessering kan også være relevant for hjelpesøking ved psykiske lidelser fordi begge de to tankesystemene kan spille hver sin rolle (Wills & Gibbons, 2009).

En modell for helserisiko-atferd som har en dual-prosess-tilnærming er The Prototype Willingness Modell (PWM) (Gerrard, Gibbons, Houlihan, Stock, & Pomery, 2008). I motsetning til de tradisjonelle modellene som er mest brukt for å predikere helsefremmende atferd så har PWM bidratt til å forklare risikoatferd (Gibbons et al, 2015). Modellen foreslår at informasjonsprosessering foregår via en «reasoned path» og en «social reaction path» (Gerrard et al. 2008, s. 35) der sistnevnte spiller en større rolle ved risikoatferd hos

ungdommer. Modellen har lånt mye fra TPB og inkluderer både holdninger, subjektive normer og intensjon, men er et forsøk på å også forklare ikke-intensjonell risikoatferd. «Social reaction path» inkluderer to nye elementer, *risiko-prototyper* og *atferdsmessig villighet* som påvirker atferd. Det første er bilder eller stereotyper ungdommen har av mennesker som engasjerer seg i ulike typer risikoatferd. Det andre er *atferdsmessig villighet*, om man selv er villig til, eller åpen for, risikofylt atferd gitt spontane muligheter. Villighet påvirkes både av prototyper, holdninger og subjektive normer (Gerard et al., 2008). Villighet er altså et alternativ til intensjon som nevnt i avsnitt 2.2.1 under kritikk av TPB. Prototype Willingness-modellen er relatert til sosial sammenligningsteori, som presenteres i avsnittet under, der villighet påvirkes av prototyper via sammenligninger som personen gjør mellom seg selv og prototypen (Gibbons et al., 2015).

PWM har nylig blitt vurdert som nyttig for å forklare psykologisk hjelpesøking (Hammer & Vogel, 2013). Forskerne fant at «social reaction path» bedre forklarte variasjoner i hjelpesøking enn «reasoned path» som tilsvarende de originale elementene fra TPB. Forskerne undersøkte et utvalg studenter som opplevde psykiske plager og fant at deltagerne som assosierte adjektiver som blant annet stresset, plaget, ulykkelig og bekymret med den typiske hjelpesøkeren var mer villige til å søke hjelp selv. Hypotesen deres var imidlertid at det motsatte skulle skje, at positive eller fordelaktige prototyper skulle øke villigheten til å søke hjelp mens negative prototyper skulle senke villigheten. De forklarte funnet med å skille mellom prototyper relatert til negative *trekk* vs. negative affektive *tilstander*. De foreslår at prototypen for utvalget i deres studie økte villighet til å søke hjelp fordi det handlet om å identifisere seg med dårlige *tilstander* fremfor dårlige personlighetstrekk (Hammer & Vogel, 2013). Slike modeller kan uansett være nyttige for å forklare fravær av hjelpesøking fordi andre forhold eller systemer enn kun det rasjonelle, kognitive tas hensyn til (Wills & Gibbons, 2009).

2.2.6 Sosial sammenligning, sosial identitet og selvkategorisering. De neste avsnittene vil ta for seg tre teorier som er nært relatert til hverandre; sosial sammenligning, sosial identitet og selvkategorisering. I teorien om sosial sammenligning foreslår Festinger (1954) at mennesker har et grunnleggende behov for å forstå og evaluere seg selv. Sammenligning blir viktig der objektive holdepunkter er mangelvare, og personen vil da sammenligne egne meninger og evner med andres meninger og evner for å bli sikker på at de oppfatningene man har er korrekte. Teorien forklarer altså hvordan oppfatninger om egne meninger og evaluering av egne evner dannes. Festinger (1954) understreker at

sammenligningen skjer med personer som ligner en selv, og at når forskjellen mellom en selv og den andre blir stor, så vil tendensen til å sammenligne avta.

Videreutviklinger av Festingers originale teoretiske arbeider skiller mellom hvem man sammenligner seg med eller retningen på sammenligningen. Man kan sammenligne seg med en person som er dårligere, nedadgående sammenligning, eller bedre, oppadgående sammenligning, enn personen selv. Sammenligninger i ulike retninger har ulike funksjoner og motivasjoner. *Selv-evaluering* tilsvarer Festingers originale konsept, mens *selvforbedring* ble introdusert som en alternativ motivasjon til å benytte sammenligninger for å øke selvtilliten eller føle seg bedre enn andre mennesker (Hogg, 2000)⁴.

Sosial sammenligning har vist seg å være spesielt relevant for å forstå hjelpesøking fordi folk sammenligner seg med relevante andre for å avgjøre hvorvidt symptomene man har er problematiske eller ikke (Wills & Gibbons, 2009). Ifølge Suls og kolleger (1997) benytter en person seg av «lay referral» (s. 205) for å avgjøre om vedkommende er syk og bør oppsøke lege. Lay referral kan oversettes til lekfolk-referering, altså en form for selvdiagnostisering basert på allmenne og folkelige oppfatninger av sykdom. Forfatterne argumenterer for at lekfolk-referering bør forstås som en prosess av sosiale sammenligninger som motiveres av usikkerhet fordi personen ikke selv greier å avgjøre om han er syk og bør gå til legen. Selv om Suls og medarbeidere (1997) kun snakker om hjelpesøking for fysiske plager så er sosial sammenligningsteori ifølge Wills og Gibbons (2009) like relevant ved hjelpesøking for psykiske plager.

Sosial identitet handler om den delen av individets selvkonsept som baserer seg på tilhørigheten til en sosial gruppe (Tajfel, & Turner, 1979). Tajfel og Turner (1979) presiserer at sosial identitet oppstår som en følge av sosial sammenligning mellom grupper, der kontrasten mellom egen og andre grupper er det som skaper den sosiale identiteten. Sosial identitetsteori forsøker å forklare atferd på gruppenivå, det vil si enkelte (og ikke alle) aspekter ved sosial atferd, og den sosiale konteksten er sentral og nødvendig for å kunne forutsi atferd.

Stigmatiserte tilstander påvirker sosial identitet og kan føre til problemfornektelse slik at personen ikke oppsøker hjelp for å unngå stigmatisering (Hogan, Reynolds, & O'Brien, 2011). Med tanke på at stigmatisering er identifisert som et viktig hinder for hjelpesøking ved psykiske lidelser er det viktig å ta i betraktning ulike identitetsprosesser. Konseptet sosial identitet er derfor tatt med her. Sosial identitetsteori innlemmer dessuten sosiale

⁴ Videreutviklingene er gjort av ulike forskere på 1960-tallet, men tilgangen til disse artiklene har vært begrenset til kun sammendrag. Derfor har en alternativ kilde blitt benyttet.

sammenligningsprosesser som et sentralt fenomen. Av plasshensyn er en nærmere utbrodering av teorien utelatt.

Selvkategorisering er et forsøk på å forstå mer om mekanismene bak sosial identitetsdannelse (Turner, Hogg, Oakes, Reicher, & Wetherell, 1987). Teorien erkjenner at mennesket er både et individ og et medlem av en gruppe, og teorien forklarer hvordan, og når, mennesker definerer seg som det ene eller det andre (Turner & Reynolds, 2012).

Selvkategoriseringsteorien forklarer fenomenet depersonalisering, som vil si når et individ identifiserer seg med tilhørigheten til en sosial gruppe slik at den sosiale identiteten og karakteristikken til den sosiale gruppen blir viktigere enn ens unike individuelle egenskaper. Det fører også til at atferden påvirkes av de normer, mål og behov som er relevant for den sosiale gruppen man tilhører (i en gitt sosial kontekst). Selvkategorisering og sosial sammenligning er gjensidig avhengige prosesser der kategoriene skapes som kontraster til, altså sammenligning med, hverandre (Turner & Reynolds, 2012).

Sosial identitetsteori og selvkategorisering utgjør til sammen den sosiale identitetstilnærmingen, eller det sosiale identitetsperspektivet, som ofte refereres til i sammenheng med forskning på hjelpesøking og stigmatisering (Klik et al., 2019). Ifølge Hogg (2000) kan selvkategorisering forstås som den kognitive komponenten i det sosiale identitetsperspektivet.

Selvkategorisering er relevant for å forstå hjelpesøking fordi det kan bidra til å forklare sammenhenger mellom sosiale normer, selvstigma og negative holdninger til hjelpesøking (Lynch, Long, & Moorhead, 2018), og noen forskere har funnet at det sosiale identitetsperspektivet kan bidra til å forklare sammenhengen mellom hjelpesøking og stigmatisering (Klik et al., 2019).

2.2.7 Trussel mot selvbildet-modellen. En siste modell som er relevant å inkludere er trussel mot selvbildet-modellen som er utviklet av (Fisher, Nadler, & Witcher-Alagna, 1982). Denne anses som viktig for forståelsen av generell hjelpesøking (Wacker & Roberto, 2014). Modellen er lite eksplisitt referert til i hjelpesøkelitteraturen, men noen ting tyder på at den er relevant. Eksempelvis hevder Klik og kolleger (2019) at for å forstå hjelpesøking for en stigmatisert tilstand er det nødvendig å ta hensyn til identitetsprosesser. Man bør dermed se på sammenhenger mellom blant annet sosial identitet, stigmatisering og selvtillit (Hogen et al., 2011).

Mens det fram til 1980-tallet hadde vært mye forskning på prososial atferd og hva som øker sjansen for at mennesker *gir* hjelp til andre, så var det i mindre grad forsket på det

motsatte, å motta hjelp (Fisher et al., 1982). Forskerne påpeker at det å motta hjelp ofte kan medføre ikke bare positive, men også negative følelser som å mislykkes, mindreverdighet og avhengighet av andre, og at følelsesmessige reaksjoner på det å motta hjelp kan være en trussel mot ens selvbilde og identitet. Forskerne utviklet dermed trussel mot selvbildet-modellen som antar at potensielle negative konsekvenser for selvbildet kan bidra til å forklare lav hjelpesøking. Ifølge denne modellen er det fire aspekter ved hjelpesituasjonen avgjør om den blir en trussel eller ikke. Disse fire er karakteristikk ved 1) hjelpen, 2) hjelperen, 3) mottakeren, og 4) kontekst. Ifølge forfatterne vil trusselen blant annet øke når hjelpen anses som å fremheve personens underlegenhet. For øvrig er det viktig å understreke at trusselen knyttet til avhengighet først og fremst er relevant når hjelperen er en «psykologisk relevant annen» (Nadler, 2015, s. 313). Hvorvidt man er mottakelig for hjelp avhenger av den relative betydningen av to grunnleggende (og motsettende) psykologiske behov; tilhørighet til andre og å være uavhengig av andre (Nadler, 2015).

Trussel mot selvbildet er også relatert til sosial sammenligning. Hvorvidt man sammenligner seg med andre i samme gruppe (inn-gruppe) eller utenfor egen gruppe (ut-gruppe) har betydning for hvordan dette påvirker selvtilliten. Hvis en person sammenligner seg med en person i inn-gruppen, og kommer dårligere ut i denne sammenligningen, så har dette en større negativ effekt på selvbildet enn om man sammenligner seg, og kommer dårligere ut, med en person i ut-gruppen (Major, Sciacchitano, & Crocker, 1993).

Forskere har referert til trussel mot selvbilde og identitet som en faktor som kan hindre hjelpesøking for psykiske plager (Lannin, Vogel, Guyll, & Seidman, 2019; Raviv, Sills, Raviv, & Wilansky, 2000). Videre er sammenhenger mellom selvbilde og normer blitt vektlagt i forbindelse med hjelpesøking blant menn for både fysiske og psykiske plager (Addis & Mahalik, 2003). Tett forbundet med selvtillit og hjelpesøking er også begrepet selvhjulpenhet (Nadler, 2015, s. 318), noe som bidrar til å gjøre denne modellen relevant siden selvhjulpenhet, som nevnt tidligere, er funnet å være et viktig hinder for psykologisk hjelpesøking. Dessuten er selvstigmatisering også tett knyttet til selvbilde der selvstigmatisering kan måles basert på «how much participants feel their self-esteem is being threatened by seeking mental health treatment» (Vogel, Heimerdinger-Edwards, Hammer, & Hubbard, 2011, s. 372).

2.2.8 Teori oppsummert. Teorien om planlagt atferd, helseoppfatningsmodellen, steg-prosess-modeller og dual-process-modeller regnes alle som sosialkognitive modeller, det vil si at de vektlegger kognitive faktorer og hvordan disse påvirker sosial atferd (Conner &

Norman, 2015). Ifølge forfatterne har slike modeller blitt mye benyttet for å forklare helseatferd der helsekognisjoner anses som viktige årsaker. De forklarer at nytteverdien av slike tilnærminger baserer seg på at helsekognisjoner er mer påvirkbare enn faktorer som for eksempel personlighet. Conner og Norman (2015) nevner ikke den sosiale atferdsmodellen eller fenomenet hjelpesøking i sin fagbok om sosialkognitive modeller for helseatferd, men som vist ovenfor inkluderer den sosiale atferdsmodellen også kognitive elementer som helserelevante oppfatninger i form av holdninger og vurderinger. Den sosiale atferdsmodellen er spesifikk for bruk av helsetjenester og vektlegger strukturelle og sosiale faktorer i større grad enn teorien om planlagt atferd og helseoppfatningsmodellen. Både den sosiale atferdsmodellen og steg-prosess-modellene som er presentert her baserer seg på at slike faktorer påvirker hjelpesøking. Teorien om planlagt atferd handler om målrettet atferd og tar ikke hensyn til opplevd behov som er inkludert enten eksplisitt eller implisitt i de andre modellene (unntatt PWM). Til gjengjeld inkluderes normer i TPB og PWM, noe som ofte blir utelatt i andre sosialkognitive modeller (Conner & Norman, 2015).

Modellene presentert her kan bidra til å øke forståelse for denne oppgavens sentrale problemstilling ved å belyse hvilke faktorer som er antatt å påvirke hjelpesøkeprosessen. Mens de spesifikke modellene forklarer viktige faktorer kan de øvrige teoriene øke forståelsen for hvordan og hvorfor slike faktorer påvirker prosessen. Dette vil drøftes videre i diskusjonen. Nedenfor vil begrepet hjelpesøking drøftes før formålet med oppgaven presenteres.

2.3 Hjelpesøkende atferd vs. hjelpesøkeprosessen

De fleste studier definerer ikke begrepet «hjelpesøking» eksplisitt (Rickwood, Thomas, & Bradford, 2012), og flere forskere har understreket fraværet av en allmenn definisjon (Divin, Harper, Curran, Corry, & Leavey, 2018). I følge Cornally og McCarthy (2011) skyldes fraværet av definisjoner at det eksisterer en manglende forståelse av kompleksiteten av selve konseptet hjelpesøking. Forfatterne sammenfatter litteratur på hjelpesøking og kommer med forslag til en definisjon basert på denne sammenstillingen: «Thus within the context of formal help-seeking behaviour for a health problem, help-seeking behaviour can be defined as a problem focused, planned behaviour, involving interpersonal interaction with a selected health-care professional.» (Cornally & McCarthy, 2011, s. 286).

Denne definisjonen ser på helse generelt, og det er derfor nyttig å trekke fram en definisjon som spesifikt retter seg mot *psykisk* helse. Rickwood og Thomas (2012) påpeker at

det mangler en tydelig begrepsavklaring og konseptuell forståelse av hjelpesøking, og de har utviklet et rammeverk for hvordan de mener hjelpesøking bør undersøkes. De definerer hjelpesøking slik: «In the mental health context, help-seeking is an adaptive coping process that is the attempt to obtain external assistance to deal with a mental health concern.» (Rickwood & Thomas, 2012, s. 180). Hjelpesøkeprosessen består ifølge dem av fem elementer som er prosess, tidsramme, hjelpekilde, type hjelp, og type bekymring. Alle disse elementene bør tydeliggjøres ifølge de to forskerne. Det første elementet, prosess, handler om hvilken del av prosessen man undersøker, det vil si generelle holdninger, intensjon eller faktisk atferd. Tidsrammen handler om å avklare om man undersøker hjelpesøking for en begrenset periode (uker, måneder) eller hjelpesøking noensinne. Videre skiller de mellom type hjelpekilde som kan være enten formell, semi-formell, uformell eller selvhjelp. Type hjelp defineres som enten instrumentell støtte, informasjon, tilknyttende støtte, emosjonell støtte eller behandling. Det siste og femte elementet, bekymring, handler om enten generell bekymring eller mer spesifikke symptomer. Mens Cornally og McCarthy (2011) sin definisjon kun inkluderer profesjonell hjelp så er Rickwood og Thomas (2012) sin definisjon mer utvidet og inkluderer flere former for hjelp. En oversikt over hvordan den foreliggende studien forholder seg til disse fem elementene kommer i diskusjonen under metodiske betraktninger.

Et problem med begge definisjonene ovenfor er at de definerer hjelpesøking som selve handlingen å søke hjelp og ekskluderer dermed samtidig vurderingsprosessen som skjer i forkant av denne handlingen. Det vil si en vurdering av hvorvidt man skal eller ikke skal søke hjelp. Definisjonene forutsetter at utfallet blir positivt, i betydningen at man ender opp med å søke hjelp, og mange modeller har blitt kritisert for å ta dette for gitt fremfor å gi gode forklaringer på fravær av hjelpesøking (Biddle et al., 2007). Men konseptualiseringen til Rickwood og Thomas (2012) innebærer likevel en viss grad av nyansering fordi det første elementet (prosess) legger opp til at man også kan undersøke holdninger eller intensjon fremfor faktisk atferd. Definisjonene legger opp til en forståelse av at hjelpesøking starter *etter* at man har bestemt seg for å søke hjelp. Hva som skjer i forkant av denne beslutningen er derimot avgjørende for å forstå påvirkningen fra både hindre og fasilitatorer, noe som er hovedfokuset i denne oppgaven. Teoriene presentert overfor har vist at hjelpesøking kan forstås som en kostnad-nytte-analyse, noe som impliserer at det nettopp forekommer en vurdering i forkant av beslutningen. Disse definisjonene er likevel inkludert fordi de synes å illustrere det dominerende utgangspunktet for en del forskning på hjelpesøking der selve atferden står i fokus. Definisjonene er også et relevant utgangspunkt fordi utvalget av

informanter i den foreliggende studien er basert på mennesker som *har* tatt kontakt med en helsetjeneste.

En alternativ forståelse av hjelpesøkeprosessen er en såkalt tilnærming-unngåelseskonflikt. Dette ble foreslått av Kushner og Sher (1989) som en relevant konseptualisering av hjelpesøking. Konflikten handler om at symptomtrykk og ønsket om å redusere dette øker sjansen for at man oppsøker hjelp, såkalte tilnæringsfaktorer, mens unngåelsesfaktorer, slik som risikoen for å bli oppfattet som gal, minker sjansen for å søke hjelp. Denne konseptualiseringen er inkludert her fordi den gir bedre uttrykk for hva som skjer *før* man bestemmer seg og tar kontakt med en hjelpetjeneste. Jeg vil argumentere for at det er viktig å skille mellom hjelpesøking som *hjelpesøkende atferd*, i betydningen selve handlingen «å søke hjelp», til forskjell fra hjelpesøking som *hjelpesøkeprosessen* i forkant av denne handlingen. Dette utdypes i diskusjonen. Det som er av interesse i denne oppgaven er nettopp prosessen i forkant av handlingen og hvordan man ender opp med å søke hjelp.

2.4 Formål

Selv med den økte satsingen på psykisk helse viser både nasjonale og internasjonale tall at det fortsatt er mange som kunne hatt nytte av hjelp som likevel ikke oppsøker dette. Derfor er kunnskap om hvilke faktorer som påvirker hjelpesøking viktig for å belyse hvilke grep som kan tas for å senke terskelen og å øke hjelpesøkende atferd for etablerte psykiske lidelser, men også for begynnende vansker. Dette impliserer for øvrig et entydig mål om at terskelen skal senkes, men dette vil nyanseres i diskusjonen der sykeliggjøringsdebatten trekkes fram.

I lys av økt fokus på forebygging og lavterskeltilbud er det interessant å se nærmere på en gruppe mennesker som har søkt hjelp fra et lavterskeltilbud. Dette for å utforske hjelpesøkeprosessen og hvilke faktorer som påvirker unge voksne mennesker til å søke hjelp. Lavterskeltilbud er nettopp ment å skape *lav terskel*, og egner seg dermed godt til å utforske fasilitatorer for hjelpesøking. I forlengelsen av dette er lavterskeltilbud for studenter spesielt interessant på bakgrunn av den økte pågangen i henvendelser fra studenter (Sit psykosial helsetjeneste, 2018). Ved å se nærmere på et lite utvalg studenter som selv har søkt hjelp fra et lavterskeltilbudet til Studentsamskipnaden i Trondheim (SiT) kan man få en oppfatning av hvilke faktorer som har hatt betydning for dem. I denne oppgaven undersøkes hjelpesøking fra et lavterskeltilbud som er utelukkende for studenter. Akkurat dette tilbudet er dermed ikke tilgjengelig for hele befolkningen slik definisjonen i avsnitt 1.2.5.1. Hva lavterskeltilbud er generelt, og hvem tilbudene er til for, drøftes i diskusjonen under praktiske implikasjoner.

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

Studien undersøker opplevelser og erfaringer hos studenter som har søkt hjelp fra SiT, men det må understrekes at studien ikke har til hensikt å evaluere psykologtilbudet til SiT. Målet er å undersøke faktorer som fasiliterer, og faktorer som hindrer, hjelpesøkende atferd. I tillegg er det av interesse å øke forståelsen for hvordan faktorene påvirker prosessen fra man begynner å oppleve psykiske vansker til man søker hjelp for disse.

3 Metode

3.1 Problemstilling og tilnærming

Denne studien ønsker å belyse følgende hovedproblemstilling: hvilke faktorer fasiliterer, og hvilke faktorer hindrer, psykologisk hjelpesøking fra et lavterskeltilbud? Hovedmålet er å identifisere hvilke faktorer som fasiliterer prosessen og øker sjansen for at en person søker hjelp, men det vil også bli undersøkt hva som oppleves som hindre i denne sammenhengen. I tillegg er det et mål å forstå hvordan disse faktorene interagerer / henger sammen og hvordan de påvirker hjelpesøkeprosessen.

For å besvare problemstillingen er det naturlig å samle data fra informanter som selv har søkt psykologisk hjelp. En representativ kvantitativ tilnærming kunne gitt gode rammer for generalisering av resultater og for å vurdere effektstyrken av hver enkeltstående faktor. Imidlertid ligger en slik undersøkelse utenfor økonomiske og tidsmessige rammer for en hovedoppgave. Det er også utilstrekkelig med forskning på hva som er viktige faktorer, spesielt fasilitorer. Derfor vil denne oppgaven prøve å bidra til å belyse slike faktorer gjennom intervjuer med unge mennesker som har valgt å søke hjelp fra et lavterskeltilbud. For å besvare den aktuelle problemstillingen har derfor kvalitativ metode blitt ansett som godt egnet. Det eksisterer lite forskning på hjelpesøking ved *lavterskeltilbud* i Norge, og kvalitativ metode er en gunstig tilnærming når det foreligger lite forhåndskunnskap om et tema (Howitt, 2013). Med en kvalitativ tilnærming øker muligheten til å utforske og fange opp deltageres egne opplevelser og tanker om hva som trakk dem i retning av å søke hjelp og hva som eventuelt holdt dem tilbake. Innenfor kvalitativ metode har man flere valg for både innhenting av analyse av data. Individuelle intervju ble ansett som det beste alternativet for datainnsamling da det gir innblikk i deltageres egne tanker rundt det å søke hjelp, og fordi det finnes gode muligheter for å følge opp og få utdypet de svarene som gis. Individuelle intervju under anonyme betingelser legger dessuten til rette for at deltagerne skal kunne gi ærlige, åpne svar på nokså personlige spørsmål.

Metoden som ble valgt for å analysere intervjuene var tematisk analyse og vil beskrives i avsnitt 3.4. De neste avsnittene vil synliggjøre og begrunne metodevalg som har blitt foretatt med hensyn til deltagere og rekruttering. Deretter beskrives gjennomføring av datainnsamling og datanalyse før metodekapittelet avsluttes med en bemerkning om etiske betraktninger.

3.2 Design

Et hovedkriterium for deltagerne i studien var å være student som hadde søkt hjelp fra psykologtilbudet som tilbys av Studentsamskipnaden i Trondheim (SiT). SiT har en rekke ulike tilbud som helsesøster på campus og mestringskurs, men når det refereres til SiT-tilbudet i denne studien er det spesifikt (og kun) psykologtilbudet som menes. Det ble også presisert som krav at man hadde *tatt kontakt* med SiT, men at det ikke var nødvendig at man hadde *mottatt* hjelp (se vedlegg 3). Bakgrunnen for dette er studiens interesse for prosessen fram til man søker hjelp, ikke hva som skjer etterpå, og det var heller ikke et mål å vurdere effekten av en eventuell behandling. Videre var det ønskelig å unngå samtale om selve problemet som deltagerne søkte hjelp for. Dette var for å imøtekomme krav til etiske retningslinjer, og det var samtidig et forsøk på å ufarliggjøre deltagelse i studien. Det er sannsynlig at terskelen for å delta i en intervjustudie ville være høyere dersom man utleverer sensitiv informasjon om egen psykisk helse, så dette var viktig informasjon som ble gitt i forbindelse med rekruttering.

