

Brukertilfredshet i BUP fra ungdom til voksen

Odd Sverre Westbye

Universitetslektor og psykiatrisk sykepleier

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern, Institutt for psykisk helse, Fakultetet for medisin og helsevitenskap, NTNU og Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, St. Olavs hospital

Stian Lydersen

Professor

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern, Institutt for psykisk helse, Fakultetet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Jorun Schei

Overlege og førsteamanuensis

Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, St. Olavs hospital og Institutt for psykisk helse, Fakultetet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Barne- og ungdomspsykiatri

Selvrapport

Brukerstemmen

Langtidsfølger

Sykepleien Forskning 2022;17(88502):e-88502

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.88502

Sammendrag

Bakgrunn: Det gjennomføres få systematiske undersøkelser om pasientenes tilfredshet med tilbudet i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Hos Folkehelseinstituttet finner vi mange undersøkelser fra somatikken og en god del fra voksenpsykiatrien (VOP), men nesten ingen fra BUP. I tillegg er det mangel på pasientenes perspektiv da det oftest er foreldrene som er blitt spurt.

Hensikt: Hensikten med studien er økt kunnskap om brukertilfredshet i BUP. Vi ville også finne ut om det er noen sammenheng mellom brukertilfredshet i BUP og egenrapportert helse, økonomi, utdanningsnivå, avbrutt utdanning og/eller uførhet i ung voksen alder.

Metode: Dataene til studien vår er hentet fra Helseundersøkelsen i BUP-klinikk ved St. Olavs hospital, som var en longitudinell kohortstudie med tre måletidspunkter. Ved det første tidspunktet deltok 717 ungdommer på 13–18 år i undersøkelsen, hvorav 650 unike ungdommer svarte på spørsmål om brukertilfredshet ved minst ett av tre måletidspunkter.

Resultat: Brukertilfredsheten synker over tid, og gruppen med affektive lidelser har størst fall i tilfredshet. Ungdommene som rapporterte om høy brukertilfredshet, rapporterte også om bedre helse, bedre økonomi, høyere utdanningsnivå og færre avbrudd i en påbegynt utdanning. Sannsynligheten for å motta hel uføretrygd i ung voksen alder er imidlertid uavhengig av hvor tilfreds de var med det tilbudet de fikk i BUP.

Konklusjon: Ungdommer som er lite tilfreds med tilbudet de får i BUP, strever på mange livsarenaer som unge voksne. Det kan gi varige følger for deltakelsen i arbeids- og samfunnslivet og bidra til økt utenforskap og segregering i samfunnet. Det er nødvendig med mer kunnskap om hvordan vi kan hjelpe denne gruppen ungdommer. En god start vil være å innføre systematiske målinger av brukertilfredshet i BUP, slik Grøvli-utvalget foreslo for ti år siden.

Det er økende oppmerksomhet på brukernes egne erfaringer og tilfredshet med helsetjenestene. Innen både klinikk (1), forskning (2) og undervisning (3) er brukererfaringer en viktig og nødvendig del av arbeidet. Brukererfaringer kan også benyttes som ett av flere mål på kvaliteten på tjenesten og brukes delvis synonymt med utbytte av behandlingen (4, 5).

Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet er ett av flere mål i regjeringens nasjonale helse- og sykehusplan for 2020–2023 (6). I tillegg er samhandling og medvirkning fra de unge og deres pårørende understreket i det nye pakkeforløpet for psykiske lidelser for barn og unge (7).

Brukernes involvering med å utvikle egen behandlingsplan er også en av indikatorene som tjenestene skal måles på i pakkeforløpet for psykisk helse og rus (8). En oppsummeringsstudie viste dessuten at feedback-informerte tjenester har positiv effekt på behandlingsrelaterte utfall (9).

Imidlertid er brukernes erfaringer og tilfredshet med barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) lite undersøkt gjennom forskning og målinger som pasientopplevelsesundersøkelser (PasOpp).

Sintef Helse fant i 2005 at foreldre med yngre barn var mer tilfredse enn foreldre med eldre barn. Lange behandlingsepisoder virket positivt inn på tilfredsheten, mens lang ventetid virket negativt inn. Barn og unge var mindre tilfreds med behandlerne enn foreldrene, og det var en tendens til at yngre barn var mer tilfredse enn eldre barn (10).

Generelt var en stor andel av brukerne lite tilfreds med muligheten for medvirkning. Det var en positiv korrelasjon mellom foreldrenes og barnas svar på tilfredshet med BUP-poliklinikker. Funnene var basert på tre delstudier, der en av delstudiene kartla brukertilfredsheten hos 2253 foreldre og 1236 ungdommer (10).

Bjørngaard og medarbeidere undersøkte i 2007 sammenhengen mellom psykiske lidelser og brukertilfredshet for voksne. De fant at både mindre symptomer og bedre funksjon økte brukertilfredsheten (11).

En kvalitativ studie fra Bjønnes i 2020 peker på at ungdommer i BUP ønsker å delta mer aktivt i behandlingen, men at dette krever mer individuelt tilpasset behandling og endring av behandlingskulturen. Studien bygde på tre fokusgruppeintervjuer med femten ansatte i døgnavdelinger i BUP i Norge (12).

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) har utviklet og testet metoden «Min stemme teller» i BUP. I sin sluttrapport understreker de ungdommenes behov for å bli tatt på alvor, bli hørt og samtidig få konkrete råd om hvordan de kan håndtere sine vansker (13).

I sin siste evalueringsrapport av pakkeforløp for psykisk helse og rus sier Sintef: «Mange pasienter får verken reell innflytelse over eget behandlingssopplegg eller informasjon om pakkeforløp». De sier videre at tjenestene har lang vei å gå før målene i pakkeforløp for psykisk helse og rus blir nådd (14).

Hensikten med studien

Brukertilfredshet måles jevnlig i helsetjenestene i Norge i dag. Særlig gjelder dette i spesialisthelsetjenestene (15). Vi ser flere undersøkelser i somatikken, noen færre innen psykisk helsevern for voksne – og færrest innen BUP. Og i BUP – som i andre tjenester til barn og unge – er det ofte foreldrene som blir spurt om sine erfaringer med tjenesten, og i mindre grad barna og ungdommene selv (16).

Undersøkelsene er i all hovedsak tverrsnittsundersøkelser der man måler brukertilfredsheten på et tidspunkt i tjenesten. Hvorvidt brukertilfredshet er en opplevelse som er stabil over tid hos brukerne, er ikke blitt målt tidligere blant unge som har fått et behandlingstilbud i BUP.

I denne studien ville vi undersøke følgende:

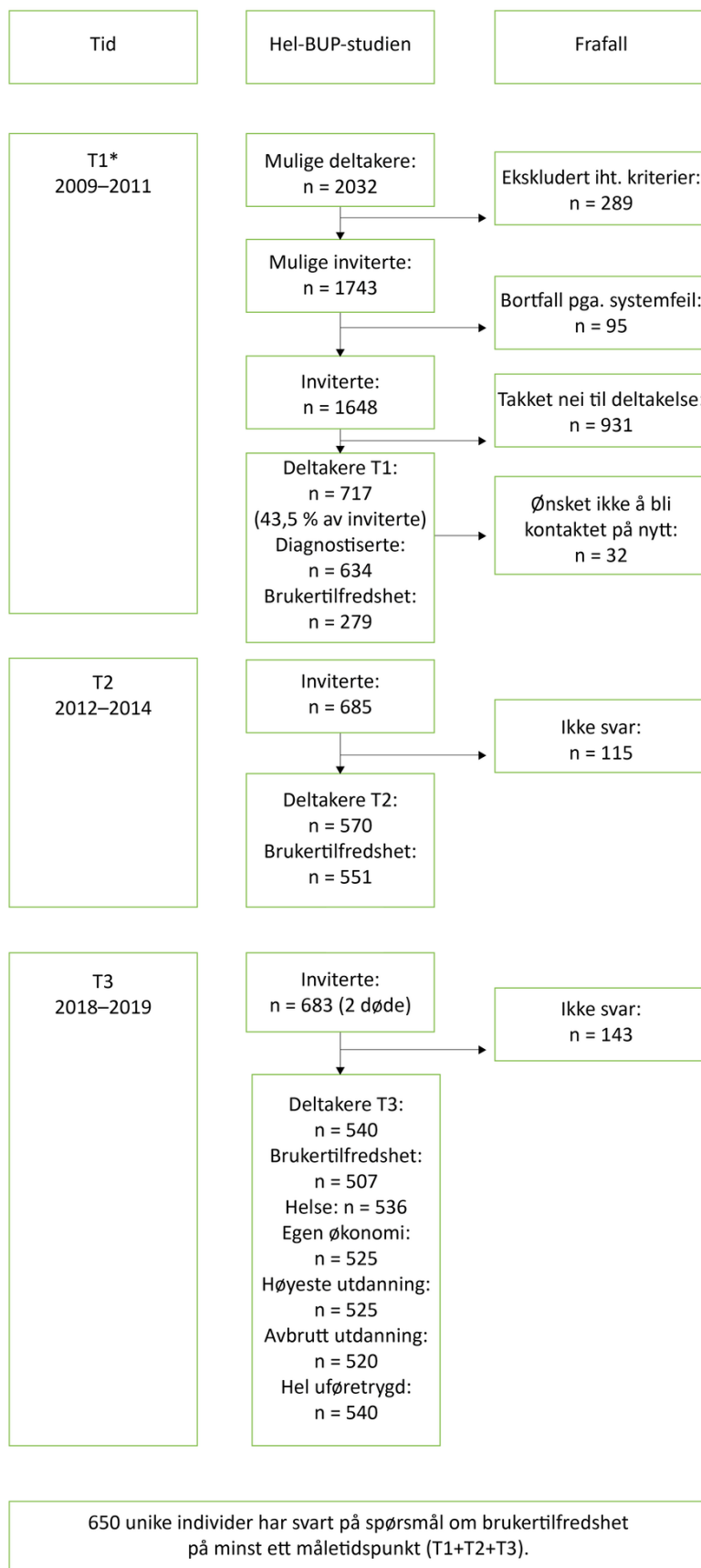
1. Endrer brukertilfredsheten i BUP seg over tid, og er det forskjell på ulike diagnosegrupper?
2. Er det en sammenheng mellom brukertilfredshet i BUP og opplevd helse, økonomi, utdanning, avbrutt utdanning og/eller uførhet i ung voksen alder?