Videre ble det satt et kriterium knyttet til alder der begrensningen ble satt til personer mellom 18 og 30 år for å avgrense aldersspennet i begge retninger. Blant de som tok kontakt ble det valgt ut personer i ulike aldre, kjønn og med forskjellige studieretninger for å prøve å få en viss heterogenitet i en ellers nokså homogen gruppe. Det var mulig å være selektiv på disse forholdene fordi flere informanter tok kontakt enn det totale antallet som ble aktuelt å ha med i studien. De ti personene som ble valgt ut var mellom 19 og 28 år og hadde tatt kontakt med SiT fra tidligst 2014 til senest 2017. Det innebar at enkelte av dem hadde avsluttet psykologsamtalene for en god stund siden, enkelte av dem var i et samtaleløp mens andre fortsatt ventet på å komme til samtale. Utvalgsstrategien som er benyttet i denne studien er dermed et strategisk utvalg til forskjell fra et representativt utvalg som er vanlig i kvantitativ forskning. Strategisk utvalg vil si at det ikke er tilfeldig hvem som er med, men at man foretar et bevisst utvalg av personer som egner seg til å belyse en problemstilling (Malterud, 2011).

I kvalitativ metode snakker man gjerne om begrepet metning (Howitt, 2013) som vil si at man innhenter nye data så lenge man får ny informasjon. Dette ble forsøkt gjennomført som strategi for å avgrense antall informanter i denne sammenhengen samtidig som det totale antallet informanter også ble påvirket av tidsmessige begrensninger. Gitt slike begrensninger anses ti personer ofte som et tilstrekkelig antall informanter (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016). Uheldigvis viste det seg at to av lydopptakene var defekte, dette til tross for at båndopptakeren ble testet og fungerte før alle intervjuene. Det komplette datagrunnlaget

omfattet derfor åtte informanter totalt. Det åtte resterende informantene var mellom 19 og 24 år.

3.2.1 Rekruttering. Det ble rekruttert studenter til denne studien fordi hensikten var å snakke med personer som hadde søkt hjelp ved lavterskeltilbudet til SiT. Lavterskeltilbudet er et hjelpetilbud som er gratis, og man slipper å gå via fastlegen. Dermed kan man undersøke faktorer som er knyttet til en tjeneste som ikke omfatter potensielle hindre koblet til å ta kontakt med helsehjelp der det er behov for henvisning. Rekruttering ble gjort ved å henge opp informasjonsplakater (se vedlegg 2) på ulike campus (Gløshaugen, Dragvoll, Moholt) samt ved å presentere studien i noen større forelesninger. Alle deltagere ble tilbudt et gavekort til en verdi på kr 150 på et kjøpesenter som en takk for at de ville dele sine opplevelser og erfaringer.

De som var interessert i å delta tok direkte kontakt med meg via mail eller SMS. De fikk deretter tilsendt et lengre og mer utfyllende skriv på mail (se vedlegg 3). Skrivet inneholdt informasjon om studien og deltakelse, retten til å trekke seg, samt informasjon om at personidentifiserende opplysninger (inkludert lydopptak) ville bli trygt oppbevart etter gjeldende forskrifter for oppbevaring av personopplysninger og bli slettet ved prosjektets avslutning.

3.3 Intervju og intervjuguide

3.3.1 Gjennomføring. Intervjuene ble gjennomført på NTNU sine interne poliklinikker for å legge best mulig til rette for en fortrolig samtale. Båndopptakeren som ble benyttet var utlånt fra Psykologisk institutt og ble testet i forkant av intervjuene for å sikre at utstyret var i orden. Før båndopptageren ble slått på fikk informanten en kort presentasjon av intervjuer og prosjektet og mulighet til å stille spørsmål. Jeg forsikret meg om at deltagerne hadde forstått hva deltagelse innebar, og informasjon om anonymisering, frivillig deltakelse og retten til å trekke seg ble understreket på nytt. Samtykke til opptak ble signert før båndopptager ble slått på. Det første intervjuet varte i 1 time og 55 minutter, mens de resterende varte i 40-50 minutter. Varigheten av det første intervjuet skyldtes både at denne informanten pratet svært utfyllende om sine erfaringer, og at jeg som intervjuer var bedre på å strukturere tiden i de påfølgende intervjuene. Etter at båndopptakeren ble slått av fikk informanten mulighet til å komme med tilbakemeldinger.

Det er viktig å være klar over sine forforståelser og hypoteser før man begir seg ut i forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015). Den klareste forforståelsen i denne studien er at det

eksisterer en terskel for å søke hjelp, og rekrutteringslappene ble utformet med dette som utgangspunkt der begrepet terskel ble inkludert. Dette kan ha hatt innvirkning på hvem som meldte seg til studien og på hvordan disse tenkte rundt og besvarte spørsmålene som ble stilt. Derfor ble det gjort stor innsats for at spørsmålene i intervjuguiden skulle være minst mulig førende i denne sammenhengen for å legge til rette for fri refleksjon fra deltageres side. Intervjuguiden som ble benyttet var laget i form av et semistrukturert intervju (se vedlegg 1). Den besto av totalt elleve spørsmål hvorav ett oppvarmingsspørsmål, ett avrundende spørsmål og ni hovedspørsmål. For å legge til rette for en naturlig flyt i samtalen ble rekkefølge på spørsmålene tilpasset til hver enkelt informant. Noen forslag til oppfølgingsspørsmål var notert under hovedspørsmålene i intervjuguiden og ble stilt der informanten ikke selv kom inn på disse. Deltagerne ble bedt om å utdype og forklare svarene sine der det var rom for ulike tolkninger eller der det virket som de antok at jeg skjønnte hva de mente. Dette regnes som viktig for å unngå at den som intervjues tar for gitt at intervjueren forstår hva man prøver å si (Tjora, 2017). Tjora (2017) forklarer at det er lurt å være undrende eller nesten virke naiv, og stille slike oppklarende spørsmål for å få tak på hva den intervjuede mener og for å unngå at mye fortelles mellom linjene. Det er spesielt viktig når det er mange likhetstrekk mellom intervjuer og den som blir intervjuet (Tjora, 2017, s. 119), noe som var tilfellet her med hensyn til alder og livssituasjon (student).

3.3.2 Transkribering. Etter at alle intervjuene var gjennomført ble disse transkribert etter en ortografisk form for transkripsjon, det vil si en ordrett gjengivelse av det som blir sagt uten å markere for eksempel fonetiske detaljer. I mer komplekse transkriberinger er det vanlig å inkludere fonetikk og ikke-verbale forhold der målet er å gjengi ikke bare innhold, men også måten noe blir sagt på (Howitt, 2013). Ortografisk transkribering er ansett som tilstrekkelig når man foretar en tematisk analyse (Howitt, 2013), og en slik tilnærming ble benyttet her. Samtidig ble enkelte ikke-verbale forhold markert der det ble ansett som essensielt for formidlingen av innholdet. Lange pauser på mer enn 4-5 sekunder ble notert, og lydordet «eh» der deltagerne brukte dette ble notert for få fram steder der deltagerne kunne virke avventende, tenkende eller usikre. Der informantene ler har dette blitt nedtegnet som «hehe», men det har ikke blitt skilt mellom type latter (for eksempel nervøs) da dette er et tolkningsspørsmål. Det var også et par steder der informantene la ekstra mye trykk på et ord, og dette ble markert ved å sette ordet i kursiv. Utover dette ble ikke måten folk snakket på notert slik det gjøres i mer avanserte transkriberinger. For å ivareta anonymiteten til informantene ble alt transkribert på bokmål, men det ble ikke korrigert for grammatikk. Alle

ord er dermed ikke nødvendigvis korrekt skrevet etter skriftlige regler (for eksempel utafør istedenfor utenfor, og engelske slang-ord som «ish» er beholdt slik de uttales).

Det har blitt inkludert omtrent like mange sitater fra hver informant slik at alle deltagerne er godt representert i resultatene. Kun kjønn på informanten er inkludert, og all annen informasjon om hvem som har sagt hva er utelatt av hensyn til anonymitet. Alle navn som oppgis i sitatene er fiktive. Der hvor deler av sitatet er fjernet markeres dette som «...» der det kun er fjernet 2-3 ord, og som «(...))» der flere ord eller linjer er tatt vekk. Dette er gjort der den fjernede teksten er overflødig for å demonstrere poenget eller der inkludering av teksten vil kunne kompromittere informantens anonymitet.

3.4 Dataanalyse

Tematisk analyse (TA) har som mål å identifisere temaer i et innsamlet datamateriale (Braun & Clarke, 2006), og det er ansett som en fleksibel og mye benyttet metode (Howitt, 2013). Et tema kan defineres som noe som «captures something important about the data in relation to the research question, and represents some level of patterned response or meaning within the data set.» (Braun & Clarke, 2006, s. 82). Tematisk analyse har blitt kritisert av mange for å være utflytende, men ifølge Braun og Clarke (2006) er denne kritikken basert på at det har blitt gjennomført en rekke dårlige studier fremfor at metoden i seg selv er dårlig. Jeg tar derfor utgangspunkt i at hvis analyseteknikken brukes riktig og man tar bevisste valg underveis i analyseprosessen så er den en god metode for å belyse problemstillingen.

Det har her blitt valgt å ta utgangspunkt i det Braun og Clarke (2006) kaller en realistisk tilnærming framfor en konstruktivistisk epistemologisk tilnærming. Det ble valgt å gjøre analysen ut ifra et semantisk og eksplisitt nivå der man ikke ser etter en latent mening utover de ordene som uttrykkes. Det innebærer at man ikke går forbi ordene eller ser på måten man snakker om noe på, men heller at man studerer innholdet i det som blir sagt og lar ordene tale for seg selv. Man ser altså på materialet som noe som reflekterer det informanten vil få fram. Dette står i motsetning til for eksempel diskursanalyse som er mer opptatt av å forstå hvordan språket konstruerer forståelsen av virkeligheten (Starks & Trinidad, 2007).

Tematisk analyse kan benyttes uavhengig av om man har en deduktiv eller induktiv (data-drevet) tilnærming. En utforskende induktiv tilnærming er valgt som utgangspunkt for analysen her med bakgrunn i at målet er å besvare en problemstilling på et forskningsområde der det finnes begrenset med forhåndskunnskap.

3.4.1 Gjennomføring. Braun og Clarke (2006) skisserer en modell for tematisk analyse med følgende seks steg: 1) gjøre seg kjent med dataene, 2) generere foreløpige koder, 3) søke etter temaer, 4) gjennomgå temaene, 5) definere og navngi temaene, og 6) produsere rapporten (s. 87). Forfatterne understreker modellens dynamiske karakteristikk der de seks fasene går inn i hverandre og ikke følger en lineær prosess. Jeg har forsøkt å etterfølge deres retningslinjer så godt som mulig, og prosessen har vært preget av å jobbe med flere trinn parallelt samt å gå tilbake til tidligere trinn for å revidere disse. Det ble naturlig å gjøre analysen i to hovedfaser, først med fokus på trinn én til tre og deretter trinn fire til seks. I kvalitativ metode har forskeren en aktiv rolle i analyseprosessen, spesielt i tematisk analyse, og temaene dukker ikke opp av seg selv, men er et resultat av bevisste valg og vurderinger forskeren tar underveis i prosessen (Braun & Clarke, 2006). Dette gjelder også for denne studien. Likevel har det blitt gjort en stor innsats for å gjennomføre en analyse som i størst mulig grad reflekterer datamaterialet, og analysen har et data-drevet utgangspunkt der koder og temaer gjennomgående har blitt vurdert tett opp mot faktiske utsagn.

I analysen av datamaterialet har jeg valgt å analysere ett og ett intervju fremfor å ta for meg ett og ett spørsmål på tvers av intervjuene. Intervjuene var dynamiske og preget av stor frihet fra intervjuguiden så dette ble ansett som den beste fremgangsmåten. Ifølge Braun og Clarke (2006) kan tematisk analyse gjøres på mange ulike måter såfremt man klargjør hvilke valg man har tatt underveis i analyseprosessen. I denne studien ble det vurdert som mest gunstig å gjøre en rik beskrivelse av hele datamaterialet der kodene og temaene representerer en så nøyaktig som mulig gjengivelse av nettopp *hele* datamaterialet fremfor en detaljert analyse av ett spesifikt tema, noe som er anbefalt når man undersøker et lite utforsket område (Braun & Clarke, 2006).

Det første stadiet i seks-trinn-modellen til Braun og Clarke (2006) er å bli kjent med datamaterialet. Dette ble gjort gjennom transkribering av alt materialet parallelt som det ble gjort notater av refleksjoner samt forslag til temaer. I etterkant av dette ble intervjuene kodet i programmet NVivo11 (for mac) noe som resulterte i en stor mengde koder. På grunn av utfordringer knyttet til sortering av koder ble alle intervjuene lyttet gjennom på nytt samtidig med aktiv notering av utsagn og refleksjoner. Dette ble disse gjennomgått ytterligere, og dette la grunnlaget for videre koding. Det første intervjuet som ble kodet førte til et stort antall koder og foreløpige under- og hovedtemaer. En ytterligere bearbeiding av disse ga fire foreløpige hovedtemaer som var ambivalens, innsikt, påvirkning fra andre og SiTs synlighet og tilgjengelighet. Identifiseringen av temaer ble gjort i tilknytning til problemstillingen, og forskerens rolle er avgjørende for å vurdere hva som bør regnes som et tema (Braun & Clarke,

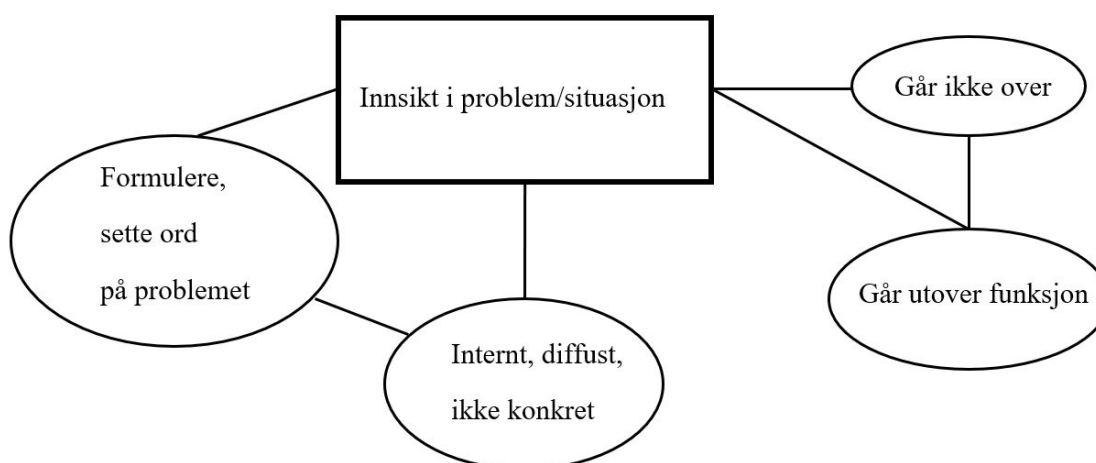
2006). Her innebar dette at enkelte temaer var fremtredende hos mange av informantene, mens andre var fremtredende hos få. De ble like fullt valgt ut som temaer fordi de fremsto som spesielt relevante for enkelte av deltagerne. Videre ble data fra de resterende informantene gjennomgått, og koder og temaer ble nøye gjennomarbeidet og vurdert opp mot hverandre for ytterligere revidering. Det ble også laget en rest-kategori for koder som ikke passet inn noe sted, og disse ble utgangspunktet for de øvrige resultatene (se avsnitt 4.4). Alle temaer og koder ble sjekket opp mot de opprinnelige NVivo 11-kodene for å sikre at de samsvarte, noe de gjorde i stor grad.

Som Braun og Clarke (2006) påpeker vil enkelte av de opprinnelige kodene utvikles til hoved- eller undertemaer, og dette var også tilfellet i denne studien. For eksempel viste det seg at koden «innsikt» ble et aktuelt hovedtema (se tabell 1 og figur 1 under).

Tabell 1

Eksempel på opprinnelige koder i første fase av kodingsprosessen. Kodene ble senere utviklet til temaer.

Tekstsekvens	Kodet til
Det gikk jo kanskje et halvt år før jeg klarte å innse selv at jeg virkelig trengte psykologhjelp, for jeg trodde det kom til å gå litt over av seg selv, men det som gjorde det lett etter hvert var at jeg innså at jeg klarer ikke å fikse det selv, jeg har prøvd såpass lenge	Innsikt Gikk ikke over



Figur 1. Tematisk kart som viser første forslag til hovedtemaet innsikt. Noen koder ble videreutviklet til undertemaer, mens andre koder ble underlagt nye undertemaer.

Som nevnt er de seks fasene i tematisk analyse ikke lineære, og under skriveprosessen og arbeidet med trinn fire-seks ble analysen videreutviklet. Under analysen ble det klart at noen av temaene var basert på motsetninger, og at enkelte hindre og fasilitatorer muligens utgjør polariserte dimensjoner. Under den videre analysen av funnene dukket det opp et behov for å se faktorene i sammenheng fremfor som separate og uavhengige fasilitatorer og hindre. Dette bidro til konseptualisering av hjelpesøking som en dynamisk prosess med to viktige vurderings spørsmål: 1) *Har jeg et problem?* og 2) *Skal jeg søke hjelp for dette problemet?* Prosessen er illustrert i figur 2 på slutten av resultatkapittelet. Resultatdelen innebærer altså både beskrivelser og tolkninger av funn da dette ble ansett som tett forbundet og hensiktsmessig å plassere sammen.

3.5 Ethiske betraktninger

Som i all forskning som involverer møter med mennesker er det viktig å ta etiske hensyn i kvalitativ metode (Howitt, 2013), og man må være klar over hvilke etiske utfordringer som finnes (Malterud, 2011). I denne studien ble det gjennomført informert samtykke, og det ble gjort nøye arbeid for å sikre deltagerens anonymitet. Det ble foretatt anonymisering av materialet i flere faser, i første omgang ved transkribering der personidentifiserende ord eller setninger ble utelatt. I andre omgang er alt av sitater som har blitt inkludert i oppgaven anonymisert der informantnummer og alder er utelatt. Andre etiske hensyn har også blitt tatt. På et tidspunkt i ett av intervjuene sa en av deltagerne at han ikke ønsket at det han nå skulle til å si skulle bli transkribert. Det ble da valgt å heller slå båndopptakeren helt av i noen minutter. Terskelen for å søke hjelp er et tema som kan oppleves som sensitivt og personlig, og det kan være rart å åpne seg til en fremmed om slike forhold. For å ta spesielt hensyn til dette ble alle deltagerne spurt om hvordan de opplevde intervjuet etter at båndopptakeren var skrudd av, og det ble satt av tid til å prate litt løst om dette.

Det ble ikke spurt om helseopplysninger, noe som gjorde at det ikke ble relevant å søke studien til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg 4). Da hovedoppgaven måtte utsettes ble dette meldt inn til NSD og godkjent på nytt (se vedlegg 5).

4 Resultater

Hvilke faktorer påvirket deltagerne på veien mot å søke psykologhjelp fra SiT? Analysen nedenfor viser en beslutningsprosess preget av usikkerhet og tvil der noen faktorer holdt dem tilbake mens andre faktorer dyttet dem i retning av å søke. Det ble identifisert syv hovedtemaer og 16 undertemaer (se tabell 2 under). Hovedtemaene er: vurdering av egen problematikk, syn på å søke hjelp, innsikt i egen situasjon, påvirkning fra nettverk, tidligere erfaringer, kjennetegn ved lavterskeltilbud, og praktiske forhold. De syv hovedtemaene ble kategorisert på et overordnet nivå med de tre første som individuelle faktorer, de to neste som relasjonelle faktorer og de to siste som strukturelle faktorer. Nedenfor blir hvert av de syv hovedtemaene og deres respektive undertemaer presentert.

Tabell 2

Oversikt over overordnede faktorer, hovedtemaer og undertemaer.

<i>Overordnede faktorer (3)</i>	<i>Hovedtemaer (7)</i>	<i>Undertemaer (16)</i>
INDIVIDUELLE FAKTORER	Vurdering av egen problematikk	«Ikke alvorlig nok» Ambivalent prokrastinering
	Syn på å søke hjelp	Ønske om egen mestring Frykt for stigmatisering
	Innsikt i egen situasjon	«Det går ikke over» «Hverdagen fungerer ikke» Symptomgjenkjennelse
RELASJONELLE FAKTORER	Påvirkning fra nettverk	Sosial støtte Råd og oppfordring
	Tidligere erfaringer	Kjennskap til andres erfaringer Møter med profesjonelle hjelpere
STRUKTURELLE FAKTORER	Kjennetegn ved lavterskeltilbud	Synlighet og image Tilgjengelighet Pris Fastlege ikke aktuelt
	Praktiske forhold	Tid og prioritering

4.1 Individuelle faktorer

Individuelle faktorer handler om forhold som er knyttet til indre kognitive prosesser og de personlige vurderingene som deltagerne hadde i forkant av å søke hjelp. Dette inkluderer de tre hovedtemaene «vurderinger av egen problematikk», «syn på å søke hjelp» samt «innsikt i egen situasjon».

4.1.1 Vurdering av egen problematikk. Det første hovedtemaet er klassifisert som en individuell faktor fordi det omhandler informantenes personlige vurderinger og refleksjoner i forkant av å søke hjelp. Her forstås individuell i betydningen «indre». Dette er et sentralt hovedtema i analysen og et viktig hinder. Vurdering av egen problematikk er delt i to undertemaer; «ikke alvorlig nok» og «ambivalent prokrastinering».

4.1.1.1 «Ikke alvorlig nok». Et svært fremtredende tema i intervjuene var informantenes usikkerhet knyttet til hvorvidt problematikken de vurderte å søke hjelp for var «alvorlig nok». Dette handlet både om egen vurdering, men også frykt for andres vurdering. Det viste seg at dette var et relevant spørsmål som opptok alle unntatt én informant, og at dette var noe som holdt dem igjen fra å søke om hjelp. Flere fortalte at de hadde vurdert å søke hjelp på et tidligere tidspunkt, men latt være på grunn av denne tvilen. Det var spesielt én informant som snakket mye om dette undertemaet på flere ulike tidspunkt i intervjuet:

«Man sammenligner seg selv, men fungeringa mi er så vekslende. Bevisene lå der hos venninna mi, hun kom seg ikke opp, hun er monoton, nedstemt, mens jeg har ikke problemer der, hvert fall ikke som synes. (...) Når jeg sammenligner meg med en som ikke kommer seg opp av senga liksom, så ble mine problemer ikke alvorlige nok, ... sånn som med venninna mi da så tror jeg alle rundt ser og forstår hvor alvorlig det er, mens det med meg så er det jo egentlig bare meg selv, for de andre får ikke se det, og da krever det kanskje at jeg mer tar stilling selv til om det er alvorlig nok, enn om omgivelsene skjønner greia (...) At herregud, 'Anne', du er jo så fungerende, du får jo til alt så hvorfor skal du ha hjelp, ikke sant» (K).

Halvparten av informantene la spesielt vekt på dette med å fungere i hverdagen og mente derfor at problemet ikke var alvorlig nok til å søke hjelp for, og mange av disse vurderingene var basert på sammenligninger med andre mennesker og en tanke om at andre trenger hjelpen mer enn dem. Et interessant poeng her er likevel at deltageres «alvorlig nok»-vurdering er mye strengere overfor seg selv enn andre:

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

«Terskelen for at jeg skal søke hjelp er veldig mye høyere enn terskelen for når jeg ber vennene mine søke hjelp liksom, hvis de går og tenker på noe, eller liksom, altså, på en skala fra en til ti da, så søker jeg hjelp på sju eller åtte, så ber jeg vennene mine søke hjelp på tre eller fire» (K).

Bekymringen handlet også om at flere kviet seg for å be om hjelp av frykt for å bli avvist med beskjeden om at problemet burde takles på egenhånd: «jeg var hele tiden litt redd for at jeg skulle spørre om hjelp og at responsen skulle være 'ja, men det er jo sånn alle har det, deal with it'» (M). Samme informant var opptatt av at assosiasjonene han hadde til det å gå til psykolog var dramatiske og relatert til blant annet posttraumatisk stressyndrom (PTSD), noe som gjorde terskelen høy for å tenke på hans eget problem som alvorlig nok. En annen informant forklarte at hun normaliserte det hun opplevde og følte at det nesten var en del av hennes personlighet. Hun tenkte dermed at det ikke var en god grunn for å søke hjelp fordi det var normalt for henne og noe hun tenkte at man ikke kunne gjøre noe med. Det finnes også en annen side ved dette undertemaet som ble påpekt av en av informantene. Hun sa at samtidig som hun var redd for at problemet ikke var alvorlig nok så var hun også redd for å finne ut at det nettopp var noe alvorlig galt.

Eksemplene ovenfor viser at dette var et viktig hinder, men med en gang deltagerne konkluderte med det motsatte, at det var «alvorlig nok», så ble dette en fremtredende fasilitator: «for det var jo først da når ... skjedde at jeg tenkte at nå tar jeg kontakt, det var noe jeg *visste* var noe man burde ta kontakt og få hjelp for (...) da tenkte jeg det var noe konkret, da hadde jeg på en måte en billett til å få hjelp» (K). Grunnen til at dette blir et hinder synes å være fordi det sjelden er lett å svare et klart ja på spørsmålet om det er «alvorlig nok».

4.1.1.2 Ambivalent prokrastinering. Det neste undertemaet har jeg kalt ambivalent prokrastinering fordi deltagerne ga uttrykk for en sterk ambivalens knyttet til å søke hjelp. Undertemaet illustrerer hvordan noe trekker informantene i retning av å søke samtidig som noe annet holder dem tilbake og vitner også om at fasilitatorer og hindre bør ses i sammenheng med hverandre. Ambivalensen er et hinder som opprettholder status quo, nemlig å ikke ta kontakt med psykologtjenesten. Undertemaet er en slags prokrastinering som kommer til uttrykk gjennom at informantene *utsetter* å søke hjelp til tross for at en del av dem føler at dette kanskje er nødvendig. Dette undertemaet er tett forbundet med det forrige, og «ikke alvorlig nok» kan forstås som en type ambivalens. Imidlertid er «ikke alvorlig nok» relatert til vurdering av opplevelse og alvorlighetsgrad, mens «ambivalent prokrastinering» er

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

en handling, eller egentlig fravær av handling som handler om utsettelse av avgjørelsen og unnvikelse av problemet. Derfor er disse to undertemaene adskilt og presentert separat.