Metode

Denne studien brukte data fra Helseundersøkelsen i BUP-klinikk ved St. Olavs hospital (Hel-BUP), som er en longitudinell kohortstudie av 717 ungdommer. Helseundersøkelsen inkluderte alle pasienter ved poliklinikker og sengeposter ved BUP-klinikk på St. Olavs hospital i perioden 2009–2011, og disse ble igjen invitert til oppfølgingsstudier tre og ni år senere.

Ved T1 (tidspunkt 1) var medianalderen 15,6 år, og 55 prosent av utvalget var jenter. I Hel-BUP-undersøkelsen svarte 650 unike ungdommer på spørsmål om brukertilfredshet på ett eller flere tidspunkter. Figur 1 gir en nærmere presentasjon av utvalget i Hel-BUP og studien vår.

Figur 1. Flytskjema over Hel-BUP-studien og vår studie



*T1, T2, T3 = måletidspunkt 1, 2 og 3

Instrumenter

For variabelen brukertilfredshet ble det brukt ulike spørsmål ved de tre målingene, men alle med en femdelt Likert-skala som svaralternativ. Ved T1 ble ungdommene spurt om «tilbudet ved klinikken hjalp meg». Spørsmålet ved T1 ble utarbeidet av Hel-BUP-prosjektet og har ikke vært brukt i andre studier.

Ved T2 ble ungdommene spurte: «Hva synes du om hjelpen du fikk fra BUP?», og ved T3: «Var behandlingen du fikk ved BUP-klinikk, alt i alt, tilfredsstillende?» Ved T2 og T3 i Hel-BUP-studien var spørsmålene tilpasset brukertilfredshets spørsmål brukt i PasOpp-undersøkelsene (17).

Ved T1 var alle tilknyttet BUP, ved T2 var noen tilknyttet BUP, mens andre var utskrevet – enten ferdigbehandlet eller avsluttet på grunn av alder. Ved T3 var det ingen som hadde en tilknytning til BUP. Ved T2 svarte derfor noen retrospektivt på spørsmålet om brukertilfredshet, og ved T3 gjorde alle det.

Diagnose ved T1 var psykiatrisk hoveddiagnose og var satt i henhold til International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) multi-axial diagnostics (axes I–VI).

I vår studie ble diagnosene ved T1 delt i kategoriene «affektive lidelser» (n = 149), «nevrotviklingsforstyrrelser» (n = 249), «spiseforstyrrelser / traumer / dissosiative lidelser / OCD» (n = 101), «annet» (n = 86) og «ingen diagnose» (n = 49).

De unge voksne ble spurt: «Hvordan er helsen din nå?» med en firedelt Likert-skala som svaralternativ, «Hvordan vil du beskrive din økonomi?» med en femdelt Likert-skala som svaralternativ og «Høyeste fullførte utdanning» med seks nivåer som svaralternativ.

De ble også spurt om de hadde droppet ut av en utdanning som de hadde ønsket å fullføre, med svaralternativene «ja» eller «nei». Likeledes ble de spurt om de nå fikk ytelse fra Nav, med svaralternativene «ja» eller «nei». Hvis «ja» ble de bedt om å presisere hvilke ytelse de fikk, hvorav hel uføretrygd var ett alternativ.

Disse variablene ble også brukt i flere faser av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) (18), med unntak av frafall i skole og ytelse fra Nav.

Analyser

For å studere endring over tid brukte vi en lineær blandet effektmodell med brukertilfredshet som avhengig variabel, tid som kategorisk uavhengig variabel, og deltaker som tilfeldig effekt. Samvariasjon i brukertilfredshet mellom tidspunktene ble beregnet med Pearsons korrelasjonskoeffisient.

For å undersøke assosiasjoner ved T₃ brukte vi lineær regresjon med egenrapportert helse, økonomi og utdanningsnivå, en av gangen, som avhengig variabel, og brukertilfredshet som uavhengig variabel. Normalfordeling av residualer ble bekreftet med visuell vurdering av QQ-plott.

Vi brukte logistisk regresjon ved avbrutt utdanning og mottak av hel uføretrygd, en av gangen som avhengig variabel, og brukertilfredshet som uavhengig variabel.

Ettersom vi undersøkte flere hypoteser, brukte vi et signifikansnivå på 1 prosent for å redusere risikoen for falskt positive funn. Alle analysene ble justert for alder og kjønn, som kan være bakenforliggende faktorer, og utført i SPSS 25.

Etikk

For hovedprosjektet Hel-BUP gjelder følgende REK-vedtak og -referanser: T₁: 4.2008.1393, T₂: 2011/1435/REK Midt og T₃: 2017/1486 REK Midt.

For vår studie gjelder REK-vedtak 2020;89873.

Resultater

Brukertilfredsheten endret seg lite fra T₁ til T₂. Ved T₃ hadde brukertilfredsheten sunket med 0,43 poeng ($p < 0,001$) i forhold til T₁ og med 0,41 poeng ($p < 0,001$) i forhold til T₂ (tabell 1).

Gruppen som ikke i det hele tatt eller i liten grad opplevde behandlingen som tilfredsstillende ved T₃, var på 27,0 prosent, som er en økning fra 14,4 prosent ved T₁ og 14,7 prosent ved T₂.

Korrelasjonen mellom brukertilfredshet ved de tre tidspunktene var henholdsvis 0,433 ($n = 216$), 0,329 ($n = 206$) og 0,530 ($n = 440$), henholdsvis mellom T₁ og T₂, mellom T₁ og T₃ og mellom T₂ og T₃.

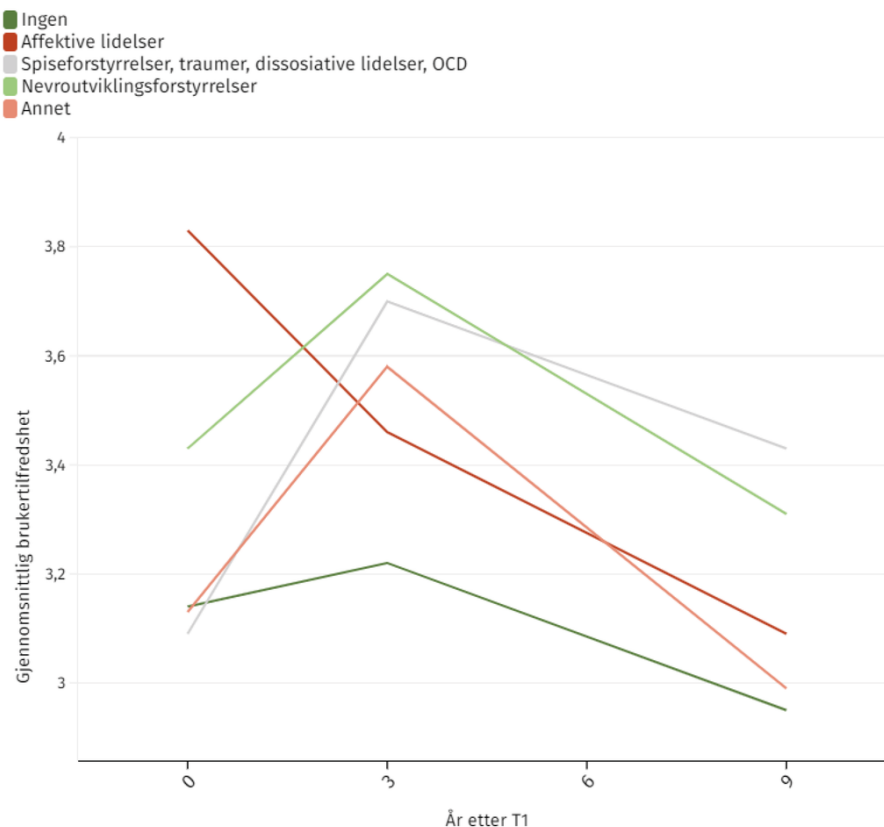
Tabell 1. Deskriptiv statistikk for variabler brukt i studien