Undertemaet var relevant for syv av åtte informanter. For tre av informantene var denne ambivalensen knyttet til en slags syklus mellom gode og dårlige perioder der de på gode dager ikke følte behov for å søke hjelp og på de dårlige dagene ikke hadde overskudd til å søke hjelp:

«Når ting er dårlig så kjenner jeg på et veldig behov for det, altså, sånn *nå* hadde det vært greit å ha noen å prate med eller *nå* hadde det vært greit å vite hvordan jeg skal takle denne situasjonen eller sånne ting, men jeg glemmer det alltid når jeg på en måte, når ting er bra da, og det er når ting er bra at jeg har ressursene til å ta kontakt og søke hjelp, men da føler jeg liksom ikke at jeg trenger det, sant» (K).

Tett knyttet til dette var troen på at problemet ville gå over, en tanke som viste seg å være tilstede hos de fleste informantene:

«Jeg tror jeg alltid har hatt den tanken om at kanskje, kanskje det går over i morgen, fordi at du har jo på en måte øyeblikk hvor du ikke nødvendigvis glemmer det, men plutselig så innser du at oi, det her gikk jo helt fint i dag, men plutselig dagen etterpå så gikk det jo ikke igjen, men eh, jeg tror det var litt, et lite håp om å slippe å måtte gjennom en runde til, selv om jeg egentlig visste at det er nok det som må skje, eh, nei så, ja, å håpe at det går over av seg selv» (K).

En annen informant snakket en del om at hun egentlig ikke ville be om hjelp, men samtidig ville ha hjelp og en tredje understreket at hun «var så veldig enten eller». Her kommer ambivalensen tydelig til uttrykk fordi hun både vil og ikke vil ha hjelp.

En av informantene understreket en gjennomgående tanke om at «dersom det blir verre nå» så ville hun søke, og at hun faktisk hadde tenkt dette i flere år som en slags betryggelse om at hun kunne søke hvis det skulle bli nødvendig, men hun hadde likevel ikke søkt selv om det tidvis ble verre i denne perioden. En informant som var tydelig preget av ambivalensen snakket om hvor vanskelig det var å bestemme seg for å søke: «da jeg satt der og tenkte ‘nå skal jeg gjøre det’ så var det jo samtidig det der at, men vil jeg egentlig ta tak i det her, det er jo noe vondt ikke sant, man vil jo helst ha det komfortabelt, at det kom til å bli mye arbeid å ta tak i det» (K).

Ambivalensen handler altså om det å stå midt i valget uten å klare å ta det. Man utsetter avgjørelsen (prokrastinering) og opprettholder samtidig status quo som er å ikke søke hjelp. Oppsummert kan man si at ambivalent prokrastinering handler om både varierende behov, troen på at det kommer til å gå over, å samtidig ønske og ikke ønske hjelp samt usikkerhet knyttet til ubehaget ved å konfrontere problemet.

4.1.2 Syn på å søke hjelp. Mens det foregående hovedtemaet dreide seg om vurdering av selve problemet, så handler dette hovedtemaet om syn på selve handlingen å søke hjelp. Dette inkluderer subjektive og sosiale normer og holdninger og består av de to undertemaene «ønske om egen mestring» og «frykt for stigmatisering».

4.1.2.1 Ønske om egen mestring. Noe som viste seg å være et viktig hinder for informantene var ønsket om å takle problemene på egenhånd uten å søke profesjonell hjelp. Det var altså et ønske om egen mestring. Halvparten av informantene nevnte dette som et viktig hinder fra å søke hjelp. En av informantene sa for eksempel at: «mitt eget selvbilde av meg selv er sånn at jeg skal greie ting selv, jeg skulle liksom mestre alt, få til alt, ha kontroll på alt» (K). Det var tydelig at ønsket om å takle problemet selv var noe som holdt dem tilbake fra å ta kontakt med noen: «jeg var litt sånn, nei, det her ordner jeg opp selv» (K). En annen informant snakket om at det var skummelt å skulle gi slipp på kontrollen, og at det å skulle være sårbar var vanskelig og noe hun ikke var vant til.

Den ene siden av dette undertemaet handler om ønsket om å mestre, og den andre siden handler om frykten for å ikke mestre. En tolkning av dette er at ved å søke hjelp så har man bevist for seg selv og andre at man ikke klarer seg selv, og at dette truer selvbildet. Videre var det en informant som fortalte at det viktigste for ham ikke nødvendigvis var å klare seg selv, men å ikke være en person som klager over «ingenting» og ber om hjelp for noe «alle andre får til». Sånn sett handler dette undertemaet også om et ønske eller behov for å mestre like mye *som andre*. En av informantene var dessuten redd for å ikke klare å ta vare på seg selv og følte det som et nederlag å skulle søke hjelp, mens en annen fortalte at det var flaut å ikke klare ting selv. Frykten for å ikke takle problemet på egenhånd er også tett forbundet med å føle seg svak, som omtales i neste undertema.

4.1.2.2 Frykt for stigmatisering. Det andre og siste undertemaet under syn på å søke hjelp er frykt for stigmatisering. Selv om dette undertemaet også kan forstås som en form for ytre påvirkning i form av normer og holdninger i samfunnet så har den blitt plassert under

individuelle faktorer fordi det dreier seg om personens egne oppfatninger og vurderinger. I sammenhengen her vil dette si informantenes egne synspunkter i tillegg til deres oppfatninger av normer og holdninger hos andre. Dette undertemaet er et hinder for å søke hjelp.

Det var kun én som nevnte selve ordet stigma, men syv av åtte informanter snakket om at det å gå til psykolog innebar en slags identitetsmarkør. En av dem fortalte at hun ikke ville være «den som går til psykolog». Dette stempelet synes å være tilstede på tross av positiv påvirkning fra media:

«Jeg føler at det har blitt mye bedre de siste årene, jeg føler NRK og P3 har gjort en veldig, de har jo kommet med kjempe mange gode serier, 'Jeg mot meg' og så videre, eh, og det har blitt litt mer sånn åpent da, og satt mer fokus, sånn, et positivt fokus på det for å si det sånn, i media, og det har vel blitt mindre stigmatisert, men samtidig så er det litt sånn, man skal jo helst ikke ha det ikke sant, man skal jo helst være frisk, så det blir litt sånn, man kan fort bli litt sånn stempla da, og det er jo litt sånn eh, hvordan skal jeg si det, det er på en måte, et stempel, det er ikke nødvendigvis positivt eller negativt, men man har likevel det stempelet da» (K).

I forlengelsen av dette snakket hun om hvordan hun trodde andre ville tenke hvis de fikk vite at hun gikk til psykolog:

«så selv om hver enkelt person hadde tenkt, 'åja det er bra' eller 'åh det er dårlig', eller 'hun er syk' eller 'åh så bra hun får hjelp' eller et eller annet sånt ikke sant, så hadde det fortsatt vært en sånn, 'åh hun er en person som går til psykolog', hun er en person som trenger hjelp da [Intervjuer: Så det blir en form for identitet?] Ja nettopp, og at liksom man kun blir, kun blir sett på som den tingen, og ikke noe, man mister kanskje andre deler av sin personlighet da fordi at det blir så fremtredende, fordi at det er litt sånn skummel ting for andre som ikke har erfaring med det kanskje» (K)

Dette negative stempelet var imidlertid fasiliterende for én av informantene som fortalte at hun ikke ønsket å være «psykisk syk» og at dette i seg selv var en motivasjon for å bli frisk.

Et annet element som er relatert til stempelet er frykten for å bli sett som svak, og en av informantene presiserte at dette ikke handlet om hvordan hun selv så på andre, men om frykten for hvordan andre så på henne. Hun sa også at hun ikke dømte andre som søkte hjelp, men at det var vanskelig å ikke tenke sånn om seg selv. En annen av informantene snakket

også om svakhet, men med motsatt fortegn. Han forklarte at det å gå til psykolog var mer tabubelagt og skummelt da han var yngre, mens han nå opplevde at synet på psykologhjelp var et annet: «at det er en sånn fin ting å gjøre, og riktig ting å gjøre, og at det er veldig sånn, ikke en svakhet i det hele tatt, men heller en sånn styrke da i at folk kjenner seg selv og, i at folk vil være friske da» (M). Samme informant sa likevel at han opplevde at det å gå til psykolog var litt rart, men understreket at det alltid var en bra ting. Tre andre informanter fortalte at de fikk utelukkende positiv respons fra andre i ettertid når de fortalte at de hadde søkt hjelp hos SiT. Dette undertemaet er som nevnt et hinder, men funnene viser at positive normer og holdninger i nærmiljøet kan bidra til å motvirke frykt for stigmatisering.

Et interessant funn knyttet til stempel og stigmatisering er at det var lite som tydet på at informantene definerte seg som syke i det de søkte hjelp, og at stempelet de snakket om dermed omhandlet andre ting enn selve sykdomsbegrepet. På spørsmål om hvordan en av informantene så på seg selv i det han søkte hjelp svarte han at:

«Det var ikke sånn at det på en måte var noe mer sykt enn noe annet på en måte, men, eh, nei, jeg tror ikke jeg følte noe annerledes om meg selv, jeg tror jeg bare var sånn, nå er på en måte muligheten her, eller nå har jeg bestemt meg for det da, og det føltes jo for så vidt bra det» (M).

En annen fortalte at: «jeg følte meg egentlig bare skikkelig stressa og redusert og at ingenting funka liksom» (M). Videre var det en som understreket at hun identifiserte seg mer som en student enn en som trengte hjelp. Det var derimot to informanter som delvis følte seg syke i det de søkte hjelp uten at dette virket å være spesielt avgjørende for beslutningen om å søke hjelp.

4.1.3 Innsikt i egen situasjon. Det neste hovedtemaet har jeg valgt å kalle «innsikt i egen situasjon» fordi informantene ga uttrykk for at det oppsto en endring fra det å tenke at det ordner seg på egenhånd til det å forstå problemets alvor og behovet for ekstern hjelp. Begge hovedtemaene vurdering og innsikt kan forstås som individuelle faktorer, men de skiller seg også fra hverandre. Til forskjell fra «vurdering av egen problematikk», som var et hinder, så er «innsikt i egen situasjon» en fasilitator. Dette hovedtemaet har tre undertemaer: «det går ikke over», «hverdagen fungerer ikke lenger» og «symptomgjenkjennelse».

4.1.3.1 «Det går ikke over». Dette undertemaet er det første av de hittil nevnte temaene som viser seg å være en fasilitator. Det handler om at informantene forklarer at de på et tidspunkt ble klar over at problemet ikke gikk over av seg selv eller lot seg løse på egenhånd. Informantene snakker om det å skjønne at de trenger hjelp, og en av dem snakker om at innsikten var det som skulle til for å ta steget mot å søke hjelp. Følgende informant beskriver det slik: «Ja, for akkurat det å oppsøke hjelp, det var ikke noe problem når jeg først hadde innsett at jeg skulle søke hjelp, at jeg måtte søke hjelp for å bli bedre igjen, så det var den perioden med å klare å innse det nok selv til å faktisk ta det steget» (K). Samme informant snakket om at tidsaspektet var viktig her, det at problemet hadde vart så lenge at hun innså at det ikke kom til å gå over av seg selv. En annen informant snakket om at vendepunktet uteble. Hun hadde ventet at alt skulle bli annerledes når hun flyttet til Trondheim, men det skjedde ikke og dermed ble hun mer innstilt på å søke hjelp. En tredje informant snakket også om at problemet ikke gikk over: «det var bare et lengre tidsaspekt med de problemene, og i og med at det ikke gikk over sånn av seg selv eller av min, hva skal jeg si, min innsats, hehe, så tenkte jeg at det ble aktuelt å gjøre noe annet da» (M). En fjerde informant nevnte at det å forstå at problemet ikke bare var puberteten var et viktig skritt i retning av å søke hjelp fordi hun skjønnte at det var noe annet, noe større, noe ikke alle andre nødvendigvis slet med, og noe som nettopp ikke gikk over av seg selv.

Flere informanter sier de skjønnte at de måtte gjøre noe med det selv, at de innså at det var et problem som ikke kom til å løse seg hvis de ikke gjorde noe. Og noen av dem nevnte også det med å føle et ansvar for eget liv. Videre var det et par stykker som sa at de skjønnte at voksne mennesker ikke får til alt på egenhånd og at denne innsikten gjorde det lettere å skulle søke hjelp. En av dem presiserte at det var veldig vanskelig å innse at man ikke får til alt selv. Det tok lang tid (flere måneder eller til og med år) for flere av dem å innse dette, noe som tyder på at det var vanskelig for flere, og at prosessen kan vare over lang tid.

4.1.3.2 «Hverdagen fungerer ikke». Under hovedtemaet innsikt kan man også plassere et annet undertema, at informantene innser at vanskene går utover hverdagen og generell funksjon. I dette ligger det indirekte et positivt svar på det som tidligere var et hinder, «ikke alvorlig nok». Med andre ord er dette en form for motsats til undertemaet «ikke alvorlig nok» fordi informantene her uttrykker at problemet nettopp viste seg å være stort nok fordi det påvirket hverdagen. Mens det forrige undertemaet handler om et tidsaspekt der et gitt problem ikke går over, så er dette undertemaet knyttet til selve problemets alvor og omfang.

Halvparten av informantene ga uttrykk for at plagene ble for store, og at dette bidro til at de konkluderte med at noe måtte gjøres. Informantene nevnte at det gikk utover blant annet studier og relasjoner og en av dem sa at: «siden det gikk utover fysiologiske egenskaper, eller sånn, det med sult og sånn, eh, så fant jeg ut at kanskje jeg bør snakke med noen om stress og sånn, fordi jeg kan ikke gå ut og ikke ha lyst på mat» (M). Det var altså slike konkrete eller synlige endringer som bidro til at flere av informantene følte et behov for å be om hjelp fordi de ikke lenger mestret daglige gjøremål: «jeg fikk ikke til hverdagen (...) og det er litt sånn, hvis du bor i et kollektiv alene så må du nesten klare å gå på butikken, så jeg tror det bare måtte, det gikk ikke opp liksom» (K). Flere av informantene innså altså at problemet var stort (nok) fordi det gikk utover daglig funksjon og påvirket ulike sider av livet deres. Problemet ble oppfattet som plagsomt og noe man ikke lenger kan ignorere eller la være å ta tak i.

4.1.3.3 Symptomgjenkjennelse. En annen innsikt tett knyttet til dette er gjenkjennelse av symptomer, noe som var relevant for tre av informantene. En informant fortalte at det tok lang tid før hun tok kontakt med hjelpesystemet første gang fordi hun ikke skjønnte hva problemet var. Samme informant sa at første runde hun hadde i Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) gjorde at hun gjenkjente symptomene da de kom tilbake. Hun påpekte at dette var viktig for å få henne til å søke til SiT fordi hun visste hva det var og hun kjente det igjen: «jeg tror i første runde at da var det mye mer sånn realiseringsprosess liksom sånn, oi hva er det egentlig som, måtte på en måte prøve å finne litt ut av, forstå hele greia først, mens nå på runde nummer to så var det sånn, det her kjenner jeg igjen, det her vet jeg hva er» (K). Hun fortalte videre at det at det var noe kjent gjorde det lettere å ta kontakt med hjelpesystemet.

En annen informant var opptatt av å sammenligne seg med venner og bekjente som han visste at hadde diagnoser. Han fortalte at han så likhetstrekk mellom seg selv og dem gjorde, noe som gjorde ga ham en mistanke om at han selv kanskje slet med noe av det samme. Han refererte også til begrepene normal og unormal, og når han snakket om tiden rett før han søkte hjelp sa han at «jeg følte jeg da hadde nok tegn på at dette var langt nok utenfor normalen til at det kanskje er noe å få hjelp med» (M).

En av informantene var opptatt av at det var ekstra vanskelig å søke hjelp for psykiske vansker fordi det krever at man kan formulere hva som er problemet, eller sette ord på det, og for å gjøre dette må man selv forstå hva det dreier seg om og selv ha reflektert rundt det. Det at problemet ikke er eksternt og konkret satte ekstra høye krav til en innsikt i egne vansker, noe hun mente var avgjørende for å få til å søke hjelp, at man må vite hva man søker hjelp for.

Dette undertemaet dreier seg altså om at noen av deltagerne gjenkjente tegn og symptomer hos seg selv i sammenligningen med andre, men symptomgjenkjennelse var også avhengig av deltagernes tidligere erfaringer der noen kjente igjen egne plager fra tidligere og «visste hva det var».

4.2 Relasjonelle faktorer

De ovenstående hoved- og undertemaene hører alle til under individuelle faktorer, som for øvrig inkluderer egne vurderinger relatert til påvirkninger fra samfunnet i form av forventninger og internaliserte normer og holdninger. De neste temaene som vil presenteres går innunder relasjonelle faktorer. Det vil si at det i mindre grad handler om indre prosesser og i større grad handler om hvordan andre ytre forhold påvirker hjelpesøkningsprosessen. De to hovedtemaene her er «påvirkning fra nettverk» og «tidligere erfaringer».

4.2.1 Påvirkning fra nettverk. Dette hovedtemaet handler om hvordan samtaler med venner spesielt, men også familie, påvirket valget om å søke hjelp, men også behovet for å søke hjelp, og hovedtemaet består av de to undertemaene «sosial støtte» og «råd og oppfordring».

4.2.1.1 Sosial støtte. Tre informanter snakket om det å ha nettverk eller venner som gjorde det lettere å *ikke* søke hjelp. En informant fortalte at hun hadde et godt nettverk og at dette var noe som hindret henne fra å søke hjelp fordi det hadde gått greit uten å søke takket være nettverket hennes:

«Frem til jeg begynte å gå til SiT og for så vidt fortsatt så er det jo sånn, det er jo vennene mine jeg lente meg på og snakka om ting med, ikke sant, så de er jo 100 % klar over alt som skjer i livet mitt, så ja, jeg har jo alltid støttet meg på dem, og det er jo også derfor det har vært sånn, at det har gått greit å ikke søke hjelp liksom, fordi jeg har hatt et godt nettverk da» (K).

Det samme gjaldt en annen informanten som fortalte at hun nå hadde flere nære venner og at hun dermed trolig fikk mindre behov for å søke hjelp i fremtiden. En tredje informant bestemte seg for ikke å stå på venteliste for å få hjelp etter at han tok kontakt med SiT via telefon og fikk beskjed om at det var lang venteliste. Han fortalte at han snakket med venner istedenfor og at dette hjalp ham ut av den vanskelige tiden. Sosial støtte kan dermed fungere som et hinder fra å søke profesjonell hjelp, men er samtidig knyttet til at man

muligens får den hjelpen man føler man trenger fra uformelle nettverk. Dette er et hinder i en litt annen betydning fordi man i praksis oppsøker hjelp fra egne uformelle nettverk, men er et hinder i den forstand at det bidrar tilsynelatende til å senke behovet for *profesjonell* hjelp.

4.2.1.2 Råd og oppfordring. Det viste seg at nesten alle informantene (seks av åtte) hadde fått en eller annen form for direkte råd eller oppfordring fra venner eller familie om å søke psykologhjelp. Dette undertemaet var fasiliterende, og for enkelte av informantene var samtalene med andre nokså avgjørende for at de tok steget og søkte hjelp. En av informantene kalte en slik samtale for et «vendepunkt» og mente det var noe som helt klart dyttet ham i retning av å søke. En annen informant fortalte om den bekreftende betydningen av at venninnen insisterte på at hun skulle søke hjelp: «jeg tenkte at det at hun sa det, da var det liksom nesten som å få en vurdering på, ok det er så alvorlig at du kan gjøre det, fordi om det hadde bare en bagatell eller noe vanlig så hadde hun jo ikke sagt det, så da fikk jeg en bekreftelse på at jeg burde kanskje søke hjelp» (K). Det var også en informant som fortalte om en samtale der han hadde fått en ny opplevelse av problemet sitt på grunn av den andres reaksjoner på det han fortalte.: «det følte litt mer som et legitimt problem (...) av den reaksjonen fikk jeg en bekreftelse på at det ikke bare var normalt, ikke bare noe å komme over, og det ble jo da enda en indikator på en lang liste med mistanke om at jeg kanskje burde snakke med noen» (M). Altså var dette ikke en direkte oppfordring, men mer en indirekte legitimering av problemet som noe å søke hjelp for.

Tre av informantene vektla at til tross for at man får råd om å søke hjelp så er det ikke sikkert man velger å følge dem, og en av dem understreket at man må virkelig ønske det selv for å faktisk lytte til disse rådene og gjøre handling av dem. En annen sa at hun hadde venner som flere ganger hadde rådet henne til å søke hjelp, men at hun likevel ikke hadde gjort det. Samme informant tok faktisk ikke kontakt med SiT selv, og det var en venninne som ringte for henne, etter hennes samtykke for øvrig, men hun sa at det ville tatt mye lenger tid hvis hun skulle gjort det selv. Den tredje informanten la vekt på at det er av betydning hvem rådet kommer fra:

«jeg tror *det* hadde større effekt enn at mamma sa at jeg skulle dra til psykolog, hun som ikke forsto seg på det, og heller da høre det fra en venninne som hadde vært inne i det selv, som hadde slitt enda mer enn det jeg gjorde, som da sier at det her er trygt og det er greit og det er ikke rart, det er bare positivt, så tror jeg det hjalp meg mye mer til å faktisk ville gå dit selv» (K).

4.2.2 Tidligere erfaringer. Det andre hovedtemaet under relasjonelle faktorer er knyttet til tidligere erfaringer med å søke hjelp. Dette hovedtemaet kan klassifiseres som enten et hinder eller en fasilitator avhengig av hvorvidt de tidligere erfaringene er henholdsvis negative eller positive. Dette var et hovedtema som hadde stor innvirkning på lysten til å søke hjelp. Det er delt i to undertemaer basert på informantenes «kjennskap til andres erfaringer» og deres egne tidligere «møter med profesjonelle hjelpere».

4.2.2.1 Kjennskap til andres erfaringer. Dette undertemaet har mye til felles med «råd og oppfordring» fordi det handler om at informantene har blitt påvirket gjennom samtale med andre. Blant de som fikk råd og oppfordringer var det både informanter som hadde fått dette fra venner som selv hadde erfaring med å gå til psykolog, men det var også noen informanter som fikk råd og oppfordring fra andre som *ikke* hadde slike egne erfaringer. De to undertemaene er derfor adskilt, og betydningen av denne sammenhengen vil drøftes i diskusjonen.

Dette undertemaet var relevant for syv av åtte informanter. En av informantene snakket om hva slags effekt det hadde å prate med en venninne som selv hadde søkt hjelp tidligere: «jeg tror kanskje hun normaliserte det, eh, og, det var en slags legitimerende effekt å høre noen andre og en nær venn og liksom, og hun som person for så vidt, hun er ressurssterk og liksom flink og sånn, det hadde sikkert en sånn normaliserende og legitimerende effekt på meg» (M). Samme informant mente at han ble påvirket til å søke hjelp fordi en venninne hadde lagt merke til at han slet. Det var viktig for ham at det ikke bare var noe han selv gikk og følte på, men at det også var synlig for andre.

Andres positive erfaringer med å søke hjelp hadde stor effekt på lysten til å søke. Disse erfaringene var fra å søke hjelp hos SiT. Flere av informantene snakket om at de kjente andre som selv hadde søkt hjelp og som snakket positivt om dette. Som i eksempelet med informanten ovenfor nevnte også flere informanter at de kjente folk som de anså som «normale» og «velfungerende» mennesker som hadde søkt hjelp, og at dette påvirket hvordan de tenkte rundt det å selv søke hjelp til tross for at de ikke var sengeliggende eller svært alvorlig syke. Det gjorde det lettere å skulle søke fordi andre mennesker som de ikke tenkte på som syke faktisk søkte hjelp. Samtaler med andre ufarliggjorde det å søke hjelp fordi andre hadde gjort det selv i tillegg til at det hadde en slags legitimerende effekt for flere av informantene og gjorde at problemet deres føltes stort eller viktig nok til å søke hjelp for.

4.2.2.2 *Møter med profesjonelle hjelpere.* Dette undertemaet er plassert som en relasjonell faktor fordi det er basert på (relasjonelle) møter med profesjonelle hjelpere. Det var fem av åtte informanter som hadde tidligere erfaring med å søke hjelp fra formelle nettverk. Dette var stort sett erfaringer fra helsepersonell, men det var også en informant som hadde snakket med sin overordnede mens han var i militæret. Hans erfaring var svært positiv. En annen av informantene hadde vært i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) da hun var yngre, og hun fortalte at dette var en positiv erfaring som førte til at hun visste at det ikke var farlig å be om hjelp. Hun sa også at: «jeg vil absolutt si at terskelen har blitt lavere etter den første gangen, det første med BUP, at jeg har lært meg å innse at hvis du, du må ta ansvar for egen helse da» (K).

Det var kun disse to informantene som snakket om positive tidligere erfaringer. De tre andre hadde negative erfaringer fra tidligere. En informant fortalte at hun faktisk hadde forsøkt å be om hjelp tidligere, men blitt avvist:

«jeg var og snakka med helsesøstera ... og da var jeg litt sånn, ok men hvordan funker det her og så videre og så videre, og da var hun sånn, avfeide meg litt da, da var hun litt sånn, det her er et problem du må ta tak i selv ish, og også når jeg har vært, jeg har vært hos legen og snakket om det *en* gang, og hun også var sånn, jamen det her er noe du må ta tak i selv (...) så de to hendelsene har jo også vært med på å øke, heve terskelen litt for å søke kontakt fordi jeg har prøvd sånn halvveis før og så har det ikke blitt tatt seriøst liksom» (K).

En annen informant fortalte om dårlige erfaringer fra samtaler både med helsesøster og BUP og følte at problemet var noe hun måtte ordne selv. En tredje informant sa også at hun ikke fikk det hun hadde behov for fra kontakt med prest og helsesøster. Informantene nevnt ovenfor var de som hadde tidligere erfaringer med å søke hjelp, men det var også en informant som snakket om det å ta kontakt med fremmede som uproblematisk. Hun beskrev seg som en person som lett tok kontakt med fremmede og fortalte at hun hadde mye erfaring med dette i ulike situasjoner, og hun mente dette hadde mye å si for at hun opplevde det som enkelt å skulle ta kontakt med SiT. Her er det altså identifisert både erfaringer knyttet til å søke hjelp og enten bli tatt imot eller avvist, i tillegg til erfaringer knyttet til å motta hjelp (hvorvidt hjelpen fungerte).

Erfaringene ovenfor er knyttet til tidligere erfaringer i forkant av å ta kontakt med SiT. Når det gjelder erfaringen deltagerne hadde med SiT og hvordan dette har påvirket dem for eventuell fremtidig hjelpesøking var det syv av åtte informanter som hadde noe å si på dette

punktet. Alle syv sier at terskelen har blitt lavere etter at de søkte hjelp hos SiT. Noen av dem fortalte at de tror ville bruke kortere tid på å bestemme seg for å søke hjelp dersom de på et senere tidspunkt ville vurdere å søke hjelp på nytt. Andre snakket om at de var mindre flaue over å trenge hjelp eller at det å søke hjelp har blitt ufarliggjort. En av informantene snakket om hvor enkelt det var for henne fordi hun kunne ta direkte kontakt med sin psykolog ved behov (hun hadde blitt henvist videre fra SiT). Det hadde mye å si for henne at denne psykologen var en hun var blitt trygg på og som kjente til problematikken hennes. En annen var også opptatt av denne tryggheten, og hun sa at når hele søkeprosessen var kjent for henne så følte det tryggere å skulle gjøre på nytt. En tredje fortalte at det ville være lettere å søke på nytt både fordi det var en god erfaring å få hjelp, men også fordi hun nå hadde bedre oversikt over hvor hjelpen befinner seg fysisk sett. En av informantene opplevde en holdningsendring fra før til etter hun søkte hjelp hos SiT med tanke på når man bør ta kontakt med noen: «det er jo litt det der med at du trenger ikke vente til du faktisk blir syk, du kan søke hjelp før det sånn at det ikke skjer på en måte (...) hvert fall nå etter å ha søkt hjelp, jeg hadde sikkert tenkt annerledes på det før, men det er noe jeg tenker nå hvert fall» (K). Informantenes erfaringer med å søke hjelp fra SiT har altså tilsynelatende bidratt til å senke terskelen ved fremtidige vansker.

4.3 Strukturelle faktorer

Den tredje og siste overordnede faktoren er relatert til strukturelle forhold. Hovedvekten her er på forhold som er direkte knyttet til egenskapene ved hjelpetilbudene som eksisterer. Faktoren består av de to hovedtemaene «kjennetegn ved lavterskeltilbud» og «praktiske forhold».

4.3.1 Kjennetegn ved lavterskeltilbud. Det første hovedtemaet her er det største og mest relevante fordi det handler om lavterskeltilbudet til SiT og hvilke kjennetegn deltagerne forbinder med dette tilbudet som påvirket dem til å søke hjelp. Et kriterium for å være med i studien var å ha søkt hjelp hos SiT så dette hovedtemaet var relevant for samtlige informanter. Her er det inkludert fire undertemaer der de tre første omhandler egenskaper ved SiT-tilbudet. Disse var «synlighet og image», «tilgjengelighet» og «pris». Det fjerde undertemaet «fastlege er uaktuelt» illustrerer motsatsen til de tre første, der kjennetegn ved alternative tilbud, fortrinnsvis kontakt via fastlege, ble opplevd som et hinder for å søke hjelp dersom SiT-tilbudet ikke fantes.

4.3.1.1 Synlighet og image. Det første undertemaet er knyttet til hvordan informantene fikk kjennskap til SiT-tilbudet, i tillegg til imaget til SiT, altså hva slags tilbud SiT gir inntrykk av å være. Det var seks av åtte informanter som snakket om SiT sin synlighet og image. Det viste seg at flere informanter fortalte at de hadde visst om psykologtilbudet helt siden studiestart fordi SiT sine ulike tilbud var så synlige. Andre informanter husket ikke hvordan de fikk vite om psykologtilbudet til SiT, men de visste at tilbudet var der:

«Jeg føler at jeg alltid har visst om det, kan ikke huske at det har vært noe spesifikt på en måte, allerede fra første uka i 2015 så var det jo liksom, det henger jo plakater og sånne ting overalt på en måte, og så står det jo veldig godt om det på hjemmesidene og (...) jeg kan ikke huske at det har vært et sånt konkret øyeblikk hvor det har vært sånn å ja de har en psykologtjeneste, for det har bare vært så selvsagt da, at sånn var det liksom»(K).

En annen informant understreket hvordan imaget til SiT som et lavterskeltilbud påvirket motivasjonen til å søke hjelp fra dem:

«det står veldig mye på siden deres, veldig mye sånn konkrete ting som på en måte kvalifiserer til å søke kanskje da, eh, ja og, det husker jeg veldig godt ut av liksom prosessen med å søke på deres sider med informasjon at de er veldig sånn 'sliter du med søvn, sliter du med stress, sliter du bare med skolevansker', de har veldig mye sånn konkrete lavterskeleksempler føler jeg, ja det gjør det også veldig lett, det gjør det lett nummer en å bare søke fordi det virker som det er et lavterskeltilbud, men også fordi de viser en del konkrete eksempler man kan relatere seg til da kanskje, jeg tror det hjalp meg veldig» (M).

Imaget som et lavterskeltilbud var noe flere var opptatt av, og de snakket om at det hjalp at problemet ikke måtte være alvorlig og at man kunne få hjelp for det de kalte små problemer som for eksempel å være stressa for eksamen. Det hadde mye å si at kampanjene til SiT var tydelige på slike problemer. En informant fortalte at han var begeistret for plakatene og kampanjene og mente at dette gjorde det mye lettere å vurdere å søke hjelp der. En annen la vekt på at lavterskeltilbudet og eksemplene gjorde at hun slapp å vurdere om problemet hennes var alvorlig nok.

4.3.1.2 Tilgjengelighet. Det andre undertemaet dreier seg om tilgjengeligheten til SiT-tilbudet. Alle de åtte informantene ga uttrykk for at SiT-tilbudet er svært tilgjengelig og at prosessen med å komme i kontakt med dem er enkel. De snakket om at det var få trykk som

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

skulle til for å få den hjelpen man søkte og at det krevde lite av en selv: «da hadde jeg tatt det første steget selv, og så gikk det mer av seg selv etter hvert (...) nå var det bare å sjekke bussen da, det var det eneste jeg trengte å tenke på» (K). I tillegg sa de fleste at det var lett å finne informasjon på nettsiden til SiT. Videre var det en som snakket om at SiT fysisk sett ligger svært nært campus, og at det var lett å komme seg dit, noe som gjorde det mer tilgjengelig. Det var også en som snakket om at det var lett fordi det ikke var forpliktende og at man kunne dukke opp og forsøke og deretter bare trekke seg om man ombestemte seg.

Flere av informantene snakket om at SiT-tilbudet var direkte rettet mot studenter, og fordi dette var en gruppe man identifiserte seg innenfor så var det naturlig å ta kontakt med SiT. En av dem sa at det var helt avgjørende at de har et tilbud tilrettelagt for studenter. En annen sa til og med at hun identifiserte seg mer som student enn som syk og at det dermed var mye lettere å kontakte SiT når de hadde et tydelig studentrettet tilbud. Det var også en som sa at det å søke til SiT ikke føltes like stort som å søke det hun kalte «ordentlig hjelp» og at det dermed ble litt mindre skummelt å søke. Hun nevnte også at det var så tydelig hos SiT hvor man skulle henvende seg og sa at det bare var å «stikke innom kontoret og si hei».

Selv om de fleste mente tilbudet var svært tilgjengelig var det en informant som sa at SiT ikke nødvendigvis føltes som det mest lettvinne. Det var en informant som fortalte at hun opplevde det som tiltak å søke, og at hun neppe hadde gjort det selv (det var en venninne av denne informanten som tok initiativ og ringte for henne). Det var også en informant som i motsetning til de andre snakket om at det føltes som det var mange runder og mange steg før man endelig fikk hjelp. En annen sa at han ble overrasket over at det var lang venteliste og at dette svekket motivasjonen til å søke hjelp selv om han likevel gjorde det. Lange ventelister var imidlertid ikke et hinder for å ta det første steget med kontakt og bestemme seg for å søke, og handler mer om strukturelle hindre fra å *motta* fremfor å *søke* hjelp. Imidlertid var det en informant som ombestemte seg da han fikk vite om ventelistene fordi han syntes det virket stressende å få til: «de sa jo sånn, nå er det så sykt masse ventelister og sånn, du får ikke noe time nå, så det var jo greit nok det, og så ville jeg ikke vente over sommeren så jeg bare okey takk» (M).

Et moment som ble trukket fram av en informant var at det var lettere å kontakte SiT enn å dra til fastlegen sin fordi hos SiT var det et møte med en ny og fremmed person:

«jeg visste at hvis jeg gikk til fastlegen så måtte jeg først dra dit og jeg er ikke så glad i fastlegen (...) da ville jeg heller dra til SiT som var litt nærmere og enklere for det er litt

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

lettere å ta kontakt med noen som ikke kjenner deg eller kommer tilbake, som en ukjent helsesøster hos SiT enn til fastlegen for å få henvisning» (K).

Denne informanten ga også uttrykk for at det var veldig viktig at personen hun søkte hjelp fra var helt fremmed og ikke hadde noen forkunnskaper om henne fordi hun da mente at personen ikke kunne dømme henne på noe vis.

4.3.1.3 Pris. Den siste kategorien relatert til SiT er pris på tilbudet. Dette var også en fasiliterende faktor fordi SiT har et svært rimelig tilbud der man betaler et mindre beløp for de første samtalene og der registreringssamtalen er gratis. Dette viste seg å være viktig for flere informanter og faktisk avgjørende for enkelte. Det var fem av åtte informanter som snakket om pris. En av informantene forklarte at:

«det hjalp veldig at jeg da i hvert fall kunne få den første timen gratis, jeg er usikker på om jeg ville søkt hjelp dersom jeg måtte gått inn der blindt uten å vite om dette egentlig var noe jeg trengte hjelp med, og vite at dette kom til å koste meg 400 kroner å finne ut at det ikke var noe å få hjelp med for eksempel» (M).

Samme informant sa at han kunne valgt et annet tilbud enn SiT dersom det hadde vært gratis, så pris var svært avgjørende for ham. Dette var også relevant for en annen informant som forklarte at hun søkte SiT på grunn av økonomi:

«eh, det er jo fordi de har eh, nå husker jeg ikke helt hvordan det er, men det er jo det mest økonomiske, eller det beste for økonomien hvis du er student, eh, men sånn sett så er det jo veldig bra at uansett om du kom inn der eller ikke så hadde de jo avtale med noen andre sånn at du hadde muligheten til å på en måte ikke måtte bruke masse masse penger på det, for det er jo fælt, men det er jo en faktor når du er student og du ikke har penger eh, at shit jeg må faktisk betale penger for å skulle komme meg ut av det her, eh, så det er jo det beste, eh, ja, som student da, så er det kanskje det som opplevdes som ikke nødvendigvis mest lettvint, men det med økonomien tror jeg faktisk hadde litt å si» (K).

Det var tydelig at informantene vurderte om det var verdt å bruke penger på å få hjelp for noe de ikke var sikre på om var «alvorlig nok», og da spilte pris en viktig rolle som bidro til at de tok steget og søkte hjelp.

4.3.1.4 Fastlege ikke aktuelt. Dette undertemaet skiller seg litt fra de andre fordi det er direkte knyttet til et av spørsmålene i intervjuguiden. Spørsmålet handlet om hva informantene ville gjort dersom tilbudet til SiT ikke fantes. Dette er dessuten et hypotetisk spørsmål der informantene svarer basert på hva de tror de ville gjort dersom premissene var annerledes. Det er altså ikke godt å vite hva som faktisk hadde skjedd om tilfellet var slik, men det er likevel interessant å vite hva informantene sier om hva de tror hadde skjedd. Dette undertemaet er plassert under strukturelle faktorer fordi det handler om oppfattede egenskaper ved andre hjelpetilbud. Det er mye av det samme som ble nevnt under kjennetegn ved lavterskeltilbudet også er relevant her, bare at det under dette hovedtemaet har et negativt fortegn, og at de samme undertemaene (som pris og tilgjengelighet) er hindre fremfor fasilitatorer fordi det oppleves som dyrt og utilgjengelig. Alle åtte informantene hadde en formening om dette punktet.

Det mest interessante funnet er at enkelte av informantene fortalte at de ikke ville søkt hjelp dersom SiT-tilbudet ikke hadde eksistert. Med andre ord var SiT-tilbudet helt avgjørende for at de faktisk tok kontakt med hjelpesystemet. En informant sa rett ut at dersom SiT ikke fantes: «da hadde jeg ikke tatt kontakt med noen tror jeg, da hadde jeg bare latt det gå over eller noe, snakka med venner og sånn, tror jeg» (M). En annen fortalte at fastlegen ikke var aktuell på grunn av pris. Han sa også at problemet måtte vært mye mer alvorlig og at det måtte ha gått utover daglig funksjon før han hadde tatt kontakt med fastlegen. Dette med alvorlighet var også viktig for en tredje informant som forklarte at det var ikke aktuelt å gå til fastlegen:

«da måtte jeg byttet fastlege for det første, og det har jeg gjort da, men det å ha en time med en tilfeldig person, lege, ja nei jeg tror hele greia hadde vært veldig avskrekkende om jeg hadde måttet jobbe veldig mye for det selv. Skal det være så vanskelig så bør det være veldig alvorlig og, eller veldig kritisk, eh, at da kan ikke jeg 'komme her og komme her' liksom. Også bare det at, man finner så mange unnskyldninger for at det ikke skal, eh, altså man drøfter da, bare det å dra til fastlegen koster penger, jeg må komme meg dit, jeg må finne tid til det, det er jo litt lettere nå enn før, men jeg tror det hadde vært veldig mange ting som hadde "put me off" selv om det kanskje praktisk hadde vært mulig, gjennomførbart, selv om det hadde sikkert ikke vært så vanskelig som jeg skal ha det til så tror jeg at jeg hadde overbevist meg selv ganske fort om at det var veldig vanskelig» (K).

Det var flere som snakket om hvor tungvint det ville vært å søke hjelp et annet sted:

«hvis jeg skulle gått et annet sted så måtte jeg tatt et valg, og for å ta et valg må jeg vurdere alternativer, eh, det er flere steder som tilbyr den type behandling og da måtte jeg begynt å sette opp, begynt å gjøre sammenligninger, finne ut noe om prisen, alt dette, og jo flere faktorer som blir med der jo mindre er sjansen for at jeg orker å gå gjennom prosessen i det hele tatt» (M).

Denne informanten ville heller ikke gjort det på grunn av pris fordi han kviet seg for å bruke penger på noe han var usikker på om han kunne få hjelp med i utgangspunktet.

Det var kun én informant som sa at hun ville vurdert distriktpsykiatrisk senter (DPS) dersom SiT-tilbudet ikke fantes. Hun sa for øvrig at hun opplevde SiT som lett tilgjengelig og fastlege som tungvint, men ville likevel vurdert å søke hjelp derfra. De andre syv sa at de trolig ikke ville foretatt seg noe, eller at det i det minste ville tatt mye lenger tid og at problemet måtte blitt mye verre før de ville søkt om hjelp et annet sted.

Flere av dem snakket om at det var vanskelig å ta kontakt med fastlegen fordi de ikke visste helt om det var noe å henvende seg til legen for, når man bør søke hjelp og for hva, og en av dem sa at: «et system utafør, altså noe annet enn SiT da liksom ok, hvem er det som går og søker hjelp, er det de som trenger hjelp, sliter psykisk og sånn, og da å skulle sette den merkelappen på meg selv, 'jeg er en som sliter psykisk', det var jo det jeg ikke hadde klart ikke sant» (K). En annen sa rett ut at hun ikke hadde visst hvor hun skulle henvendt seg ellers. Hun snakket også om å føle at hun ville tatt opp ressurser fra andre som trenger det mer enn henne. Det ville vært enda verre dersom hun skulle gått til legen, og da måtte det vært ordentlig alvorlig.

4.3.2 Praktiske forhold.

4.3.2.1 Tid og prioritering. Det andre og siste temaet under strukturelle forhold dreier seg om noe så enkelt som tid. En av informantene nevnte dette flere ganger og ga uttrykk for at det var veldig viktig for henne. Hun forklarte at sammenlignet med tidligere, på videregående skole, så var hverdagen som student nokså annerledes: «nå er det en helt annen setting, jeg bestemmer hverdagen selv, hadde ikke hele tiden prøver eller noe jeg måtte prestere, jeg har tid, fritid, tid til å ta vare på meg selv, det også har vært en stor forandring tror jeg» (K). Man kan muligens si at studenttilværelsen i seg selv kan virke som en fasilitator fordi man har mer tid til å styre egen hverdag. Samme informant snakket også om det å bli eldre og at det var lettere å ønske seg selv vel. Hun mente denne modenheten gjorde det lettere å ta et valg om å søke hjelp.

For øvrig så kan studenttilværelsen oppleves som et hinder også, og ikke alle opplevde det som å ha bedre tid: «de periodene der hvor det var pause igjen, påske og sommerferie og sånn så ble det helt forferdelig, det var derfor det tok så lang tid tror jeg, siden jeg hadde såpass travle perioder i mellomtida så klarte jeg å unngå problemet litt selv, periodevis» (K).

En annen informant forklarte at det var viktig at det var på starten av et nytt semester, at han opplevde det som mulig å prøve nye ting, og han snakket om at overgangsfasen forbundet med studentlivet ga ham mer frihet til å velge selv og han opplevde mer kontroll over eget liv. Han sa også at det var lettere å skulle gå ut av gamle vaner i forbindelse med en slik overgang. Imidlertid ga han også uttrykk for at tidsaspektet var et hinder fordi han følte at han hadde nok å gjøre fra før. Dette gjorde at han, på grunn av travle dager, i en periode lot det gå lengre tid før han søkte.

4.4 Øvrige resultater

Det var noen momenter som intervjuene avdekket som ikke hører til under hovedproblemstillingen og hvilke faktorer som påvirker avgjørelsen om å søke hjelp. Jeg har valgt å kalle dette øvrige resultater og her er det inkludert forhold relatert til informantenes opplevelser i forkant og etterkant av søkeprosessen. De to funnene var relatert til «åpenhet» og «lettelse i etterkant».

4.4.1 Åpenhet. Informantene fortalte om i hvilken grad de hadde vært åpne med venner og familie før, under og etter at de hadde søkt hjelp. Mange av dem var relativt åpne før de søkte om hjelp, noe som illustreres av temaene som hører til under relasjonelle faktorer. De fleste som ble oppfordret av venner til å søke hjelp hadde fått slike råd i forbindelse med at de var åpne og snakket med andre om sine problemer. Åpenhet er dermed en forutsetning for påvirkning via samtaler med andre.

Åpenhet gir også en pekepinn på hvor stor grad av tabu informantene opplever at psykiske plager har. En av informantene la vekt på at hun synes åpenhet var vanskelig og at hun begrenset seg når det gjaldt å være åpen fordi hun ikke liker å bli synes synd på, derfor ville hun kun åpne seg til folk hun visste at ville forstå henne: «jeg følte ikke at noen forsto situasjonen jeg var i, jeg har ikke hørt noe om at noen i familien har slitt med noen psykiske tilstander noen gang, så da som sagt, jeg ville ikke at de skulle synes at jeg var stakkarslig eller noe i den duren» (K). Hun sa også at hun ikke følte at folk generelt snakket om sånne temaer. Hun fortalte imidlertid at hun var mer åpen i etterkant av å ha søkt hjelp fordi hun følte seg stolt av å ha gjort det og at hun nå er mer opptatt av å bryte ned tabuet.

Et par andre informanter sa at de ikke snakket om det i forkant. En av de to snakket ikke med noen, mens den andre kun snakket med familien. Det var også en informant som sa at han snakket masse om problemet med venner, men at han etter hvert kjente at han trengte mer profesjonell hjelp. En annen informant var mye mer tilbakeholden når det gjaldt åpenhet med andre fordi at det ville skapt ubehagelige sosiale situasjoner: «det er litt sånn, jeg vet ikke om det er tabu, men det er hvert fall litt sånn, åja, du går til psykolog, og så blir folk litt kleine, for de vet ikke hvordan man skal forholde seg til en person som går til psykolog, eller noe» (M). Omtrent det samme gjaldt en annen informant som fortalte at det var lite åpenhet knyttet til det å gå til psykolog:

«jeg føler at sånn generelt i min vennegjeng og blant de jeg kjenner så, vi snakker om alt, vi snakker om følelser, vi snakker om ting som er vanskelig og sånne ting, men jeg bare føler sånn, generelt så er det litt sånn, du sier ikke sånn, 'ha det, nå skal jeg på psykologtime' liksom» (K).

4.4.2 Lettelse i etterkant. I fire av intervjuene snakket informantene om sine reaksjoner og følelsene de kjente på like etter at de hadde søkt hjelp. Alle disse informantene fortalte om positive følelser knyttet til det å ha tatt steget mot å søke hjelp. Her ble lettelse spesielt trukket fram av en av informantene: «det var litt lettelse å litt sånn, endelig få gjort det, fordi det er noe jeg hadde tenkt på lenge og vurdert og man har litt sånn tanker om hvordan det kommer til å forespille seg da, eller utspille seg og, men det var veldig lettelse å faktisk gå dit» (M). Samme informant snakket om at han opplevde det som viktig for ham å anerkjenne problemet ved å ta ordentlig tak i det og faktisk søke hjelp. En annen informant fortalte også om lettelse ved å ha søkt, men denne lettelsen var direkte knyttet til hvordan hun ble møtt når hun var på registreringssamtale. Der fikk hun beskjed om at hun kunne få hjelp og at de skulle ta tak i vanskene hennes, noe hun hadde fryktet at de ikke kunne hjelpe henne med.

En tredje informant fortalte at han følte seg lettere i det han ringte til SiT. Dette var den ene informantene som ombestemte seg på grunn av lange ventelister, og han fortalte at problemet plutselig ikke føltes så ille lenger mens han snakket med SiT på telefon. En fjerde snakket om at det kjentes bra å ha tatt steget: «det var godt etterpå kjente jeg, man føler nesten at man har oppnådd, ok nå har jeg kommet over den lille kneika her og snart vil det kanskje bli bedre» (K). Hun snakket også om at hun var stolt av å ha kommet seg dit på egenhånd.

4.5 Oppsummering av resultater

Analysen ovenfor tyder i hovedsak på at prosessen med å søke hjelp er kompleks og preget av vurderinger fram og tilbake. Det er lite som tyder på at dette er et enkelt valg og noe man bare bestemmer seg for. I stedet kommer avgjørelsen etter en overveielse for og imot med spørsmål som omhandler ens eget behov og aktuelle tilstand, syn på hjelpesøking og tidligere erfaringer, andres meninger og råd om saken og ikke minst egenskaper knyttet til hjelpetilbudene som eksisterer. Alle informantene søkte hjelp, noe som tyder på at i deres tilfeller så «vant» fasilitatorene over hindrene selv om det var tidsmessige variasjoner med tanke på hvor lang tid det tok før de søkte hjelp. Hindrene kom først og fremst til uttrykk gjennom nettopp tiden det tok før de tok kontakt siden flere av dem hadde vurdert dette over tid (uker, måneder eller til og med år). De snakket om disse hindrene som bakgrunn for hvorfor de ikke hadde søkt hjelp på et tidligere tidspunkt.

Flere av undertemaene utmerker seg på hver sin måte. «Ikke alvorlig nok» er et spesielt viktig hinder som viser utfordringen med å definere eget problemet som noe å søke hjelp for. «Ambivalent prokrastinering» illustrerer vegringen og den stadige utsettelsen samt hvordan hindre og fasilitatorer «kjemper» imot hverandre. Egenskapene til lavterskeltilbudet SiT spiller en avgjørende rolle tatt i betraktning at alle unntatt én var overbevist om at de ville latt være å søke profesjonell hjelp dersom SiT-tilbudet ikke fantes. Videre kan både innsikten om at problemet ikke gikk over og gikk utover hverdagen i tillegg til råd og oppfordring og kjennskap til andres erfaringer, beskrives som en type vippepunkter som var avgjørende for mange.

4.5.1 Interaksjon mellom faktorer: hjelpesøking som dynamisk prosess. I tillegg til et mål om å identifisere viktige hindre og fasilitatorer var det et mål å forstå hvordan søkeprosessen arter seg. Funnene tyder på at det er flere forhold som påvirker avgjørelsen, og at det er en dynamisk prosess. Det konkrete undertemaet «ambivalent prokrastinering» handler om troen på at problemet går over, men prosessen i sin helhet preges også av en generell ambivalens der fasilitatorer og hindre står i et motsetningsfylt og ambivalent forhold til hverandre. Noen faktorer trekker deltagerne i retning av å søke, samtidig som andre faktorer holder dem tilbake, og ambivalens blir et bilde på hvordan det er å stå oppi prosessen mens man vurderer å søke hjelp. På den ene siden foregår det en normalisering av problemet som «ikke alvorlig nok», og på den andre siden foregår det en slags legitimering, både av problemet i seg selv og av det å søke hjelp, som fasiliterer hjelpesøking.