Tid	Variabel	n	Gjennomsnitt (standardavvik eller antall (prosent))
T1*	Brukertilfredshet	279	3,62 (1,13)
T2 (3 år etter T1)	Brukertilfredshet	551	3,60 (1,12)
T3 (9 år etter T1)	Brukertilfredshet	540	3,19 (1,19)
T3	Hvordan er helsen din nå? (1 til 4)	505	2,74 (0,78)
	Hvordan vil du beskrive din økonomi? (1 til 5)	506	2,91 (1,02)
	Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført? (1 til 6)	506	3,26 (1,38)
	Har du avbrutt utdanning selv om du ønsket å fullføre (droppet ut)? (Ja/Nei)	501	182 (35,0 %)
	Hel (100 %) uføretrygd (Ja/Nei)	507	44 (8,1 %)

*T1, T2, T3 = måletidspunkt 1, 2 og 3

Brukertilfredsheten endret seg over tid

Analysene av diagnosegruppene bekreftet at brukertilfredsheten endret seg over tid (figur 2). Vi ser også at det var tydelige forskjeller mellom de ulike gruppene. Alle gruppene viste fallende brukertilfredshet fra T2 til T3, og gruppen med affektive lidelser hadde det største fallet fra T1 til T3.

Figur 2. Brukertilfredshet målt i diagnosegrupper over tid

*T1 = måletidspunkt 1

Ved T3 var det diagnosegruppene «nevroutviklingsforstyrrelser» og «spiseforstyrrelser / traumer / dissosiative lidelser / OCD» som var mest tilfredse. P-verdien for interaksjonen mellom tid og diagnosegruppe var 0,043.

I vår studie rapporterte 40 prosent av kvinnene og 22 prosent av mennene selv om dårlig helse, mens 31 prosent av kvinnene og 28 prosent av mennene rapporterte om dårlig økonomi.

«I vår studie rapporterte 40 prosent av kvinnene og 22 prosent av mennene selv om dårlig helse.»

Det var 14 prosent av kvinnene og 9 prosent av mennene som rapporterte at de kun hadde fullført grunnskolen. Det var 17 prosent av kvinnene og 31 prosent av mennene som hadde fagbrev eller svennebrev, mens 27 prosent av kvinnene og 14 prosent av mennene hadde høyskoleutdanning. Av kvinnene hadde 39 prosent falt av en utdanning de egentlig hadde ønsket å fullføre, mot 31 prosent av mennene.

Jo mer tilfreds med BUP, jo bedre helse og økonomi

Studien viste en klar sammenheng mellom brukertilfredshet og egenrapportert helse, økonomi, utdanningsnivå og avbrutt utdanning (tabell 2). Jo mer tilfreds de var med hjelpen de fikk i BUP, jo høyere var den egenrapporterte helsen, økonomien og utdanningsnivået som voksne, og jo mindre var sjansen for at de hadde droppet ut av en påbegynt utdanning.

Tabell 2. Regresjonsanalyse med brukertilfredshet ved T3* som uavhengig variabel, justert for alder og kjønn

Avhengig variabel	n	Regresjonskoeffisient	
		Estimat (95 % KI**)	p-verdi
Lineær regresjon			
Hvordan er helsen din nå?	505	0,09 (0,04 til 0,14)	0,001
Hvordan vil du beskrive din økonomi?	506	0,14 (0,07 til 0,22)	< 0,001
Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?	506	0,23 (0,13 til 0,33)	< 0,001
Logistisk regresjon			
		Estimat (95 % KI)	p-verdi
Avbrutt utdanning	501	0,69 (0,59 til 0,81)	< 0,001
Hel uføretrygd	507	1,12 (0,86 til 1,47)	0,39

*T3 = måletidspunkt 3

**KI = konfidensintervall

Av de som rapporterte om høyeste brukertilfredshet, hadde 26 prosent falt av en påbegynt utdanning, mens av dem som rapporterte om laveste brukertilfredshet, hadde 47 prosent falt av en utdanning de hadde ønsket å fullføre (tabell 3).