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

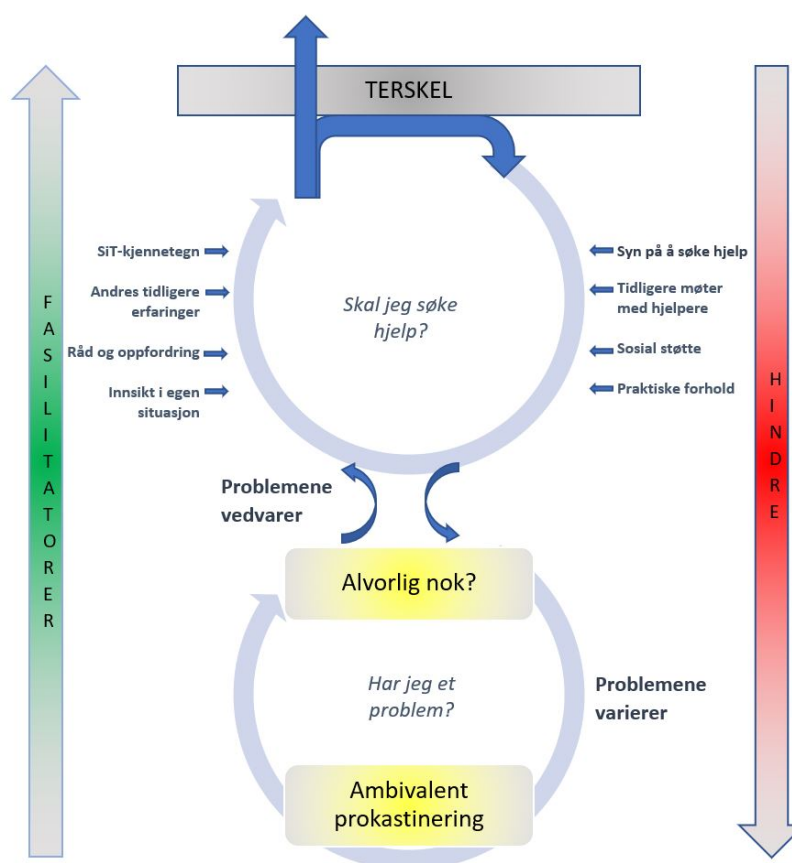
Analysen tyder på at hjelpesøkeprosessen på et vis er todelt der man forsøker å besvare to spørsmål som er tett forbundet med hverandre. Disse spørsmålene er 1) *Har jeg et problem?* og 2) *Skal jeg søke hjelp for dette problemet?* En implisitt del av det første spørsmålet er: Har jeg et problem som *andre folk* søker hjelp for? Spørsmålene representerer på et vis to vurderingsprosesser eller sirkulære faser som foregår delvis parallelt med hverandre (se figur 2 under). Første fase er preget av at problemene varierer. Etter hvert som problemet vedvarer og/eller forverres blir det mer relevant å vurdere å søke hjelp. Imidlertid kan problemene variere over tid, noe som bidrar til å opprettholde status quo og hindre hjelpesøking.

De to sirklene i figur 2 illustrerer den dynamiske og sirkulære prosessen som foregår der tendensen er at man vekselvis svarer ja og nei på disse to spørsmålene, og at det sjelden er lett å svare et klart ja på noen av dem. Alle undertemaene påvirker spørsmålet om man skal søke hjelp, men noen undertemaer påvirker også selve problemdefinisjonen, altså hvorvidt man har et problem som man kan eller bør søke hjelp for.

De to spørsmålene kan altså ikke ses helt adskilt fra hverandre.

Det vil si at man ikke først svarer et klart ja på at man har et problem før man går videre og vurderer om man skal søke hjelp, men at dette er to ting som vurderes delvis samtidig.

Hovedtemaet «innsikt i egen situasjon» er et godt eksempel på den samtidige vurderingen av begge spørsmålene fordi «symptomgjenkjennelse» og «hverdagen fungerer ikke» bidrar til å definere noe som et problem å søke hjelp for. Samtidig er undertemaet «det går ikke over» knyttet til innsikten om at man trenger ekstern hjelp. Deltagerne svarer altså ja



Figur 2. En forenklet illustrasjon av hjelpesøkeprosessen.

på begge spørsmålene samtidig fordi de bestemmer seg for å søke hjelp i det de erkjenner at de har et problem. SiT-kampanjene og «ikke alvorlig nok» illustrerer også denne parallelliteten mellom spørsmålene. Mens SiT-kampanjene bidrar til å definere for eksempel stress og kjærlighetssorg som et problem man kan få hjelp for hos SiT, så er det særlig ett hinder som holder deltagerne tilbake fra å definere symptomene eller plagene som et problem, nemlig tanken om at det likevel ikke er «alvorlig nok». Stress kan være håndterbart, men kan også bli uhåndterbart eller angstlignende, og utfordringen er å finne ut hvor terskelen befinner seg på dimensjonen mellom normale og vanlige plager som man håndterer selv og plager som er «alvorlig nok» til å søke hjelp for. Resultatene tyder på at «alvorlig nok»-vurderingen pågår hele tiden og preger prosessen fra start til slutt, helt fra subtile tegn dukker opp og fram til man bestemmer seg for å søke hjelp. Derfor er dette undertemaet plassert i overgangen mellom sirklene.

Alle detaljer og interaksjoner er ikke tatt med i figur 2 fordi det er komplekse sammenhenger og figuren er ment å skape oversikt. Enkelte hovedtemaer er tatt med, mens noen undertemaer også er inkludert. Dette er fordi noen hovedtemaer rommer både hindre og fasilitatorer. For eksempel består hovedtemaet «påvirkning fra nettverk» av «sosial støtte», som fungerer som et hinder, og av «råd og oppfordring» som er en fasilitator. Disse er derfor plassert separat. Undertemaet «fastlege ikke aktuelt» er utelatt fra figuren fordi dette er et undertema som er knyttet til terskelen for å søke hjelp fra andre tilbud enn SiT.

Videre kommer det heller ikke fram på figur 2 at noen av undertemaene best kan forstås som mer bakenforliggende forhold fordi de befinner seg der delvis uavhengig av tilstedeværelsen av det aktuelle problemet. Dette inkluderer blant annet «syn på hjelpesøking» og tidligere erfaringer fra egne møter med profesjonelle hjelpere som begge er der fra før uavhengig av deltagerens problem akkurat her og nå. Det betyr imidlertid ikke at disse forholdene er stabile i betydningen ikke mulig å endre, men heller i betydningen tilstedeværende, også før problemet dukker opp. Kjennetegn ved SiT er også stabilt og bakenforliggende fordi SiT-tilbudet er der uavhengig av om man har et problem eller ikke, og dermed blir undertemaene knyttet til SiT først relevante når man føler at man har et problem. For å nyansere dette er det viktig å understreke at et av kjennetegnene ved SiT, «synlighet og image», også påvirker selve oppfatningen av problemet som noe å søke hjelp for.

På de neste sidene vil disse resultatene bli drøftet i lys av annen forskning på temaet. Funnene her reflekterer mye av det samme som tidligere forskning viser, men både likheter og forskjeller mellom denne studien og annen aktuell forskning vil bli belyst nedenfor.

5 Diskusjon

Formålet med denne studien har vært å identifisere viktige fasilitatorer og hindre som påvirket deltagerne på veien mot å søke hjelp. I tillegg til en presentasjon av identifiserte temaer viste analysen at hjelpesøking bør forstås som en dynamisk prosess der fasilitatorer og hindre trekker i hver sin retning, og at påvirkningen fra hver av disse best kan forstås når man ser dem i sammenheng. Analysen viser at det ikke er et enkelt steg fra å føle at man har et problem til å bestemme seg for å ta kontakt med profesjonelle hjelpere, men snarere en intrikat prosess der en rekke hindre opprettholder status quo med å ikke søke, mens flere ulike fasilitatorer kjemper for å overkomme disse hindrene. Dette gir gjenklang i annen forskning, og mye tyder på at det å søke hjelp ikke er en enkel prosess der man identifiserer et tydelig behov, tar et valg og deretter gjennomfører denne beslutningen (Rickwood et al., 2005).

Denne studien gir en indikasjon på at det eksisterer viktige sammenhenger mellom fasilitatorer og hindre, men disse interaksjonene må utforskes nærmere. Nedenfor vil resultatene bli drøftet oppimot eksisterende kunnskap fra forskningsfeltet og teoretiske tilnærminger til hjelpesøking med fokus på hvordan denne studien kan bidra med større forståelse av hjelpesøkeprosessen. Drøftingen er inndelt i to overordnede deler; «teoretiske implikasjoner» og «praktiske og kliniske implikasjoner». Videre vil også metodiske betraktninger belyses. Anbefalinger for videre forskning presenteres avslutningsvis.

5.1 Teoretiske implikasjoner

Drøftingen som presenteres her følger en struktur basert på den overordnede inndelingen i individuelle, relasjonelle og strukturelle faktorer. Det er vanlig å skille mellom faktorer på et slikt nivå (Rickwood et al., 2007), men forfatterne skiller kun mellom individuelle og strukturelle faktorer. I analysen her har jeg valgt å inkludere relasjonelle faktorer i tillegg fordi funnene viste betydningen av ytre påvirkning i form av både tidligere erfaringer fra møter med profesjonelle hjelpere og påvirkning fra venner og familie.

Kategoriseringen av faktorer skaper struktur og oversikt i noe som er komplekst og mer nyansert enn det fremstår. Mennesket er et sosialt vesen, og det er vanskelig å skille mellom indre kognitive prosesser og ytre påvirkning fordi identitet, normer og personlige holdninger også skapes i relasjon til andre mennesker og til samfunnet for øvrig. Skillelinjene er derfor vage, både mellom de tre faktorene og mellom ulike temaer. Fasilitatorer og hindre interagerer, og det gir liten mening å tolke deres betydning separat og uavhengig av hverandre. Dette vil fremkomme av den videre diskusjonen der flere undertemaer vil nevnes i

sammenheng med hverandre. Hovedtemaet «vurdering av egen problematikk» med sine to undertemaer har blitt tilegnet en god del mer plass enn andre temaer. Dette er et bevisst valg og skyldes nødvendigheten av å nyansere, drøfte og forklare dette sentrale aspektet ved hjelpesøkeprosessen.

5.1.1 Individuelle faktorer.

5.1.1.1 «Ikke alvorlig nok» – *det viktigste hinderet?* Det mest interessante funnet er deltagerens vurdering av sin egen problematikk som «ikke alvorlig nok». Dette er spesielt interessant sett opp imot den systematiske gjennomgangen av både kvantitativ og kvalitativ forskning som ble utført av Gulliver og kolleger (2010) som konkluderte med at stigma/flauhet var det viktigste hinderet. I studien her er det derimot «ikke alvorlig nok» som fremtrer som et avgjørende hinder. Betydningen av stigmatisering vil jeg komme tilbake til senere.

Informantene kom stadig tilbake til denne vurderingen, også når de snakket om fasilitatorer. For eksempel der SiT-kampanjene ble nevnt var de raskt ute med å understreke at de likevel betvilte om problemet var stort nok. Dette er et spesielt interessant funn i og med at det dreier seg om personer som har søkt hjelp fra et lavterskeltilbud som tilbyr hjelp for mindre alvorlige problemer. Hvordan kan man forklare dette? Funnene tyder på at frykten for å bli avvist på dette grunnlaget ikke er ubegrunnet, og for enkelte var tidligere dårlige møter med profesjonelle hjelpere en årsak til denne bekymringen. Det er altså ikke en irrasjonell frykt eller usikkerhet som bare surrer rundt i ens eget hode. Bekymringen kan være reell, noe som illustreres av en student ved UiO som gikk ut offentlig med sin egen historie. Hun fikk avslag fra lavterskeltilbudet til Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) første gangen hun tok kontakt med dem nettopp fordi hun var «for frisk» (Hermann & Wilstrup, 2019). Dette er bare ett konkret eksempel og det er usikkert hvor mange som har lignende opplevelser. Etter en uformell telefonsamtale jeg hadde med en ansatt i SiT-tilbudet var inntrykket at dette ikke skjer hos dem, men at tendensen heller er at mange studenter avventer for lenge med å søke hjelp og blir sendt videre til spesialisthelsetjenesten.

Inkludert i vurderingen om man har et problem og om man skal søke hjelp for dette ligger det også et spørsmål om man har et problem *som andre mennesker søker hjelp for*. Det var fremtredende at informantene sammenlignet seg med andre for å finne ut om de hadde et problem som var alvorlig nok, og en informant snakket eksplisitt om dette (se avsnitt 4.1.1.1).

Sammenhengen mellom sosial sammenligning og hjelpesøking har vært lite undersøkt ifølge Mojtabai (2008), og funnene her tyder på at dette er betydningsfullt og viktig å utforske

videre. Dersom man kjenner noen som er mye dårligere enn man opplever seg selv, og dersom den andre ikke har søkt hjelp selv, så er det lettere å tenke at det man selv sliter med ikke er «alvorlig nok». Dersom du imidlertid kjenner andre som *har* søkt hjelp, og hvis denne andre personen i tillegg oppfordrer deg til å søke hjelp så kan dette fasilitere prosessen. Dette belyses nærmere under relasjonelle faktorer og ytre påvirkning.

5.1.1.2 Opplevd behov. I hvilken grad gjenspeiles funnene fra hovedtemaet «vurdering av egen problematikk» i annen forskning? Som nevnt under presentasjonen av tidligere forskning er mangel på opplevd behov for hjelp et anerkjent og viktig hinder for hjelpesøking. Mangel på opplevd behov kan sammenlignes med både «ikke alvorlig nok» og «ambivalent prokrastinering». Usikkerhet på om det er «alvorlig nok» sammen med troen på at det går over, tilsvarende på et vis at man ikke føler et behov for hjelp. Czyz og kolleger (2013) undersøkte hjelpesøking hos en studentgruppe og fant at den vanligste begrunnelsen for å ikke søke hjelp var at problemet ble ansett som lite eller midlertidig, og at problemet ikke var «alvorlig nok». Czyz og kolleger (2013) sammenligner dette med mangel på opplevd behov og snakker tilsynelatende om dette som to sider av samme sak, men jeg vil argumentere for at man bør skille mellom «alvorlig nok» og opplevd behov. I disse forskernes datainnsamling ble det stilt åpne spørsmål om hvorfor deltagerne ikke hadde søkt hjelp. I flere andre studier som har identifisert mangel på opplevd behov som et viktig hinder, har derimot dette blitt undersøkt ved hjelp av lukkede ja/nei-spørsmål og ofte kun ett spørsmål (Eisenberg et al., 2007; Mackenzie et al., 2010; Mojtabai, 2008), selv om noen også inkluderer et sett med flere spørsmål (Bonabi et al., 2016). Noen forskere har likevel inkludert drøfting av mulige forklaringer på hvorfor opplevd behov ikke forekommer. Eisenberg og kolleger (2012) henviser blant annet til forklaringer som tro på at problemet går over, tanker om at stress er normalt, og også tvil om alvorlighetsgrad.

I undersøkelsene med lukkede ja/nei-spørsmål undersøkes det kun hvorvidt personen føler dette behovet eller ikke, men ikke *hvorfor*. Det kommer ikke fram om de føler at de ikke har behov for hjelp eller om de føler at de ikke kvalifiserer for hjelp eller eventuelt begge deler. Undertemaet «ikke alvorlig nok» får bedre fram denne tosidigheten som handler om både ens *egen vurdering* av om det er «alvorlig nok» samtidig med en bekymring om *andres vurdering* av problemet som «ikke alvorlig nok», i form av frykt for avvising.

Videre viser «ambivalent prokrastinering» at opplevd behov varierer, og får dermed bedre fram det dynamiske aspektet ved dette enn opplevd behov gjør fordi det kan virke som det sistnevnte oftest er undersøkt som noe statisk, enten-eller. «Vurdering av egen

problematikk» illustrerer at det er vanskelig å svare et klart «ja» på om man har et behov for hjelp. Dette tyder på at spørreskjema med lukkede spørsmål knyttet til opplevd behov kan gi unyanserte svar på hvordan dette virker inn på hjelpesøking. Funnene her tyder på at det emosjonelle aspektet ved hjelpesøkeprosessen er viktig, og at man bør anerkjenne betydningen av det automatiske og implisitte systemet fra dual-prosess-modellene fordi dette kan bidra til å forklare variasjoner i opplevd behov.

Det er altså forskjell på å føle at man ikke har *behov* for hjelp og å føle at man ikke har *rett på* hjelp. Det virker som ambivalent prokrastinering handler mer om det første, mens «ikke alvorlig nok» handler mer om det andre. Man kan tolke det slik at disse to til sammen illustrerer to ulike og viktige elementer ved opplevelse av et behov for hjelp. Relatert til figur 2 under avsnitt 4.5.1 kan man si at ambivalent prokrastinering blir et hinder for å svare ja på om man har et problem, mens «ikke alvorlig nok» blir et hinder for å svare ja på om man skal søke hjelp. De to spørsmålene presentert i figur 2 har store likhetstrekk i litteraturen. Ifølge Suls og kolleger (1997) benyttes sosial sammenligning både for å besvare spørsmålet «er jeg syk?» og «burde jeg gå til legen?» (s. 197). Sammenligningen skjer for å avgjøre om man er syk, altså foregår en slags lekfolk-referering, som nevnt i teoridelen.

Hva som gjør at folk opplever et behov for hjelp er lite utforsket, men ifølge Mackenzie og kolleger (2010) er diagnose og suicidal atferd viktige prediktorer for om et individ opplever behov for hjelp. Mangel på opplevd behov kan ha en viss sammenheng med reell alvorlighetsgrad, men mye tyder på at også personer som tilfredsstillt diagnostiske kriterier oppgir mangel på behov som årsak til at de lar være å søke hjelp. I en studie av Mojtabai og medarbeidere (2011) gjaldt dette hinderet også for personer som hadde en psykiatrisk diagnose, selv om det var et mye vanligere hinder hos personer med mildere plager enn hos personer med moderate og alvorlige diagnoser. Årsaker til å ikke søke hjelp varierer altså delvis avhengig av sykdomsgrad (Clark, Hudson, Dunstan, & Clark, 2018). Forskningen er for øvrig motstridende når det gjelder sammenhengen mellom økt psykologisk symptomtrykk og hjelpesøking (Sheffield et al., 2004). Enkelte forskere fant at høyere nivå av psykiske plager var den eneste signifikante predikatoren for å søke profesjonell hjelp (Rickwood et al., 2005). Andre har imidlertid funnet at økte depressive symptomer har sammenheng med negative holdninger til å søke hjelp (Garland & Zigler, 1994).

Det er sannsynlig at hjelpesøking også påvirkes av selve lidelsen og at affektiv tilstand kan påvirke hjelpesøkeprosessen (Wilson & Deane, 2010), og eksempelvis vil depressive symptomer være relevant å trekke fram. Med tanke på at depresjon ofte er forbundet med et negativt fremtidssyn og ofte liten tro på at ting blir bedre (World Health Organization, 1992),

så er det ikke overraskende at høyere symptomtrykk i noen tilfeller er et hinder for hjelpesøking, noe som kan bidra til å forklare den motstridene forskningen. Selvmordstanker og depressive symptomer er forbundet med forstyrrelse av kognitive funksjoner noe som kan gjøre det utfordrende å gjennomføre en kognitiv rasjonell beslutningsprosess (Wilson & Deane, 2010). Det er uansett viktig med økt forståelse av hvordan hjelpesøkeprosessen arter seg både ved lidelser med og uten kognitive forstyrrelser.

Nylig har noen forskere interessert seg for hvordan stigmatisering påvirker opplevd behov. Schomerus og medarbeidere (2018) fant at høyere stigmatisering har en sammenheng med lavere opplevd behov, og at stigmatisering på denne måten hindrer en person fra å identifisere seg som en som trenger hjelp. Det er viktig å finne ut mer om årsaker til fravær av opplevd behov siden dette åpenbart er en viktig faktor. Resultatene taler for at modeller bør innlemme dette elementet for å kunne predikere hjelpesøkende atferd.

5.1.1.3 Normalisering. «Ikke alvorlig nok» er preget av en normalisering av problemet og «ambivalent prokrastinering» er en utsettelse av hjelpesøking. Disse funnene støtter en nyere modell for hjelpesøking utviklet av Biddle og kolleger (2007). De kaller denne modellen for unngåelsessyklusen (Cycle of Avoidance – COA) og vektlegger hjelpesøking som en sirkulær prosess der allmenn oppfatning av diagnoser (lay diagnosis) har stor betydning. COA-modellen illustrerer hvordan terskelen for hjelpesøking stadig forskyves fremover til man eventuelt når et krisepunkt. Ifølge COA er dermed terskelen selv dynamisk og ikke statisk. Det er mye ved «ambivalent prokrastinering» som minner om denne unngåelsen. Et interessant poeng understreket av forskerne er at lekfolk-diagnostisering først og fremst handler om vansker med klassifisering av normale plager (distress) vs. ekte plager, og ikke bare er et resultat av manglende evne til å gjenkjenne symptomer. Funnene her tyder på at terskelen for å søke hjelp på mange måter er et spørsmål om selvdagnostisering, i betydningen at du selv må vurdere om du har et problem som både behøver og kvalifiserer for profesjonell hjelp.

Ifølge Eisenberg og medarbeidere (2007) blir tanken om at stress er normalt et viktig referansepunkt for studenter. De fant at selv med et gratis tilbud hadde flesteparten av studentene med tegn til mentale lidelser ikke mottatt hjelp, og en av de viktigste grunnene var oppfatningen om at stress er normalt. Dersom man sliter med stress eller andre ting man tenker er normalt og vanlig hos mange kan det være lett å konkludere med at det ikke er alvorlig nok. Dette stemmer godt overens med funnene i studien her fordi informantene var usikre på om det de slet med er normalt og «bør» takles på egenhånd. Referansepunktet for

hva man anser som normalt blir avgjørende for om man søker hjelp eller ei. Personen må selv gjøre en vurdering av om det er alvorlig nok fordi mange problemer er så vanlige og allmenne. Dette støtter opp om annen forskning som har vist trenden til normalisering av problemer blant studenter (Czyz et al., 2013).

Sosial sammenligning kan bidra til å forstå sammenhengen mellom opplevd behov og variasjoner av hjelpesøking fordi opplevd behov avhenger av hva referansepunktet ditt er for hva som er alvorlig og hva som er normalt. Ifølge Mojtabai (2008) måles ofte behov uten å ta hensyn til sammenligning. Han fant at de som beskrev seg selv som mer bekymret, nervøse eller engstelige enn andre hadde signifikant større sannsynlighet for å søke hjelp eller for å oppleve et udekket behov for hjelp.

Hvis «ikke alvorlig nok» var et avgjørende hinder, hva var det som utmerket seg som fasiliterende faktorer for å overkomme dette hinderet? Når informantene snakket om hva som fikk dem til å bestemme seg for å ta kontakt med SiT var det noen som særlig vektla å innse at problemet gikk utover hverdagen og ikke gikk over, mens andre vektla samtaler med venner som selv hadde erfaring og som oppfordret dem til å søke. Innsikt vil gjennomgås nedenfor, mens ytre påvirkning kommer i det påfølgende avsnittet om relasjonelle faktorer.

5.1.1.4 Betydningen av innsikt i egen situasjon. I litteraturen er det spesielt to betingelser som anses som viktige forutsetninger for å søke hjelp. For det første å anerkjenne et problem som uønsket, og for det andre å anse det som lite sannsynlig at problemet forsvinner uten ekstern hjelp (Cauce et al., 2002; Liang et al., 2005). Dette stemmer godt overens med funnene her der innsikten om at «hverdagen fungerer ikke» tilsvarer et uønsket problem, og innsikten om at «det går ikke over» er knyttet til å anerkjenne behovet for ekstern hjelp. Undertemaet «det går ikke over» viser motsatsen til undertemaet «ambivalent prokrastinering» og forventningen om at problemet vil gå over. Begge undertemaene gir gjenklang i en annen studie som fant at tanker om at symptomene var midlertidige var et viktig hinder, mens det å innse at det ikke var midlertidig var en motivasjon for å søke hjelp (Del Valle, Belloch, & Carrió, 2017). Mens «det går ikke over» handler om varighet, så er symptomgjenkjennelse relatert til problemdefinisjon. «Hverdagen fungerer ikke» handler om begge deler.

Det at innsikt i egen situasjon er et hovedtema forklarer imidlertid ikke hvorfor denne innsikten kommer. Funnene viser at sammenligning både med egne tidligere erfaringer og sammenligning med andre personer med lignende plager bidro til symptomgjenkjennelse.

Dessuten var kampanjene til SiT med på å skape bevissthet rundt vanlige problemer, og å definere slike plager innenfor rammen av hva man kan søke profesjonell hjelp for.