Tabell 3. Brukertilfredshet ved T3, hel uføretrygd og avbrutt utdanning

Var behandlingen du fikk ved BUP-klinikk, alt i alt, tilfredsstillende?			
Svarkategori	Antallet ved T3*	Andelen med avbrutt utdanning	Andelen med hel uføretrygd
Ikke i det hele tatt	55	26/55 (47,3 %)	4/55 (7,3 %)
I liten grad	82	41/80 (51,2 %)	5/82 (6,1 %)
I noen grad	151	63/150 (42,0 %)	13/151 (8,6 %)
I stor grad	148	34/146 (23,3 %)	16/148 (10,8 %)
I svært stor grad	71	18/70 (25,7 %)	6/71 (8,7 %)
Totalt	507	182/501 (36,3 %)	44/507 (8,7 %)

*T3 = måletidspunkt 3

Regresjonskoeffisienten for egenrapportert helse i tabell 2 er 0,09. Det betyr at de med høyest brukertilfredshet i gjennomsnitt skårer $0,09 \times 4 = 0,36$ høyere på egenrapportert helse enn de med lavest brukertilfredshet, siden avstanden mellom lavest og høyest brukertilfredshet er på fire trinn.

Tilsvarende er effektene for økonomi og høyeste utdanning lik $0,14 \times 4 = 0,56$ og $0,23 \times 4 = 0,92$. Odds ratio for avbrutt utdanning når vi sammenliknet de med lavest og høyest brukertilfredshet, er $0,694 = 0,23$. Disse effektene må sies å være klinisk betydningsfulle.

Vi så ingen sammenheng mellom brukertilfredshet og mottak av hel uføretrygd ($p = 0,39$). I vårt utvalg mottok 44 hel uføretrygd, $N = 507$. Disse fordelte seg jevnt over tilfredshetsskalaen (tabell 3).

Selv om vi ser klare sammenhenger mellom brukertilfredshet og flere av de avhengige variablene, sier dette ingenting om årsak og virkning.

Diskusjon

I et niårig perspektiv sank brukertilfredsheten blant ungdom i BUP, og det var pasienter med affektive lidelser som opplevde den største reduksjonen. Vi så at de som var mest tilfredse ved T1, også var det ved T2 og T3.

Likedan så vi en sammenheng mellom brukertilfredshet og egenrapportert helse, økonomi og utdanningsnivå. Vi så også en sammenheng mellom brukertilfredshet og avbrutt utdanning. Derimot var det ingen sammenheng mellom brukertilfredshet og hel uføretrygd.

Brukertilfredshet i BUP

De fleste voksne var tilfreds med tilbudet de fikk i BUP-klinikken. Voksne som tidligere hadde et tilbud i BUP, var derimot mindre tilfredse ni år etter at de fikk tilbudet i klinikken, enn med én gang de fikk tilbudet og like etter at de hadde fått tilbudet. Kanskje er ungdom engstelig for å gi negativ respons når de er i behandling fordi det kan gå ut over dem selv og behandlingen deres (19).

Mindre brukertilfredshet etter ni år kan også forstås som bedre innsikt i egen psykiske helse og påvirkningen den har på eget liv. I overkant av en av fire ungdommer som kom til BUP i perioden 2009–2011, var som voksne ikke tilfreds med den hjelpen de fikk.

Tilsvarende målinger fra norske sykehus i somatikken (døgnopphold) er 3 prosent (20) og 8 prosent for pasienter med erfaringer fra døgnopphold i voksenpsykiatrien (21).

Ranøyen og medarbeidere fant i sin studie av det samme materialet at ungdommer ved T1 med angst og/eller depresjon i stor grad hadde de samme lidelsene eller komorbide affektive lidelser tre år senere (22).

«Voksne som tidligere hadde et tilbud i BUP, var mindre tilfredse ni år etter at de fikk tilbudet i klinikken.»

Tidligere forskning har vist at kroniske lidelser påvirker tilfredsheten med livet og muligens kan påvirke brukertilfredsheten retrospektivt (23). Vedvarende vansker med angst og/eller depressive tanker kan gjøre at ungdommene mister tilliten til behandlingen, som igjen fører til lavere brukertilfredshet.

Også Gårdvik og medarbeidere fant i det samme materialet at tre av fire ungdommer fortsatt hadde en psykisk lidelse etter tre år, og at graden av komorbiditet hadde økt (24).