Et begrep og en anerkjent fasilitator i annen forskning er som nevnt «mental health literacy» (Gulliver et al., 2010). Noen hevder at literacy er et av de største hindrene fordi mange lar være å søke hjelp fordi de ikke gjenkjenner symptomene sine (Klik et al., 2019). Clark og kolleger (2019) identifiserte også begrenset kunnskap om klinisk angst som et viktig hinder hos unge menn. Undertemaet «symptomgjenkjennelse» er ikke synonymt med «mental health literacy» som er et bredere begrep som rommer generell kunnskap om psykiske lidelser (Jorm, 2000). Symptomgjenkjennelse her var erfaringsbasert fremfor kunnskapsbasert. Det var et resultat av egne tidligere erfaringer, men også sammenligninger mellom seg selv og andre. Dette er relevant med tanke på at overgangen mellom syk og frisk ofte er diffus ved en del psykiske plager, og en viktig utfordring ved psykiske vansker kan være det å definere dette skillet (Biddle et al., 2007). Ifølge Biddle og medarbeidere (2007) er utfordringen det å definere noe som sykt på grunn av normaliseringen av problemene man har, og de mener at det handler om mer enn bare å gjenkjenne symptomer, men også å definere symptomene innenfor rammen av noe å søke hjelp for. Funnene her støtter denne påstanden. Tvilen rundt hva som er «alvorlig nok» til å søke hjelp for synes først og fremst å være et uttrykk for normaliseringen av problemene man har. Symptomgjenkjennelse bidrar til å definere problemet som «alvorlig nok».

Det å forstå når man bør eller kan søke hjelp er ikke selvsagt, og personer som ikke har noen tidligere erfaring med å søke hjelp har ofte urealistiske eller unøyaktige bilder på psykisk sykdom som er påvirket av stereotyper fra media (Rickwood et al., 2005). Dette gir gjenklang i en annen studie som fant at et hinder for å søke hjelp handlet om en oppfatning om at *samfunnet* ikke anser angst som et reelt problem (Clark et al., 2018).

Symptomgjenkjennelse fremstår altså som en viktig fasilitator.

5.1.1.5 Ønske om egen mestring vs. selvhjulpenhet. Et annet begrep fra empirien og viktig hinder for hjelpesøking er selvhjulpenhet. Jeg vil argumentere for at dette er nokså synonymt med undertemaet «ønske om egen mestring» fordi informantene beskrev dette på samme måte som selvhjulpenhet blir beskrevet av andre. Enkelte forskere har identifisert selvhjulpenhet som en svært viktig faktor. For eksempel fant Mackenzie og medarbeidere (2010) at den sterkeste barrieren mot å søke hjelp var et ønske om å takle problemet på egenhånd. Mine informanter var også opptatt av dette, og hinderet var noe som holdt flere av dem igjen fra å søke hjelp på et tidligere tidspunkt. Andre studier har også vist at unge voksne

foretrekker selvhjulpenhet (Clark et al., 2018) og at dette var den vanligste oppgitte grunnen for både å la være å søke hjelp og for å droppe ut av behandling (Mojtabai et al., 2011).

Resultatene her viser imidlertid et interessant funn som nyanserer denne sammenhengen. En av deltagerne fortalte at hun følte at hun nå hadde ansvar for sitt eget liv, til forskjell fra da hun bodde hjemme hos foreldre sine. Hun sa at dette bidro til at hun visste at hun måtte gjøre noe med problemet selv, noe som dyttet henne i retning av å søke hjelp. I hennes sammenheng var autonomi og selvhjulpenhet ikke et hinder, men delvis en fasiliterende faktor. I forlengelsen av dette kan man trekke linjer mot konseptet mestringstro der dette kan ha to ulike betydninger. Mestringstro handler på den ene siden om troen på å mestre problemet på egenhånd, men på den andre siden handler det om troen på at man klarer å søke hjelp og å endre seg gjennom terapi slik mestringstro gjerne snakkes om i hjelpesøkelitteraturen (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

Informantene hadde fokus på at de ville mestre problemet på egenhånd. Sosial sammenligning er relevant for å forstå ønske om egen mestring fordi informantene snakker om å ikke være dårligere enn andre studenter, og at de ikke vil søke hjelp for noe «alle andre» takler selv. Dermed bør man skille mellom mestringstro og ønsket om å takle ting selv på den ene siden i motsetning til opplevde krav og forventninger fra samfunnet på den andre siden.

Selvbilde påvirkes også av sosiale sammenligninger, og opplevd trussel mot selvbilde avhenger av type sammenligning (Suls et al., 1997). Dersom utgangspunktet er at studenten sammenligner seg med andre studenter, og dersom de tror at disse klarer seg selv uten å søke hjelp så kan hjelpesøking være en større trussel mot selvbildet. I motsatt fall, dersom andre søker hjelp, og dersom dette er mennesker man identifiserer seg med, så er det logisk at det å søke hjelp blir en mindre trussel mot eget selvbilde. Ifølge Raviv og kolleger (2000) er det imidlertid usikkert hvordan selvbilde og hjelpesøking henger sammen. Hans funn indikerer at forholdet mellom disse medieres av opplevd alvorlighetsgrad. Andre har også trukket fram at sammenhengen mellom selvbilde og hjelpesøking er uklar. Både lav og høy selvtilit har blitt funnet å predikere hjelpesøking (Nadler, 2015). Det ville vært interessant å se nærmere på sammenhenger mellom både mestring, selvbilde, skam og stigmatisering.

5.1.1.6 Frykt for stigmatisering. Funnene indikerer at deltagerne i liten grad opplevde stigmatisering som et viktig hinder. En av informantene beskrev positive holdninger i vennekretsen der det å gå til psykolog var nærmest utelukkende positivt. Her er det ikke bare fravær av stigmatisering, men til og med positive holdninger til det å søke hjelp. Dette er mindre overraskende med tanke på at utvalget var studenter fordi høyere utdanning er

forbundet med mindre stigmatiserende holdninger (Blåka, 2012). Andre forskere har også funnet at stigmatisering var mindre fremtredende blant studenter der kun 12 % nevnte dette som et relevant hinder for hjelpesøking (Czyz et al., 2013). Både deres funn og funnene her utelukker ikke at stigmatisering er et viktig hinder, men viser at selv der stigmatisering ikke forekommer i stor grad, så kan andre hindre også spille en viktig rolle. Det må likevel understrekes at deltagerne i den foreliggende studien faktisk søkte hjelp slik at stigmatisering fortsatt kan være et viktig hinder å bekjempe hos mennesker som lar være å søke hjelp.

Som nevnt tidligere skiller forskerne mellom ulike typer stigma. I denne studien var det først og fremst frykten for å være svak og for merkelappen «en person som går til psykolog» som var fremtredende hos informantene. De var mer opptatt av å ikke være en som trenger hjelp enn å ikke være psykisk syk, noe som viser at merkelappen ikke nødvendigvis innebar negative assosiasjoner til psykisk sykdom. Noen forskere har presisert at man bør skille mellom selvstigma relatert til psykiske lidelser og selvstigma knyttet til det å søke hjelp (Tucker et al., 2013), og undertemaet «frykt for stigmatisering» virker å handle mest om det siste. Kan det tenkes at stigmatisering som hinder i større grad er knyttet til psykiske *lidelser* fremfor *plager*, mens ønske om egen mestring blir et viktigere hinder i forbindelse med lettere plager?

Andre forskere har også understreket at merkelapper som svakhet, utilstrekkelighet og underlegenhet kan hindre hjelpesøking (Lannin et al., 2019), og nyere forskning på norske ungdommer viste at frykten for ryktespredning er ansett som et viktig hinder for å søke hjelp (Tharaldsen, Stallard, Cuijpers, Bru, & Bjaastad, 2017). Andre har påpekt at det å forstå merkelapp-unngåelse er helt essensielt for å forstå stigmatisering (Ben-Zeev, Young, & Corrigan, 2010). Disse funnene støtter både modeller som vektlegger trussel mot selvilde og modeller som tar hensyn til en person sine tanker om den typiske personen (prototypen) som går til psykolog.

Nok et interessant funn handler om at en av informantene snakket om å ha en høyere terskel for seg selv sammenlignet med når hun ville råde andre om å søke hjelp. Denne tendensen er også funnet av andre der 70 % ville råde andre om å søke hjelp mens kun 23 % ville fulgt sitt eget råd (Mirnezami, Jacobsson, & Edin-Liljegren, 2016). Dette er interessant med tanke på at man kan ha positive, ikke-stigmatiserende holdninger overfor psykisk helse (som de norske holdningsundersøkelsene viste, se avsnitt 1.2.5.2) mens når det gjelder en selv så blir det likevel annerledes. I disse holdningsundersøkelsene ble det målt stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke, og ikke selvstigma. Funnene og annen empiri tyder på at det er viktig å skille disse fordi folk gjerne dømmer andre annerledes enn de dømmer seg selv, og

at det fortsatt eksisterer andre hindre enn stigmatisering som kan en personen tilbake fra å søke hjelp.

Flere forhold kan motvirke stigmatisering. En av informantene fortalte at hun ville ha behandling fordi hun ikke ville være psykisk syk. Dette kan forstås som at stigmaet rundt det å være psykisk syk blir en drivkraft for å få behandling, noe som også har blitt foreslått av andre som sier at:

«people who identify with their mental illness and perceive this group membership to be negative are more able to recognize their illness, understand associated consequences, and perceive treatment as a way to enable and facilitate better functioning. In doing so, they would be able to, in a way, “leave” the mental illness group and avoid stigma» (Klik et al., 2019, s. 39).

En av deltagerne fortalte at det å bli eldre og mer moden handlet for henne om å ta bedre vare på seg selv. Egenomsorg har blitt funnet å moderere forholdet mellom opplevd offentlig stigma og forventet selv-stigma for å søke hjelp (Heath, Brenner, Lannin, & Vogel, 2018).

5.1.2 Relasjonelle faktorer. Drøftingen av de to hovedtemaene som hører til relasjonelle faktorer er slått sammen fordi undertemaene her er så tett forbundet. Både «råd og oppfordring» og «kjennskap til andres erfaringer» handler om påvirkning fra, og kontakt med, deltagerens sosiale nettverk.

5.1.2.1 Betydningen av sosial innflytelse. Råd, oppfordringer og kjennskap til andres erfaringer bidro ifølge informantenes egne ord til både en legitimering og en normalisering av det å søke hjelp. Normalisering kan sånn sett ha to ulike betydninger avhengig av om man på den ene siden snakker om en normalisering av problemet slik det ble fremstilt i figur 2 under avsnitt 4.5.1, eller om man på den andre siden snakker om en normalisering av det å søke hjelp, altså en slags ufarliggjøring av handlingen. Dette støtter andre forskeres funn som har vektlagt problemligitimering som et viktig aspekt for å forstå generell hjelpesøking. Ifølge Murray (2005) er problemligitimering prosessen med å definere noe som et problem, men også som et problem det er legitimt å søke hjelp for. Påvirkning fra venner bidrar til en anerkjennelse av problemet samt en legitimering av det å søke hjelp, og denne legitimeringen «kontrer» dermed ens egen normalisering av problemet som «ikke alvorlig nok». Flere av de

andre undertemaene er også relatert til problemligimering. Mens «råd og oppfordring» og «kjennskap til andres erfaringer» er relatert til en ytre legitimering, så kan innsikt med undertemaet «det går ikke over» beskrives som en indre legitimering med bakgrunn i varighet av problematikken. Det er også interessant at legitimeringen som kommer fra kontakt med venner synes å bety mer enn den som kommer fra SiT-kampanjenes eksempler, noe som også uttrykker at slike problemer er «alvorlig nok» til å søke hjelp for hos SiT.

Råd er for øvrig ikke alltid effektive. En av informantene hadde fått råd om å søke psykologhjelp flere ganger tidligere, men hadde likevel ikke søkt. Hun knyttet dette opp mot tidligere korte samtaler med fastlege og helsesøster, der hun opplevde å bli avvist fordi det ikke var «alvorlig nok», noe som kan tyde på at tidligere negative erfaringer var viktige hindre som sto imot oppfordringen fra venner om å søke psykologhjelp. En annen forklaring kan være at effekten av «råd og oppfordring» avhenger av hvem rådet kommer fra. Det virker som «kjennskap til andres erfaringer» sammen med «råd og oppfordring» er det som har størst effekt, altså at en man kjenner forteller at han eller hun selv har søkt hjelp fra SiT og samtidig gir et råd og oppfordring om at «du burde også søke». Altså er kjennskap til andres positive erfaringer muligens viktigere enn rådet i seg selv.

Flere forskere har funnet at det å kjenne noen som selv har søkt hjelp er en svært betydelig fasilitator som øker sjansen for hjelpesøking (Disabato, Short, Lameira, Bagley, & Wong, 2018). I en studie som undersøkte innflytelsen fra sosiale nettverk på hjelpesøking fant forskerne at de studentene som hadde søkt psykologhjelp kjente noen andre som selv hadde søkt hjelp i over 90 % av tilfellene (Vogel, Wade, Wester, Larson, & Hackler, 2007). Den positive effekten avhenger naturlig nok av om erfaringene til den man kjenner er positive eller negative (Kearns et al., 2015). I den foreliggende studien var andres erfaringer med å søke hjelp stort sett erfaringer med SiT, og det var utelukkende positive erfaringer noe som forklarer den fasiliterende rollen dette hadde her.

Mens «råd og oppfordring» er mer relatert til informantenes egen problematikk (du bør søke hjelp for *dette* problemet), så innebærer «kjennskap til andres erfaringer» også et positivt syn på selve hjelpetjenesten. På et vis ufarliggjøres det å søke hjelp ved at noen man kjenner går god for SiT-tilbudet. Et viktig funn fra andre forskere er at hjelpesøking hos unge mennesker er avhengig av at de har etablerte og tillitsfulle relasjoner til dem som tilbyr hjelpen (Rickwood et al., 2007). Det at venner på et vis kan stille garanti for SiT-tilbudet kan bidra til å forklare hvorfor disse to undertemaene blir så sentrale, fordi det blir en slags godkjenning av SiT som tillitsfullt hjelpesystem.

En annen forklaring på den fasiliterende effekten til «kjennskap til andres erfaringer» kan være at det å kjenne andre studenter som selv har søkt hjelp kan bidra til at den sosiale student-identiteten og tilhørigheten ikke trues. Denne sammenligningen mellom den andre og deg selv kombinert med råd og oppfordring minker muligens trusselen mot eget selvbilde og fasiliterer hjelpesøking. En tolkning er at «kjennskap til andres erfaringer» motvirker stigmatisering og trusselen mot selvbildet fordi dette påvirker prototypen man har om en typisk person som går til psykolog. Dette støtter behovet for å adressere innholdet i hjelpesøker-prototypen (Hammer & Vogel, 2013).

Den foreliggende studien tyder på at man bør ta større hensyn til ytre prosesser som sosial påvirkning, noe som har blitt påpekt av andre (Liang et al., 2005). Begge de to undertemaene støtter betydningen av sosial innflytelse og fokus på sosiale reaksjonsprosesser som fremmet i Prototype Willingness Model (Hammer & Vogel, 2013) fordi denne påvirkningen gjør det mer aktuelt å søke hjelp. De kognitive prosessene skjer ikke i et vakuum, og hjelpesøkeprosessen bør forstås og beskrives som en sosial prosess (Biddle et al., 2007).

5.1.2.2 Møter med profesjonelle hjelpere. Individens tidligere personlige erfaringer med hjelpesøking er et aspekt som er etterlyst av andre fordi det ofte utelates fra en del modeller for hjelpesøking (Murray, 2005). Resultatene her støtter hennes innvending om at det ikke bare er egenskaper knyttet til individet som søker hjelp som er avgjørende for hvem som søker og ikke, og at tidligere erfaringer er viktig for å forstå hjelpesøking som en dynamisk fremfor statisk prosess.

Noen av informantene snakket om at de i tiden før de søkte vurderte om det var «verd det». Denne vurderingen taler for at det skjer en kostnad-nytte-analyse basert på fordeler og ulemper med å søke hjelp, noe som kom enda tydeligere fram i strukturelle faktorer som blir drøftet senere. En av informantene hadde en dårlig opplevelse fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) der hun i ettertid konkluderte med at hun ble misforstått og at hun måtte ordne opp i problemene sine på egenhånd. I den forbindelse er det verdt å nevne at tro på at terapi fungerer også er en viktig faktor for å være villig til å investere i hjelpesøking (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

5.1.2.3 Sosial støtte. Når det gjelder sosialt nettverk så er det viktig å trekke fram at det å snakke med venner både kan fungere som en fasilitator og som et hinder for hjelpesøking. Mens «råd og oppfordring» var fasiliterende så var venner også et alternativ til

å søke profesjonell hjelp. Dette er i tråd med annen forskning (Sherbourne, 1988). Det er verdt å presisere at mine informanter fortalte at det faktisk hjalp å snakke med venner, noe som tyder på at dette hinderet kanskje ikke er det viktigste fordi de får (i hvert fall midlertidig) den hjelpen de trenger. I tillegg snakket de fleste av deltagerne med venner før de kontaktet SiT, noe som gjenspeiles i andre studier der uformell hjelp ofte foretrekkes (Gulliver et al., 2010). Andre modeller for hjelpesøking inkluderer ofte sosial støtte eller uformelle nettverk som et eget alternativ i det tredje steget, valg av tjeneste. Funnene her tyder på at man bør skille dette fra hverandre dersom man vil forstå faktorer som påvirker profesjonell hjelpesøking.

Når det gjelder det å få råd fra andre eller å ha kjennskap til andres erfaringer er det viktig å påpeke en ting relatert til de øvrige resultatene som handlet om åpenhet. Åpenhet er en viktig forutsetning for ytre påvirkning. Det skal mer til for å få et råd fra noen du kjenner dersom du ikke snakker åpent om det som plager deg, selv om det kan også hender at venner bekymrer seg og tar det opp med deg på eget initiativ.

5.1.3 Strukturelle faktorer.

5.1.3.1 Kjennetegn ved lavterskeltilbud. På et vis var strukturelle forhold knyttet til synlighet, tilgjengelighet og pris avgjørende for at deltagerne søkte hjelp. Denne konklusjonen er basert på at alle unntatt én trodde de neppe ville ha søkt hjelp dersom SiT-tilbudet ikke fantes. Noen snakket om en høy terskel for å gå til fastlegen, andre visste ikke hvor de skulle henvendt seg ellers. Flere sa at selv om de søkte hjelp hos SiT så ville problemet fortsatt ikke vært «alvorlig nok» til å bruke masse penger på profesjonell hjelp, noe som taler for kostnad-nytte-perspektivet. Mange av informantene understreket betydningen av at tilbudet var rettet spesifikt mot studenter. De snakket om at SiT-tilbudet på denne måten tilrettela for at det å søke hjelp fra dem ikke antydde at man var syk, men bare en student som sliter litt, noe som kan tyde på at trusselen mot selvbildet ble mindre.

På samme måte som råd og oppfordringer og kjennskap til andres erfaringer påvirker «ikke alvorlig nok»-vurderingen så har også karakteristikkene ved SiT (spesielt kampanjene) en påvirkning på tvilen rundt «alvorlig nok» som vist i resultatene. Med tanke på at fokuset i denne studien har vært på lavterskeltilbud så er det neppe overraskende at nettopp de strukturelle faktorene som preger et lavterskeltilbud fremstår som viktige.

Når det gjelder eksisterende forskning er det nokså stor enighet om at strukturelle faktorer er viktige. Eksempelvis fant Clark og kolleger (2018) at hos unge menn med symptomer på klinisk angst var synlighet og tilgjengelighet avgjørende for å legge til rette for

hjelpesøking, et funn som støttes av Rickwood og kolleger (2005) som påpeker at spesielt for unge mennesker er tilgjengelighet ekstremt viktig. Clark og medarbeidere (2018) fant dessuten at et viktig hinder fra å søke hjelp er at det oppleves som anstrengende (effort), noe som tyder på at tilgjengelighet og følelsen av at det var enkelt og få trykk som skulle til var essensielle fasiliterende forhold. En av informantene påpekte dessuten at hun følte det var «tiltak» å søke om hjelp, og at hun neppe ville gjort det dersom ikke en venninne gjorde det for henne, noe som også kan relateres til ovennevnte funn vedrørende anstrengelse. Videre har økonomiske forhold blitt anerkjent som en viktig faktor av flere, deriblant Hunt og Eisenberg (2010) som fant at et vanlig hinder var økonomiske begrensninger. Synlighet er også viktig, og andre har funnet at et viktig hinder var at studenter ikke visste om eksisterende tilbud (Eisenberg et al., 2007). Det at selve registreringsamtalen er gratis var svært viktig for en av informantene, noe som illustrerer betydningen av å kunne få en gratis profesjonell vurdering for å finne ut av om det er verdt å bruke penger på å løse problemet.

Strukturelle faktorer kan best forstås som en forutsetning som er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å søke hjelp. Dette illustreres av at det likevel var mye som holdt igjen deltagerne før de tok kontakt. Andre studier viser også at mange lar være å søke hjelp til tross for at det strukturelt sett godt tilrettelagt for dette (Zachrisson et al., 2006). Resultatene her har vist at deltagerne ikke ville søkt hjelp fra fastlege eller lignende tjenester, noe som taler imot steg-prosess-modellene som hevder at valg av tjeneste kommer etter at man har bestemt seg for å søke hjelp.

Selv om alle studenter potensielt *kan* søke hjelp fra SiT så er det ikke gitt at alle som sliter med problemene som SiT-kampanjene reklamerer for nødvendigvis benytter seg av SiT-tilbudet. Hvor grensa (eller terskelen) går for hva som er alvorlig nok til å ta i bruk tilbudet for eget vedkommende blir dermed et spørsmål uten fasitsvar. Altså er det få objektive holdepunkter å forholde seg til. Teorien om sosial sammenligning hevder at sammenligning skjer når usikkerhet forekommer, og tvilen rundt «alvorlig nok» kan forstås som drivkraft for sammenligning i denne vurderingen.

Det kan også tenkes at betydningen av egenskapene til SiT-tilbudet avhenger av alvorlighetsgrad og at disse faktorene ikke nødvendigvis spiller like stor rolle dersom problemet oppleves som mer alvorlig. Selv om denne studien ikke kan gi svar på sammenhengen mellom alvorlighetsgrad og hjelpesøking kan det virke som at hvor stort man opplever problemet påvirker hvorvidt man vurderer noe annet enn SiT-tilbudet, og dermed hvor stor rolle kvalitetene ved SiT-tilbudet spiller i dette valget. De fleste informantene syntes

tilgjengelighet, synlighet og pris var helt avgjørende for at de søkte hjelp, mens én informant fortalte at hun først konkluderte med at hun trengte hjelp for deretter å sjekke alternativer.

Strukturelle forhold relatert til selve tjenesten påvirker beslutningen om å søke hjelp. Symptomgjenkjennelse påvirkes av kampanjene som synliggjør hvilke type problemer som SiT mener man kan søke hjelp for. På den måten har SiT en slags definisjonsmakt fordi de kommer med eksempler på problemer som ifølge SiT kvalifiserer til hjelp hos dem. Vanlige beskrivelser av hjelpesøking kan derfor være misvisende: «The complex decision-making process begins with the recognition and definition of a problem, which leads to the decision to act, and this is influenced principally by social-cognitive factors» (Cornally & McCarthy, 2011, s. 286). Dette er misvisende fordi både problemdefinisjon og beslutning om å søke hjelp avhenger av tjenestevalg. Analysen her tyder på at dette foregår mer parallelt enn de vanlige steg-prosess-modellene gir inntrykk av. I tilfellet her innebærer dette at deltagerne ikke først bestemte seg for «å søke hjelp» og deretter «fra SiT», men de bestemte seg for «å søke hjelp fra SiT», og det blir unaturlig å se dette som to uavhengige steg.

Imidlertid bør denne kritikken av steg-modellene nyanseres av at disse modellene også inkluderer uformelle nettverk (for eksempel hjelp fra venner) i det tredje steget om valg av tjeneste. Likevel kan mye tyde på at for å forstå formell hjelpesøking fra psykologtjenester så vil prosessen kanskje arte seg annerledes enn disse modellene gir uttrykk for. Det at så mange snakket med venner før de søkte hjelp kan tyde på at flere søker en form for uformell hjelp før de søker formell hjelp, altså at veien mot å søke profesjonell hjelp ofte går via dette.

5.1.3.2 Tid og prioritering. Et interessant funn i studien her er knyttet til følelsen av å ha tid eller ikke ha tid til å søke hjelp. Dette er interessant fordi mangel på tid har blitt funnet som et vanlig hinder hos flere som har undersøkt studentpopulasjoner (Czyz et al., 2013; Eisenberg et al., 2007). Det er naturlig å undre seg over om dette er symptomatisk for at det ikke er et stort nok problem til at det er verdt å prioritere. Imidlertid var det også slik at de fleste ventet med søke hjelp helt til de følte at hverdagen ikke gikk rundt, og da kan man argumentere for at det allerede har gått langt nok. Det at SiT henviser mange videre til spesialisthelsetjenesten (Sit psykososial helsetjeneste, 2018) tyder også på at mange studenter venter for lenge med å oppsøke hjelp.

5.1.4 Å søke hjelp vs. hjelpesøkeprosessen. Det er vanskelig å vite hvor mye påvirkning hver enkeltstående faktor har, med andre ord hvor mye av variansen det forklarer, og dette er dessuten et kvantitativt spørsmål. Det er likevel ingen tvil om at det er en

sammensatt interaksjon mellom de ulike faktorene, og at det er viktig å anerkjenne denne kompleksiteten fremfor å se på enkelthindre som adskilte og uavhengige (Clark et al., 2018) for å øke forståelsen av hjelpesøkeprosessen og hvorfor folk lar være å søke hjelp. Funnene taler for at denne prosessen er mer dynamisk og sammensatt enn slik den fremstilles av de typiske steg-modellene. Ulike faktorer vil også ha ulik betydning for ulike folk, der noen faktorer fremstår som mer avgjørende for noen mens andre faktorer har større betydning for andre. Resultatene understreker også behovet for å inkludere et fokus på emosjonelle prosesser og reaksjoner fremfor å se hjelpesøkeprosessen utelukkende som en kognitiv beslutningsprosess.

Hjelpesøkeprosessen er en vurderingsprosess man kan stå i over tid uten å oppsøke hjelp med en gang, noe som støtter Biddle og hennes kolleger (2007) sine innvendinger om behov for modeller som også forklarer fravær av hjelpesøking. Funnene viser at fasilitatorer og hindre trekker i hver sin retning, og dette støtter konseptualiseringen av hjelpesøkeprosessen som en tilnærming/unngåelses-konflikt (Kushner & Sher, 1989) og understreker det dynamiske samspillet mellom hindre og fasilitatorer. Dette er ikke nødvendigvis et alternativ, men heller en komplementær konseptualisering av hjelpesøking der man kan (og bør) skille mellom hjelpesøking som selve atferden når man tar kontakt med en helsetjeneste i motsetning til *hjelpesøkeprosessen* som er beslutningsprosessen og alle vurderingene som skjer i forkant av dette.

5.2 Praktiske og kliniske implikasjoner

Før man kan snakke om tiltak som kan bidra til å senke terskelen er det verdt å ta et skritt til siden og se på den implisitte antagelsen om at terskelen bør senkes.

5.2.1 Hvor langt ned bør terskelen senkes? Et premiss for oppgavens tema og problemstilling er at terskelen er for høy og bør senkes. Det er imidlertid ikke gitt at terskelen bør bli så lav som mulig, og selv om dette er et normativt og samfunnspsykologisk (eller til og med politisk) spørsmål som fortjener og behøver betraktelig mer plass enn det som er tilegnet her så er det naturlig med en kommentar til dette. I den sammenhengen er det relevant å trekke fram den norske sykelligjøringsdebatten som har kommet i kjølvannet av den økte satsingen på forebygging og lavterskeltilbud.

Psykiater Marianne Mjaaland har hevdet at psykologene «gjør offensive fremstøt for å erobre normaliteten» (Mjaaland, 2017, s. 315). Hun er kritisk til lavterskeltilbud og forebygging fordi det ifølge henne er en forskyvning av ressurser vekk fra de som virkelig

trenger det. I en debatt på TV2 (Halvorsen, 2017) mellom Marianne Mjaaland og Heidi Tessand, visepresident i psykologforeningen, kritiserer Mjaaland prioriteringene i psykisk helsevern der «friske» mennesker kommer fremst i behandlingsskøen. Tessand er uenig og sier at hun fortsatt har til gode å se «friske» mennesker på venterommene. Hun mener også at det er unaturlig å skille skarpt mellom mennesker med milde lidelser og mennesker med alvorlige lidelser fordi milde plager kan utvikle seg til alvorlige lidelser.

Andre har nyansert kritikken av Mjaaland sine påstander ved å anerkjenne at det foregår en sykelliggjøring, men at dette kan være positivt fordi det gjør det lettere og mer akseptabelt å få hjelp for vanlige problemer (Høstmælingen, 2017). Et slikt holdepunkt har igjen blitt kritisert av Hofmann (2017) som mener at det fører til at psykologien som helseprofesjon utvannes.

Aarre (2010) hevder at samtidig med en sykelliggjøring eller medikalisering av normaliteten risikerer man en normalisering av alvorlig sykdom, og at begge deler er uheldig for samfunnet. Han mener dessuten at økte ressurser ikke nødvendigvis er en god løsning for å få bukt med lange ventelister fordi dette har vært forsøkt mange ganger uten at behovet har blitt tilfredsstilt. Dette poengteres også av Summerfield (2004) som problematiserer helseindustriens invadering av hverdagslivet:

«The more the mental health field promotes its technologies as necessary interventions in almost every area of life, and the more people pick up that they are not expected to cope through their own resources and networks, then the more that socioculturally constructed ways of enduring and coping may wither. As more resources are provided for mental health services, more are perceived to be needed—an apparently circular process. Has the mental health industry become as much a part of the problem as of the solution?» (s. 237).

Gjør vi folk avhengige og hjelpeløse? Blir det vanskeligere å bruke eget nettverk eller andre uformelle støttenettverk fordi man oppfordres til å søke hjelp for «normale» problemer? Dette er store spørsmål knyttet til psykologprofesjonen som sådan og hva som bør behandles av de profesjonelle i motsetning til hva samfunnet forventer at folk skal takle på egenhånd. Funnene her viser imidlertid at ønske om egen mestring og normalisering av problemer er utpreget og at mange fortsatt er opptatt av nettopp det å klare seg selv.

Debatten har mange stemmer og er langt fra ferdigsnakket, men uavhengig av om terskelen bør senkes eller ikke, så er det nyttig å få mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker beslutningen om å søke hjelp. Til tross for at mange av de som slike lavterskeltilbud

retter seg mot kanskje ikke er de sykeste vil jeg argumentere for at det er viktig å ha kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til at folk søker hjelp fra lavterskeltilbud. Dette er fordi det er mulig at noen av disse faktorene også er relevant for hjelpesøking fra andre helsetjenester med behov for henvisning. Dette punktet vil jeg komme tilbake til under avsnittet om generalisering.

5.2.2 Lavterskel for hva, og for hvem? I et intervju med Sintef-forsker Solveig Ose publisert på forskning.no refereres hun som følger:

«Alt kan ikke løses i helsetjenestene, og vi kan ikke kalle alle problemer for helseproblemer. Folk sliter med forskjellige ting, og dersom de ikke får hjelp med det de trøbler med, kan de utvikle mer alvorlige psykiske lidelser som må behandles i spesialisthelsetjenesten. Ønsket er at folk skal få hjelp til å håndtere sine personlige og sosiale problemer før de blir til psykiske lidelser. Dette kan et lavterskeltilbud hjelpe til med. Samtidig kan det enkelte steder med mange nok innbyggere, være ressurser nok til å gi egen lavterskeltjeneste for behandling av lettere psykiske lidelser. Dette vil i så fall være et medisinsk tilbud, som skal behandle mildere former for angst og depresjon.» (Baksjøberg, 2018, sidetall mangler)

Går lavterskeltilbudene på bekostning av de sykeste? Ikke alle milde lidelser utvikler seg til mer alvorlige lidelser, noen ting går over, men hos enkelte vil noe starte som milde plager og deretter utvikle seg til noe mer alvorlig. I tillegg presiseres det i et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet at «Også personer med alvorlig og sammensatt helseproblematikk oppsøker lavterskeltilbudene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 3). Dersom målet er å senke terskelen for de som trenger det mest, og dersom lavterskeltilbud kan klare å nå ut til disse så er lavterskeltilbud muligens et av flere gode tiltak for å veie opp for underbehandling av psykiske lidelser.

5.2.3 Tiltak og intervensjoner. Funnene fra studien her indikerer at lavterskeltilbudet til SiT fungerer i ordets rette forstand, nemlig ved å skape en *lav terskel* for å søke psykologhjelp, og at synlighet, tilgjengelighet og pris er viktige fasiliterende strukturelle forhold. Tiltak med mål om at flere skal søke hjelp bør imidlertid ta hensyn til ambivalensen og tvilen rundt hvorvidt problemet er alvorlig nok til å søke hjelp for. Her har andres vurdering betydning der både SiT-kampanjene og påvirkning fra venner og familie spiller inn. Hjelpetjenester som imøtekommer denne bekymringen på en god måte kan være

virkningsfullt, og god informasjon til potensielle hjelpesøkere om hva som eventuelt vil skje videre hvis man tar kontakt og opplever at problemet ikke anses som alvorlig nok, kan være viktig å inkludere. Negative tidligere erfaringer har bidratt til å øke denne tvilen, og viser viktigheten av å ta imot folk på en god måte når de først strekker ut en hånd. Det er en sårbar situasjon der mange har vegret seg før de tar dette steget, og en opplevelse av avvisning kan gjøre terskelen desto høyere for å ta kontakt ved en senere anledning. Ser man dette i lys av problemene med lange ventelister i spesialisthelsetjenesten (Aarre, 2010), så kan det hende at én av årsakene er at mange venter (for) lenge med å søke hjelp, slik at problemet utvikler seg og blir ordentlig alvorlig. Hvis målet er at flere av de som trenger hjelp skal få hjelp på et tidligere tidspunkt er kanskje nettopp lavterskeltilbud en viktig satsing.

Ifølge Henshaw og Freedman-Doan (2009) kan man forebygge stigmatisering ved å klassifisere psykiske vansker som «‘nerves’ rather than ‘anxiety’» (s. 432). Imidlertid tyder analysen her på at det å snakke i slike normale termer også kan skape problemer med tanke på å avgjøre hvor grensa går mellom normalt og «alvorlig nok».

Når det gjelder kampanjer med fokus på å endre holdninger for å bekjempe stigmatisering så finnes det eksempler på at kampanjer for å endre kunnskap om, og holdninger til, psykiske lidelser kan ha positiv effekt på kort sikt, men at det ikke nødvendigvis fører til økt hjelpesøking (Dumesnil & Verger, 2009). Effekten av anti-stigma-kampanjer er også omdiskutert (Angermeyer, Holzinger, & Matschinger, 2009), og noen påpeker at kampanjer bør rette seg mot personlige holdninger fremfor å endre generelle holdninger i befolkningen (Schnyder et al., 2017).

SiT-kampanjene har konkrete eksempler på vanlige problemer som man kan slite med. Kampanjene virket å være av stor betydning, noe som viser at slike kampanjer kan virke fasiliterende. Noen forskere har understreket betydningen av sosial innflytelse og at kampanjer også bør rette seg mot og oppfordre venner til å snakke med venner som sliter (Pace, Silk, Nazione, Fournier, & Collins-Eaglin, 2018). Mine funn støtter dette, men nyansen av at råd fra venner som selv har søkt hjelp kan være viktigere enn råd fra venner generelt.

Hvis det at hjelpetilbudet var beregnet på studenter var så viktig for deltagerne i denne studien, hva blir da referansepunktet ved andre psykologtilbud som finnes for den øvrige befolkning? En av informantene snakket om hvor vanskelig det var å sette en merkelapp på seg selv som en som sliter psykisk (se avsnitt 4.3.1.4). Altså kan det være desto vanskeligere å søke hjelp andre steder der man kanskje må identifisere seg selv som syk. Hvis sosial identitet, selvkategorisering og sammenligningsprosesser har så stor betydning for å avgjøre om noe er «alvorlig nok» så kan det tenkes at andre tilbud som retter seg mot befolkningen

generelt der man ikke har tilsvarende inn-gruppe-identitet («student») gjør at den eneste alternative knaggen blir å identifisere seg som «syk». Biddle og co (2007) fant også at nettopp det å klassifisere noe som ekte bekymring eller plage er en stor utfordring ved psykiske vansker.

5.3 Metodiske betraktninger og begrensninger

5.3.1 Design. Som nevnt har Rickwood og Thomas (2012) etterlyst en klarere konseptualisering av hjelpesøking i forskningen. Deres fem elementer som ble presentert i innledningen i avsnitt 2.3 er prosess, tidsramme, kilde til hjelp, type hjelp, og type bekymring. Denne studien har en tydelig avgrensning relatert til to av disse elementene, nemlig kilde til hjelp, som her var formell hjelp i form av psykologtilbudet til SiT, og type hjelp, som her var psykologhjelp. Forholdet til de resterende elementene er mer tvetydige og ikke fullt så avgrenset. Når det gjelder elementet prosess så har denne studien først og fremst undersøkt faktisk atferd. Rickwood og Thomas (2012) skiller faktisk atferd fra holdninger og hypotetisk intensjon som begge også delvis har blitt undersøkt her. Spørsmålet om hva deltagerne ville gjort dersom SiT-tilbudet ikke fantes er hypotetisk, og svarene som informantene har gitt på dette spørsmålet handler om en annen side ved hjelpesøking, nemlig intensjon og holdninger fremfor faktisk atferd. Elementet tidsramme er heller ikke avgrenset til en spesifikk periode. Enkelte informanter hadde nylig søkt hjelp mens andre hadde søkt for noen år tilbake. Til slutt er det uvisst om det er generell bekymring eller mer spesifikke symptomer, men mest sannsynlig er det en blanding av disse som gjelder for utvalget her. Fordi dette er en kvalitativ studie er for øvrig de tvetydige avgrensningene av disse fem elementene ikke avgjørende for studiens sammenlignbarhet fordi målet ikke er generalisering. Det å være bevisst på hvordan studien forholder seg til de fem elementene skaper likevel en viss transparens.

5.3.2 Generalisering vs. overførbarhet. I kvalitativ forskning er generalisering et omdiskutert begrep. Noen mener generalisering er like aktuelt i kvalitativ som i kvantitativ forskning og skiller mellom ulike former for generalisering (Kvale & Brinkmann, 2015). Andre foretrekker derimot begrepet overførbarhet som et alternativ, som vil si at under visse betingelser så kan beskrivelsene være gyldige. Overførbarheten har dermed ikke de samme kriteriene for generalisering av funn (Malterud, 2011).

Denne studien har et lite utvalg, og det er verken mulig eller et mål å generalisere resultatene ut ifra den statistiske betydningen som vurderes i store kvantitative undersøkelser. Det var heller ikke et mål å fremdrive en ny modell for hjelpesøking. Målet var å identifisere

viktige hindre, og spesielt fasilitatorer, for akkurat dette utvalget, men samtidig bidra med økt forståelse av hjelpesøkeprosessen.

5.3.3 Pålitelighet og gyldighet. For å vurdere overførbarhet er begrepene gyldighet og pålitelighet relevante. Gyldighet vi si at man vurderer hvorvidt man har funnet svar på de spørsmålene man stilte. Med andre ord handler det om hva funnene faktisk sier noe om (Tjora, 2017). Pålitelighet handler om å vurdere funnenes troverdighet og hvorvidt nye undersøkelser vil gi samme resultater (Malterud, 2011). Påliteligheten er lav dersom en annen forsker eller andre informanter ville gitt andre resultater (Tjora, 2017).

Enkelte styrker kan trekkes fram ved denne studien. Det at begge kjønn er inkludert i dette utvalget gjør at materialet blir mer robust, selv om formålet ikke er sammenligning mellom kjønn (Malterud, 2011). Jeg har også gått tilbake til datamaterialet gjentatte ganger for å vurdere om tolkninger og utvikling av temaer stemmer overens med hva informantene faktisk har sagt. Mye litteratur ble også gjennomgått etter dataanalysen for å hindre stor forforståelse basert på hva andre forskere har funnet. Spesielt gjelder dette tolkningen av hjelpesøking som en dynamisk prosess med mange interaksjoner. Man kan imidlertid aldri helt kvitte seg med egen forforståelse, men ved å være seg den bevisst kan man forsøke å unngå at forforståelsen styrer hele forskningsprosessen (Tjora, 2017). Forforståelsen min bar preg av at det eksisterer en terskel og at mange vegrer seg for å oppsøke psykolog. I tillegg antok jeg blant annet at sosial innflytelse fra venner ville spille en rolle, noe som også var utgangspunktet for spørsmålet intervjuguiden om informantene noen gang hadde fått råd fra andre om å søke hjelp (vedlegg 1). Videre er analysen preget av min vektlegging av «ikke alvorlig nok» som det viktigste, eller hvert fall mest overraskende funnet. Dette kan skyldes at resultatet var noe jeg ikke forventet på forhånd, og kanskje ville det blitt mindre vektlagt av en forsker som har en annen forforståelse. Imidlertid tyder både datamaterialet og annen empiri på at dette er et viktig hinder.

Valget av intervju som metode muliggjorde innsyn i den intrikate prosessen det er å ta en beslutning om å søke hjelp. Mye av dette ville neppe kommet til uttrykk på et spørreskjema. Slik sett var dette metodevalget godt egnet for formålet med studien. For øvrig finnes det generelle metodiske begrensninger som også vil gjelde her. Ved retrospektive undersøkelser kan hukommelsesbias forekomme (Mojtabai et al., 2011), og selvrapporing har begrensninger knyttet til at man ikke alltid selv er klar over alle faktorer som har spilt en rolle for beslutningen (Gulliver et al., 2010). Man kan heller ikke utelukke at noen aspekter ved hjelpesøkeprosessen kan ha blitt utelatt fra informantenes beretninger fordi de ikke ønsket

å prate om det. Imidlertid fremsto informantene åpne og delevillige under intervjuene, så det er naturlig å anta at de ikke bevisst holdt noe viktig tilbake.

Utvalget besto av åtte informanter, noe som er et relativt lite antall, og det ble kun gjennomført ett intervju med hver informant. Det ble ikke gjort noen oppfølgingsamtaler, noe som kunne gitt informantene mulighet til å kommentere og eventuelt bekrefte eller avkrefte mine tolkninger. Dette kan begrense påliteligheten og også overførbarheten, og et større antall informanter kunne også løftet kvaliteten.

5.3.4 For hvem, og i hvilke situasjoner er resultatene gyldige? Ifølge Malterud (2011) er det viktig å ta hensyn til hva som kjennetegner utvalget og hvordan dette påvirker overførbarheten. Det er sannsynlig at funnene her har størst gyldighet for studentpopulasjoner med tilgang på lignende tilbud som hos SiT. Utvalget er relativt homogent og består av studenter i 20-årene der alle er etnisk norske. Dette kan bety at faktorene som har blitt identifisert her kanskje er spesielt relevante for personer med disse karakteristikkene, men at overførbarheten utover denne konteksten er begrenset. Dette betyr imidlertid ikke at faktorene ikke kan være relevante for flere, selv om de ikke nødvendigvis er de viktigste eller de eneste. Lavere sosioøkonomisk status predikerer det å ikke motta hjelp (Eisenberg et al., 2007), og kultur og etnisitet har betydning, og særlig gjelder dette minoritetsungdom (Cauce et al., 2002), noe som begrenser muligheten til å generalisere resultatene på tvers av slike forhold.

Det er sannsynlig at funnene her har størst relevans for hjelpesøking ved lavterskeltilbud beregnet for studenter. Hvorvidt egenskapene til SiT også gjelder andre lavterskeltilbud er uvisst, men det er naturlig å anta at enkelte trekk knyttet til i hvert fall pris og tilgjengelighet kan være av betydning. Synlighet er kanskje mer spesifikt for SiT fordi dette er relatert til kampanjeplakater på campus-områdene, og det kan være mer utfordrende for andre lavterskeltilbud å nå ut til folk på denne måten. Det er også naturlig å tenke at resultatene har begrenset overførbarhet til psykologiske tilbud med behov for henvisning. Dette er spesielt med tanke på eventuell variasjon i symptomtrykk fordi denne faktoren ikke tas høyde for her, noe som også gjør det svært vanskelig å si hvilke faktorer som er viktig ved ulike lidelser eller grad av symptomtrykk, og det ville vært interessant å se nærmere på fasiliterende faktorer knyttet til å søke hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

I denne oppgaven er ikke fasilitatorene og hindrene klart definerte og operasjonaliserte konstrukter, altså er de ikke direkte sammenlignbare med andre lignende funn, spesielt fra kvantitative undersøkelser som ser spesifikt på ulike typer stigmatisering. Det er likevel mulig å argumentere for at funnene har en viss grad av overførbarhet, også fordi mye her gir

gjenklang i annen forskning. Jeg vil argumentere for at det som Kvale og Brinkmann (2015) kaller naturalistisk generalisering kan gjelde her. Det vil si en overførbarhet basert på personlige erfaringer slik at man får en forventning om hva som kan gjelde for andre personer i en lignende situasjon. Det er også viktig å understreke at ulike faktorer har ulik grad av betydning for ulike folk. Dette er én enkelt studie som ser på erfaringene til åtte mennesker. Det innebærer at den relative betydningen av ulike hindre og fasilitatorer er det som i minst grad kan generaliseres.

5.4 Veien videre

Analysen her reiser flere nye spørsmål. Hvordan interagerer faktorene og hva er den relative betydningen av hver av dem? Dette vil være viktig å utforske videre, for eksempel å se nærmere på sammenhengen mellom «råd og oppfordring» og «kjennskap til andres erfaringer». Det kan dessuten være interessant å undersøke hvordan «ikke alvorlig nok» henger sammen med symptomtrykk og hvordan begge disse kan relateres til det andre forskere kaller opplevd behov for hjelp. Funnene her indikerer at man bør skille mellom det å ikke oppleve et *behov for hjelp* og det å føle at man ikke har *rett på hjelp*, der det sistnevnte ikke utelukker at man føler et behov, men at man vegrer seg for å søke hjelp av frykt for at man stjeler ressurser fra andre med større behov. Videre forskning bør ta hensyn til dette skillet, men også se på hvordan disse to henger sammen. Det er også interessant å forstå hva som påvirker opplevd behov siden flere har identifisert dette som en viktig faktor. I den forbindelse kan sammenhengen mellom selvbildet og hjelpesøking være en interessant vei å gå, med fokus på hvilken rolle ønske om egen mestring og frykt for stigmatisering spiller her, fordi det blant annet har blitt påvist en sammenheng mellom stigmatisering og opplevd behov (Schomerus et al., 2018).

Videre gjenstår det mer forskning på spesifikke hjelpetjenester og spesifikke grupper. Helpesøking fra eget nettverk, fra lavterskeltilbud og fra tilbud med henvisningsbehov kan bli påvirket ulikt av ulike faktorer, og mye tyder på at disse har hver sine respektive terskler. Det vil også være nyttig for fremtidig forskning å identifisere faktorer, spesielt fasilitatorer, for bestemte grupper. Helpesøkeprosessen kan arte seg ulikt avhengig av type lidelse (Ali et al., 2017; Eiraldi et al., 2006), og demografiske variabler som alder og kjønn har også betydning. Tenåringer er en viktig gruppe fordi for halvparten av mennesker med psykiske lidelser så debutterer vanskene innen 14 års alder (Kessler et al., 2005) og fordi autonomi, selvhjelpenhet og identitetsutvikling er spesielt viktig i ungdomsårene (Cauce et al., 2002).

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

Det kunne vært spesielt interessant å finne ut om informasjon som ligner SiT-kampanjene kan være virksomme for å nå ut til elever i ungdoms- og videregående skoler. Kjønnforskjeller er utpreget, og mer forskning på hjelpesøking blant menn er spesielt viktig fordi unge menn som begår selvmord ofte ikke søker hjelp i forkant av dette (Rasmussen, Hjelmeland, & Dieserud, 2018). Her kan ønske om egen mestring og aspekter knyttet til stigmatisering være viktig å undersøke nærmere i tillegg til at det kan være interessant å utforske sammenhenger mellom skam og dårlig selvfølelse for å forstå hvordan dette påvirker hjelpesøking, både fra profesjonelle tjenester, men også fra eget nettverk.

6 Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å identifisere hvilke faktorer som har betydning for å oppsøke psykologhjelp ved et lavterskeltilbud, og å øke forståelsen for hvordan faktorene påvirker prosessen fra man *begynner å oppleve psykiske vansker* til man søker hjelp for disse. Resultatene tyder på at det er utfordrende å vite nøyaktig *når* selve hjelpesøkeprosessen egentlig starter fordi det kan være noe man har tenkt på fra tid til annen over en lang periode før man bestemmer seg for å søke hjelp. Funnene viser at hjelpesøkeprosessen er mangfoldig og kompleks, og preget av både kognitive, emosjonelle og sosiale prosesser. Faktorene er knyttet til både individuelle og relasjonelle forhold i tillegg til spesifikke karakteristikk ved hjelpetjenesten.

Studien har flere implikasjoner. Resultatene viser at det er essensielt hva slags informasjon som kommuniseres fra hjelpetjenester til potensielle hjelpesøkere og understreker betydningen av hvordan man imøtekommer mennesker som tar steget og søker hjelp for sine psykiske vansker. Studien belyser også den sosiale og interpersonlige siden ved hjelpesøking, noe som bør tas hensyn til dersom man ønsker å bekjempe hindre for hjelpesøking. Det fremkommer av analysen at det foregår et dynamisk samspill mellom fasilitatorer og hindre der hindrene fremfor alt fører til at hjelpesøking utsettes. Dette innebærer ikke at hindre nødvendigvis bør forstås som endelige og statiske årsaker til at noen ikke søker hjelp, men heller som en beskrivelse av den dynamiske prosessen som holder noen tilbake fra å søke hjelp. Samtidig kan det tenkes at enkelte hindre, som for eksempel opplevd stigmatisering og ønske om egen mestring likevel vil kunne fungere mer som avgjørende hindre, noe tidligere forskning i hvert fall indikerer. Biddle og kolleger (2007) understreker at det meste av forskningen på hjelpesøking er tverrsnitt-studier som måler hjelpesøking ved kun å se på utfall, og de mener det er behov for større fokus på å forstå selve prosessen. I lys av denne kritikken er den foreliggende studien et viktig bidrag. Kanskje bør man vurdere, som disse forskerne hevder, å tenke nytt rundt selve begrepet hindre som ifølge dem er «superficial representations of much more dynamic issues» (Biddle et al., 2007, s. 1000).

Denne studien bidrar med å belyse et viktig tema som er relatert til en grunnleggende forutsetning for psykologisk behandling, nemlig at de som trenger hjelp faktisk oppsøker den. Fremtidig forskning bør ta hensyn til at hjelpesøking er en dynamisk prosess, og det vil være spesielt nyttig å snakke med folk på ulike tidspunkt i prosessen med fokus på å utforske hva som er avgjørende for de som ender opp med å søke hjelp, og hva som kunne vært annerledes for de som lar være.