En stor andel av populasjonen i BUP har ADHD, og ADHD i barndommen er også assosiert med kroniske vansker i voksen alder (25). Disse faktorene kan være med på å forklare den noe lavere brukertilfredsheten i BUP sammenliknet med somatikken og VOP.

Brukertilfredshet og egenrapportert helse

Det er urovekkende at over en tredel av kvinnene og nesten en firedel av mennene i vårt materiale rapporterte om dårlig helse. Det er mer enn dobbelt så mye som funnene fra den siste befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag – HUNT4 (18).

Funnene i vår studie bekrefter tidligere funn som viser at mange som sliter med sin psykiske helse som ung, også gjør det i voksen alder (26). Kanskje kan det også forklare hvorfor Verdens helseorganisasjon (WHO) og norske styresmakter er urolige for virkningen mentale lidelser har på enkeltmennesket, familiene og samfunnet (27, 28).

Noen mentale lidelser er, i likhet med enkelte somatiske lidelser, mer langvarige og får stor betydning for den enkeltes evne til egenomsorg og omsorg for andre. Helsen kan påvirke personens funksjonsnivå, arbeidsevne og evne til å samhandle med andre mennesker (22).

Brukertilfredshet og egenrapportert økonomi

Tidligere forskning tyder på at dårlig økonomi og fattigdom påvirker personers liv fysisk og psykisk (29, 30), og i studien vår så vi en klar sammenheng mellom brukertilfredshet og egenrapportert økonomi.

«I studien vår så vi en klar sammenheng mellom brukertilfredshet og egenrapportert økonomi.»

Psykisk helse påvirker arbeidsevnen, som igjen påvirker økonomien. Har man ikke råd til neste husleie eller strømgjeld, skaper det angst for hvordan det vil gå, og det skaper frustrasjon og stress, som igjen påvirker både fysisk og mental helse.

I rapporten fra Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017 sier Statistisk sentralbyrå (SSB) at de ser en sammenheng mellom økonomi og helse, og at tilfredsheten med livet generelt øker jevnt med økende inntekt (30). Dette kan også være med på å forklare våre funn.

Brukertilfredshet og utdanning

Vi så også en sammenheng mellom de pasientene som var tilfreds med hjelpen de fikk i BUP, og høyeste fullførte utdanning i tillegg til avbrudd i en påbegynt utdanning. Vi vet at avbrutt utdanning og manglende fagbrev eller profesjonsutdanning vanskeliggjør egne jobbmuligheter, noe som kan bidra til lavere økonomi, som igjen kan gå ut over helsen (31).

Vi vet også at det stadig blir vanskeligere å få en jobb i Norge uten en formell fagutdanning, og at de jobbene som er tilgjengelig for personer uten formell kompetanse, ofte er i bransjer med mindre regulering og med dårligere lønns- og arbeidsvilkår.

Utdanning blir derfor av mange sett på som nøkkelen til en fremtidig trygg jobb. Det trenger nødvendigvis ikke være høyere universitetsutdanning – et ferdig yrkesrettet fagbrev kan være nøkkelen for senere suksess i arbeidslivet.

Faktorene helse, økonomi, utdanningsnivå og avbrutt utdanning henger tett sammen. Og studien viser at det er en sammenheng mellom brukertilfredshet i BUP og disse fire faktorene. Vi vet at dårlig mental helse er en av hovedårsakene til avbrutt utdanning fra videregående skole.

Avbrutt utdanning reduserer muligheten til å få et fagbrev eller en høyere utdanning, som igjen påvirker muligheten til å få en trygg jobb med en anstendig lønn – som også påvirker den fremtidige mentale og fysiske helsen. Disse faktorene kan være en forklaring på fallet i brukertilfredshet fra T1 til T3.

Brukertilfredshet og hel uføretrygd

Vi så ingen sammenheng mellom brukertilfredshet og mottak av hel uføretrygd. Samtidig så vi at 8,1 prosent av de voksne i vår studie rapporterte å være 100 prosent uføre. I befolkningen ellers er andelen 1,8 prosent for unge mellom 18 og 24 år og 3,5 prosent for voksne mellom 25 og 34 år, rapportert av SSB (32).

«Vi så ingen sammenheng mellom brukertilfredshet og mottak av hel uføretrygd.»

Dette tallet er som forventet ettersom våre respondenter var fra et klinisk utvalg, men det bekrefter også mange års statistikk om at psykiske helseplager er en av hovedårsakene til ung uførhet.