Referanser

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, *58*(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.58.1.5
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, *50*(2), 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(1), 9-21. doi:10.1002/eat.22598
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(Suppl. 420), 47-54. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, *36*(1), 1-10. doi:10.2307/2137284
- Andersen, R. M., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, *51*(1), 95-124. doi:10.2307/3349613
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry*, *24*(4), 225-232. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.06.010
- Baksjøberg, M. (2018, 2. oktober). Medisinsk behandling er ikke eneste alternativ for personer med lettere psykiske problemer. Hentet 26.03.2019 fra <https://forskning.no/ks-fou-partner-psykiske-lidelser/medisinsk-behandling-er-ikke-eneste-alternativ-for-personer-med-lettere-psykiske-problemer/1238831>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, *37*(2), 122-147. doi:10.1037/0003-066X.37.2.122
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, *19*(4), 318-327. doi:10.3109/09638237.2010.492484

- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of health & illness*, 29(7), 983-1002. doi:10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x
- Bjørngaard, J. H., Bjerkan, A. M., Bremnes, R., Hatling, T., Kaspersen, S., Pedersen, P. B., . . . Waagan, T. E. (2008). *SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007* (SINTEF rapport A7840). Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/project/samdata/rapporter/samdata-sektorrapport-for-det-psykiske-helsevernet-2007.pdf>
- Blåka, S. (2012). *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Status etter Opptappingsplanen* (NIBR-rapport 2012:9). Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/engasjement-aapenhet-og-holdninger-til-psykisk-helse-og-psykisk-sykdom-status-etter-opptappingsplanen/2012-9.pdf/@@inline>
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., . . . Rüsch, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(4), 321-324. doi:10.1097/NMD.0000000000000488
- Bonsaksen, T., Heir, T., Ekeberg, Ø., Grimholt, T. K., Lerdal, A., Skogstad, L., & Schou-Bredal, I. (2019). Self-evaluated anxiety in the Norwegian population: prevalence and associated factors. *Archives of Public Health*, 77, 1-8. doi:10.1186/s13690-019-0338-0
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication*, 25(8), 661-669. doi:10.1080/10410236.2010.521906
- Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44-55. doi:10.1037/0022-006X.70.1.44
- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64-74. doi:10.1002/jcad.12178

- Clark, L. H., Hudson, J. L., Dunstan, D. A., & Clark, G. I. (2018). Barriers and facilitating factors to help-seeking for symptoms of clinical anxiety in adolescent males. *Australian Journal of Psychology, 70*(3), 225–234. doi:10.1111/ajpy.12191
- Conner, M., & Norman, P. (2015). Predicting and changing health behaviour: a social cognition approach. I M. Conner & P. Norman (Red.), *Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models* (3. utg., s. 1-29). Berkshire: Open University Press.
- Conner, M., & Sparks, P. (2015). The theory of planned behaviour and the reasoned action approach. I M. Conner & P. Norman (Red.), *Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models* (3. utg., s. 142-188). Berkshire: Open University Press.
- Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour: A concept analysis. *International journal of nursing practice, 17*(3), 280-288. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*(7), 614-625. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(8), 464-469. doi:10.1177/070674371205700804
- Czyz, E. K., Horwitz, A. G., Eisenberg, D., Kramer, A., & King, C. A. (2013). Self-reported Barriers to Professional Help Seeking Among College Students at Elevated Risk for Suicide. *Journal of American College Health, 61*(7), 398–406. doi:10.1080/07448481.2013.820731
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and psychiatric sciences, 21*(1), 47-57. doi:10.1017/S2045796011000746
- Del Valle, G., Belloch, A., & Carrió, C. (2017). The long and complex road in the search for treatment for mental disorders: An analysis of the process in five groups of patients. *Psychiatry research, 253*, 1-8. doi:10.1016/j.psychres.2017.03.024
- Disabato, D. J., Short, J. L., Lameira, D. M., Bagley, K. D., & Wong, S. J. (2018). Predicting help-seeking behavior: The impact of knowing someone close who has sought help. *Journal of American College Health, 66*(8), 731-738. doi:10.1080/07448481.2018.1440568

- Divin, N., Harper, P., Curran, E., Corry, D., & Leavey, G. (2018). Help-seeking measures and their use in adolescents: A systematic review. *Adolescent Research Review*, 3(1), 113-122. doi:10.1007/s40894-017-0078-8
- Dumesnil, H., & Verger, P. (2009). Public awareness campaigns about depression and suicide: a review. *Psychiatric services*, 60(9), 1203-1213. doi:10.1176/ps.2009.60.9.1203
- Eiraldi, R. B., Mazzuca, L. B., Clarke, A. T., & Power, T. J. (2006). Service Utilization among Ethnic Minority Children with ADHD: A Model of Help-Seeking Behavior. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(5), 607–622. doi:10.1007/s10488-006-0063-1
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522-541. doi:10.1177/1077558709335173
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical care*, 45(7), 594-601. doi:10.1097/MLR.0b013e31803bb4c1
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2012). Help seeking for mental health on college campuses: Review of evidence and next steps for research and practice. *Harvard review of psychiatry*, 20(4), 222-232. doi:10.3109/10673229.2012.712839
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140. doi:10.1177/001872675400700202
- Fisher, J. D., Nadler, A., & Witcher-Alagna, S. (1982). Recipient reactions to aid. *Psychological Bulletin*, 91(1), 27-54. doi:10.1037/0033-2909.91.1.27
- Garland, A. F., & Zigler, E. F. (1994). Psychological correlates of help-seeking attitudes among children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 586-593. doi:10.1037/h0079573
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Houlihan, A. E., Stock, M. L., & Pomery, E. A. (2008). A dual-process approach to health risk decision making: The prototype willingness model. *Developmental review*, 28(1), 29-61. doi:10.1016/j.dr.2007.10.001
- Gibbons, F. X., Gerrard, M., Stock, M. L., & Finneran, S. D. (2015). The prototype/willingness model. I M. Conner & P. Norman (Red.), *Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models* (3. utg., s. 189-224). Berkshire: Open University Press.

- Gilovich, T., & Griffin, D. (2010). Judgment and decision making. I S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Red.), *Handbook of social psychology* (5. utg., Vol. 2, s. 542-588). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster Inc.
- Golberstein, E., Eisenberg, D., & Gollust, S. E. (2008). Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatric services*, 59(4), 392-399. doi:10.1176/ps.2008.59.4.392
- Grøtan, K., Sund, E. R., & Bjerkeset, O. (2019). Mental health, academic self-efficacy and study progress among college students-The SHoT study, Norway. *Frontiers in psychology*, 10, 1-11. doi:10.3389/fpsyg.2019.00045
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10, 1-9. doi:10.1186/1471-244X-10-113
- Halvorsen, P. (2017, 15. mars). Ingen køer av friske i psykisk helsevern. Hentet 27.02.2019 fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/ingen-koeer-av-friske-i-psykisk-helsevern>
- Hammer, J. H., Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Mental Help Seeking Attitudes Scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSPPH-SF and IASMHS-PO. *Journal of Counseling Psychology*, 65(1), 74-85. doi:10.1037/cou0000248
- Hammer, J. H., & Vogel, D. L. (2013). Assessing the utility of the willingness/prototype model in predicting help-seeking decisions. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 83-97. doi:10.1037/a0030449
- Heath, P. J., Brenner, R. E., Lannin, D. G., & Vogel, D. L. (2018). Self-compassion moderates the relationship of perceived public and anticipated self-stigma of seeking help. *Stigma and Health*, 3(1), 65-68. doi:10.1037/sah0000072
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering*. (Rundskriv I-4/2017). Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/c5e5c1d7928145b3b08148482a59969f/rundskriv_i-4-2017.pdf

- Henshaw, E. J., & Freedman-Doan, C. R. (2009). Conceptualizing mental health care utilization using the health belief model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 420-439. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01181.x
- Hermann, L. M. B., & Wilstrup, I. (2019, 12. februar). Fikk ikke SiO-psykolog: For frisk – og for syk. *Universitas*. Hentet 16.04.2019 fra <https://universitas.no/sak/65383/fikk-ikke-sio-psykolog-for-frisk-og-for-syk/>
- Hofmann, B. (2017). Grenseløs sykeliggjøring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(8), 758-760.
- Hogan, A., Reynolds, K. J., & O'Brien, L. (2011). Towards a social psychology of living with acquired hearing loss. *Perspectives on Aural Rehabilitation and Its Instrumentation*, 18(1), 13-22. doi:10.1044/arii18.1.13
- Hogg, M. A. (2000). Social identity and social comparison. I J. Suls & L. Wheeler (Red.), *Handbook of social comparison: Theory and research* (s. 401-421). Boston: Springer.
- Howitt, D. (2013). *Introduction to qualitative research methods in psychology* (2. utg.). Boston: Pearson.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.08.008
- Husby, K. H. (2018). Stor pågang av studenter med psykiske problemer. *Adresseavisen*. Hentet 16.04.2019 fra <https://trd.by/nyhetern/2018/05/06/Stor-p%C3%A5gang-av-studenter-med-psykiske-problemer-16620062.ece>
- Høstmælingen, A. (2017). Et forsvar for sykeliggjøring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(6) 570-571.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Kauer, S., Buhagiar, K., & Sancu, L. (2017). Facilitating mental health help seeking in young adults: the underlying theory and development of an online navigation tool. *Advances in Mental Health*, 15(1), 71-87. doi:10.1080/18387357.2016.1237856
- Kearns, M., Muldoon, O. T., Msetfi, R. M., & Surgenor, P. W. G. (2015). Understanding help-seeking amongst university students: the role of group identity, stigma, and

- exposure to suicide and help-seeking. *Frontiers in psychology*, 6, 1-8.
doi:10.3389/fpsyg.2015.01462
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.7.768
- Klik, K. A., Williams, S. L., & Reynolds, K. J. (2019). Toward understanding mental illness stigma and help-seeking: A social identity perspective. *Social science & medicine*, 222, 35-43. doi:10.1016/j.socscimed.2018.12.001
- Knapstad, M., Heradstveit, O., & Sivertsen, B. (2018). *Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse 2018 (SHoT)/ HELT ÆRLIG-undersøkelsen*. Hentet fra <https://www.uio.no/studier/om/laringsmiljo/shot/rapportene/shot-2018-studentenes-helse-og-trivselsundersokelse.pdf>
- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(4), 251-257. doi:10.1037/0735-7028.20.4.251
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Gyll, M., & Seidman, A. J. (2019). Reducing threat responses to help-seeking information: Influences of self-affirmations and reassuring information. *Journal of Counseling Psychology*, 66(3), 375-383.
doi:10.1037/cou0000313
- Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P., & Weintraub, S. (2005). A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *American journal of community psychology*, 36(1-2), 71-84.
doi:10.1007/s10464-005-6233-6
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Lunde, E. S. (2001, 1. november). Større åpenhet om psykiske lidelser. Hentet 20.03.2019 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser>
- Lynch, L., Long, M., & Moorhead, A. (2018). Young men, help-seeking, and mental health services: exploring barriers and solutions. *American journal of men's health*, 12(1), 138-149. doi:10.1177/1557988315619469

- Mackenzie, C. S., Erickson, J., Deane, F. P., & Wright, M. (2014). Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 99-106. doi:10.1016/j.cpr.2013.12.001
- Mackenzie, C. S., Pagura, J., & Sareen, J. (2010). Correlates of Perceived Need for and Use of Mental Health Services by Older Adults in the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(12), 1103–1115. doi:10.1097/JGP.0b013e3181dd1c06
- Madsen, O. J. (2018, 12. oktober). Den betingede åpenheten om psykiske lidelser. *Aftenposten*. Hentet 12.04.2019 fra https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/Kv4BKE/Den-betingede-åpenheten-om-psykiske-lidelser--Ole-Jacob-Madsen?spid_rel=2
- Major, B., Sciacchitano, A. M., & Crocker, J. (1993). In-group versus out-group comparisons and self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin, 19*(6), 711-721. doi:10.1177/0146167293196006
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research, 26*(13), 1753–1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Mirnezami, H. F., Jacobsson, L., & Edin-Liljegren, A. (2016). Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976-2014 in a Swedish population. *Nordic journal of psychiatry, 70*(1), 38-44. doi:10.3109/08039488.2015.1046916
- Mjaaland, M. (2017). *Tvang og tvil. En innsideberetning fra norsk psykiatri*. Oslo: Kagge Forlag AS.
- Mojtabai, R. (2007). Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990–2003. *Psychiatric services, 58*(5), 642-651.
- Mojtabai, R. (2008). Social comparison of distress and mental health help-seeking in the US general population. *Social science & medicine, 67*(12), 1944-1950. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.059
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., . . . Kessler, R. C. (2011). Barriers to Mental Health Treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine, 41*(8), 1751-1761. doi:10.1017/S0033291710002291

- Murray, C. (2005). Young people's help-seeking: An alternative model. *Childhood*, 12(4), 479-494. doi:10.1177/0907568205058607
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Hentet fra <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/mykletun2009.pdf>
- Myrvold, T. M. (2008). *Psykisk helse og psykisk sykdom* (NIBR-rapport 2008:16). Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/psykisk-helse-og-psykisk-sykdom-innbyggernes-kunnskaper-og-holdninger/55.pdf/@@inline>
- Nadler, A. (2015). The other side of helping: Seeking and receiving help. I D. A. Schroeder & W. G. Graziano (Red.), *The Oxford handbook of prosocial behavior* (s. 307-328). New York: Oxford University Press.
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, 59(2), 110-116. doi:10.1080/07448481.2010.483714
- Nedregård, T., & Olsen, R. (2014). *Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse 2014 (SHoT)*. Hentet fra https://www.sit.no/sites/default/files/SHoT%202014_Rapport_0.pdf
- Nes, R. B. (2016, 22. juni). Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge. Hentet 19.04.2019 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
- Norsk psykologforening (u.å.). Fakta om psykiske lidelser. Hentet 03.04.2019 fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/fakta-om-psykiske-lidelser>
- NOVA. (2014). *Ungdata. Nasjonale resultater 2013* (NOVA rapport 10/14). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Ungdata.-Nasjonale-resultater-2013>
- Pace, K., Silk, K., Nazione, S., Fournier, L., & Collins-Eaglin, J. (2018). Promoting mental health help-seeking behavior among first-year college students. *Health communication*, 33(2), 102-110. doi:10.1080/10410236.2016.1250065
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American journal of sociology*, 97(4), 1096-1138. doi:10.1086/229863
- Pescosolido, B. A., & Boyer, C. A. (1999). How do people come to use mental health services? current knowledge and changing perspectives. I A. V. Horwitz & T. L.

- Scheid (Red.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (s. 392-411). New York: Cambridge University Press.
- Pescosolido, B. A., Gardner, C. B., & Lubell, K. M. (1998). How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and “muddling through” from “first-timers”. *Social science & medicine*, 46(2), 275-286. doi:10.1016/S0277-9536(97)00160-3
- Rasmussen, M. L., Hjelmeland, H., & Dieserud, G. (2018). Barriers toward help-seeking among young men prior to suicide. *Death studies*, 42(2), 96-103. doi:10.1080/07481187.2017.1328468
- Raviv, A., Sills, R., Raviv, A., & Wilansky, P. (2000). Adolescents' help-seeking behaviour: The difference between self-and other-referral. *Journal of adolescence*, 23(6), 721-740. doi:10.1006/jado.2000.0355
- Reform – ressurscenter for menn (2016). *Å være mann og håndtere sykdom - en utfordring. Hvordan tilpasse et lærings- og mestringstilbud for menn?* Hentet fra <https://reform.no/wp-content/uploads/2016/04/%C3%85-v%C3%A6re-mann-og-h%C3%A5ndtere-sykdom-enkelt sider.pdf>
- Regjeringen. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), 563-572. doi:10.1016/0277-9536(94)90099-X
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(7), 35-39. doi:10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-251. doi:10.5172/jamh.4.3.218

- Rickwood, D. J., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management, 5*, 173-183. doi:10.2147/PRBM.S38707
- Rickwood, D. J., Thomas, K., & Bradford, S. (2012). *Help-seeking measures in mental health: a rapid review*. Hentet fra https://www.saxinstitute.org.au/wp-content/uploads/02_Help-seeking-measures-in-mental-health.pdf
- Robb, C., Haley, W. E., Becker, M. A., Polivka, L. A., & Chwa, H. J. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults: Similarities and differences. *Aging & Mental Health, 7*(2), 142-152. doi:10.1080/1360786031000072321
- Rodal, J., & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. Hentet fra <https://docplayer.me/313665-Is-1565-psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering.html>
- Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2004). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*(1), 51-58. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00433.x
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs, 2*(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly, 15*(2), 175-183. doi:10.1177/109019818801500203
- Saint Arnault, D. (2009). Cultural determinants of help seeking: a model for research and practice. *Research and theory for nursing practice, 23*(4), 259–278. doi:10.1891/1541-6577.23.4.259
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*(4), 261-268. doi:10.1192/bjp.bp.116.189464
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*(6), 440–452. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x
- Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., . . . Schmidt, S. (2018). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness.

- European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(4), 469-479.
doi:10.1007/s00406-018-0896-0
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' willingness to seek psychological help: promoting and preventing factors. *Journal of youth and adolescence*, 33(6), 495-507. doi:10.1023/B:JOYO.0000048064.31128.c6
- Sherbourne, C. D. (1988). The role of social support and life stress events in use of mental health services. *Social science & medicine*, 27(12), 1393-1400. doi:10.1016/0277-9536(88)90205-5
- Sit psykososial helsetjeneste (2018). *Årsmelding 2018*. Trondheim: Sit psykososial helsetjeneste.
- Skjelstad, D. V. (2013). Er tiden moden for dimensjonale diagnoser? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(6), 552-558.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (Meld. St. 25 1996-97). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (Prop. 63 1997-98). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>
- Srebnik, D., Cauce, A. M., & Baydar, N. (1996). Help-seeking pathways for children and adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4(4), 210-220.
doi:10.1177/106342669600400402
- Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380. doi:10.1177/1049732307307031
- Suls, J., Martin, R., & Leventhal, H. (1997). Social comparison, lay referral, and the decision to seek medical care. I B. Buunk & F. X. Gibbons (Red.), *Health, coping, and socialcomparison* (s. 195–226). New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.
- Summerfield, D. (2004). Cross-cultural Perspectives on the Medicalization of Human Suffering. I G. M. Rosen (Red.), *Posttraumatic stress disorder. Issues and controversies* (s. 233-245). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Sutton, S. (2015). Stage theories. I M. Conner & P. Norman (Red.), *Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models* (3. utg., s. 279-320). Berkshire: Open University Press.

- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. I W. G. Austin & S. Worchel (Red.), *The social psychology of intergroup relations* (s. 33-47). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Tharaldsen, K. B., Stallard, P., Cuijpers, P., Bru, E., & Bjaastad, J. F. (2017). 'It's a bit taboo': a qualitative study of Norwegian adolescents' perceptions of mental healthcare services. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 22(2), 111-126.
doi:10.1080/13632752.2016.1248692
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520-531. doi:10.1037/a0033555
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.
- Turner, J. C., & Reynolds, K. J. (2012). Self-categorization theory. I P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Red.), *The Handbook of Theories of Social Psychology: Volume 2* (Vol. 2, s. 399-417). London: SAGE Publications Ltd.
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 368-382. doi:10.1037/a0023688
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self-Stigma and Attitudes Toward Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50.
doi:10.1037/0022-0167.54.1.40
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of clinical psychology*, 63(3), 233-245. doi:10.1002/jclp.20345
- Wacker, R. R., & Roberto, K. A. (2014). *Community Resources for Older Adults: Programs and Services in an Era of Change* (4. utg.). Los Angeles: Sage Publications.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., . . . Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance

- disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841–850. doi:10.1016/S0140-6736(07)61414-7
- Wills, T. A., & Gibbons, F. X. (2009). Commentary: Using Psychological Theory in Help-Seeking Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 440-444. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01182.x
- Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2010). Help-negation and suicidal ideation: the role of depression, anxiety and hopelessness. *Journal of youth and adolescence*, 39(3), 291-305. doi:10.1007/s10964-009-9487-8
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization
- Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC public health*, 6, 1-7. doi:10.1186/1471-2458-6-34
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsplakat

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 4: Godkjenning fra Nasjonalt senter for Samfunnsforskning (NSD)

Vedlegg 5: Godkjenning prosjektutsettelse fra Nasjonalt senter for Samfunnsforskning (NSD)

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Introduksjon

- Presentasjon av intervjuer og prosjektet
 - o ikke ute etter info om problemet du søkte hjelp for
- Informasjon om frivillig deltakelse, retten til å trekke seg og anonymisering av resultater (informanten signerer skriftlig samtykke)
- Sjekke om informanten har noen spørsmål
- Starte lydopptak

Oppvarmingsspørsmål

Vil du starte med å si litt om hvorfor du ønsket å være informant i dette prosjektet?

Hovedspørsmål

SØKEPROSESSEN

Da du søkte hjelp hos SiT, hvordan foregikk det?

Kan du fortelle om prosessen? Hvordan kom du på å søke dit? Hvordan tok du kontakt? Hvor lang tid gikk det før du søkte? Var det lett / vanskelig?

Hva vil du si var avgjørende for at du søkte hjelp hos SiT?

Hvordan fikk du vite om tilbudet til SiT? Vurderte du andre alternativer? Vurderte du å snakke med andre?

Har du søkt hjelp før? Har du vurdert å søke hjelp, men latt være?

Hvis tilbudet fra SiT ikke fantes, hva ville du ha gjort i stedet?

RESPONS FRA / KONTAKT MED OMGIVELSENE

Fortalte du det til noen andre?

Hva syntes de om det?

Har noen rådet deg til å søke hjelp noen gang?

Hadde du snakket med andre som hadde positive/negative erfaringer med å søke hjelp?

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

Er det vanlig at folk i din omgangskrets snakker sammen om disse tingene?

I hvilke situasjoner?

Har det å søke hjelp gjort det mer eller mindre sannsynlig at du vil gjøre det på nytt?

Snakker du mer eller mindre om utfordringer med andre folk?

SYN PÅ PSYKISKE VANSKER

Hva er din erfaring med folk sitt syn på psykiske vansker?

Følte du deg syk da du søkte om hjelp?

Er det til slutt noe du vil tilføye som vi ikke har snakket om?

Avslutning

- Intervjuer slår av lydopptaket
- Takke informanten for oppmøtet, spørre hvordan det opplevdes å være med

Vedlegg 2: Informasjonsplakat

***Terskelen for å søke psykologisk hjelp
Har du søkt psykologisk hjelp fra SiT?***

Er du student i Trondheim mellom 18-30 år, og har du søkt psykologisk hjelp fra psykologtjenesten til SiT? Da vil jeg gjerne ha deg som informant til hovedoppgaveprosjektet mitt!

Det innebærer å delta på et intervju på 1-2 timer med spørsmål knyttet til opplevelsen av det å søke hjelp. Det blir ingen spørsmål knyttet til selve problematikken du søkte hjelp for, kun spørsmål relatert til dine opplevelser knyttet til det å ta et valg om å søke psykologisk hjelp.

Interessert eller lurer du på mer? Ta kontakt: ecskogz@gmail.com / 41 76 63 70

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

«Terskelen for å søke hjelp – erfaringer og opplevelser hos studenter som søker psykologisk hjelp fra et lavterskeltilbud»

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å undersøke studenters opplevelser knyttet til terskelen for å søke psykologisk hjelp. Problemstillingene som skal belyses er: Hvordan oppleves det å ta et valg om å søke psykologisk hjelp? Hvilke faktorer fasiliterer hjelpesøkende atferd? Prosjektet som gjennomføres er en hovedoppgave ved institutt for psykologi på NTNU. Dersom du er mellom 18-30 år og tidligere har søkt hjelp ved SiT psykososiale helsetjeneste er du velkommen til å delta i studien. Jeg ønsker kontakt med deg som har *søkt* om hjelp, du trenger derfor ikke å ha mottatt hjelp fra SiT for å være med i studien. Personer som ønsker å delta bes ta direkte kontakt med undertegnede per epost eller telefon, se kontaktinformasjon nedenfor.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Som informant i studien vil du være med på et dybdeintervju som vil vare i 1-2 timer. Intervjuene vil gjennomføres i tidsrommet mellom uke 17-21 våren 2017. Opplysningene som innhentes under intervjuet vil være dine opplevelser knyttet til det å ta et valg om å søke psykologisk hjelp, hva som var avgjørende for at du valgte å søke om hjelp, hvorvidt du opplevde spesifikke hindre, omgivelsenes reaksjoner og generelt dine refleksjoner knyttet til det å søke hjelp. Spørsmålene vil ikke være relatert til hva du søkte hjelp for, men vil dreie seg om selve valget om å søke profesjonell hjelp. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet samt skriftlige notater underveis i intervjuet. Som takk for at du deltar vil du motta et gavekort av verdi på kr 150 til Trondheim Torg.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun veileder og student som vil ha tilgang til dataene underveis i studien, og lydopptakene vil oppbevares innelåst på NTNU. All data vil anonymiseres slik at resultatene som presenteres i hovedoppgaven ikke vil kunne spores tilbake til deltagerne.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.12.17. Alle lydopptak vil slettes og alle opplysninger vil anonymiseres når oppgaven har blitt godkjent (våren 2018).

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med student Eirin Cecilie Skogseth.

TERSKELN FOR Å SØKE HJELP

Student: Eirin Cecilie Skogseth, 417 66 370, eirincec@stud.ntnu.no

Veileder: Britt-Marie Drottz Sjøberg, 73 59 74 85, brittids@ntnu.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Godkjenning fra Nasjonalt senter for Samfunnsforskning (NSD)



Britt-Marie Drott Sjøberg
Institutt for psykologi NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 24.04.2017

Vår ref: 53556 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53556	<i>Terskelen for å søke hjelp – erfaringer og opplevelser hos studenter som søker psykologisk hjelp fra et lavterskeltilbud</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Britt-Marie Drott Sjøberg</i>
<i>Student</i>	<i>Eirin Cecilie Skogseth</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 5: Godkjenning av prosjektutsettelse fra NSD

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei,

Viser til endringsmelding registrert hos personvernombudet 30.05.2018.

Vi har nå registrert at ny dato for prosjektslutt er 31.05.2019, tidligere 01.06.2018.

Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Med vennlig hilsen,

--

Eva J. B. Payne

Rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Official

T: (+47) 55 58 27 97

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