Mulige implikasjoner av studien

Det anbefales mer forskning om dette temaet. Spesielt ville det vært interessant med en dypere forståelse av hvorfor de unge voksne var tilfredse eller utilfredse. En kvalitativ undersøkelse kunne kartlagt subjektivt relevante faktorer som påvirker tilfredsheten hos ungdom i BUP.

Vår studie tyder på at standardmålinger av brukertilfredshet, som ble foreslått for over ti år siden i det som den gang ble kalt Grøvli-utvalget (33), kan gi relevant informasjon i klinisk arbeid i BUP. Kanskje kan slike målinger fange opp de ungdommene som senere sliter med egen helse, økonomi, lav utdanning og avbrutt utdanning.

Ved å se disse ungdommene og etablere gode tverretatlige team (34) som kan hjelpe dem videre i overgangen fra ungdom til ung voksen, kan man kanskje i større grad unngå reduksjon av egenopplevd helse, økonomi, utdanningsnivå og avbrutt utdanning (30).

Tidlig identifisering av og hjelp til pasienter med lav brukertilfredshet kan få stor betydning for individet, og det vil være god samfunnsøkonomi hvis flere lykkes med eget liv.

Styrker og svakheter ved studien

Den største svakheten ved studien vår er at det ble brukt ulike spørsmål til å måle brukertilfredshet ved de tre måletidspunktene. En annen svakhet ved denne studien er at den ikke skiller mellom ulike pasientforløp og/eller behandlingstilbud.

En styrke ved studien vår er at Hel-BUP-studien ved de to siste måletidspunktene tok utgangspunkt i PasOpp-undersøkelsenes spørsmål om brukertilfredshet. I tillegg var det mange deltakere ved minst ett av måletidspunktene, og responsraten var høy ved T2 og T3.

Konklusjon

Retrospektivt sank brukertilfredsheten signifikant ni år etter at ungdommene hadde fått et tilbud i BUP-klinikk ved St. Olavs hospital. De som var mest tilfredse ved T1, var det også ved T2 og T3. Ungdom med affektive lidelser hadde det største fallet i brukertilfredshet fra T1 til T3.

Mange av ungdommene som i sin tid fikk et tilbud i BUP, har fortsatt store problemer i livet. Særlig de som ikke var tilfreds med hjelpen de fikk i BUP, strever på flere plan. De opplever å ha dårligere helse, dårlig økonomi, de har lavere utdanning enn andre, og de dropper oftere ut av en påbegynt utdanning.

Disse faktorene påvirker hverandre gjensidig. Vi vet at utdanningsnivå og økonomi henger tett sammen, og at sosioøkonomiske forhold kan gå i arv. Det blir derfor svært viktig å fange opp disse ungdommene mens det ennå er tid, men da kreves det aktiv innsats fra alle involverte instanser.

Vi anbefaler at BUP iverksetter Grøvli-utvalgets forslag om regelmessig bruk av tilbakemeldingsverktøy, og at de ungdommene som skårer lavt på brukertilfredshet, følges opp tett av både spesialisthelsetjenesten og samarbeidende kommunale instanser.

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Brukertilfredshet i spesialisthelsetjenestene måles sjeldnere i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) enn i somatikken og voksenpsykiatrien. Oftest er det også foreldrenes opplevelser som etterspørres, og sjeldnere barnas eller ungdommenes. Vi har ikke funnet liknende studier der man har fulgt brukertilfredsheten til pasienter i BUP over flere år.
- I denne undersøkelsen har vi sett på hvordan brukertilfredsheten med BUP endret seg over ni år for 650 ungdommer. I tillegg har vi sett på om det er en sammenheng mellom brukertilfredshet hos unge voksne som har vært pasienter i BUP, og helse, økonomi, utdanningsnivå, frafall fra utdanning og

mottak av hel uføretrygd. Vi fant at brukertilfredsheten sank signifikant ni år etter første måling. Vi fant også at de unge voksne som var minst tilfreds med tilbudet de fikk i BUP, skåret svakere på helse, økonomi og utdanningsnivå og hadde høyere frafall fra en utdanning. Men vi så ingen sammenheng mellom brukertilfredshet og mottak av hel uføretrygd.

- Denne studien viser at svært mange unge som tidligere fikk et tilbud i BUP, fortsatt sliter på mange livsområder som unge voksne. Det er derfor svært viktig at pasienter i BUP med lav brukertilfredshet fanges opp tidlig og gis et koordinert behandlingstilbud fra tjenester i både første- og andrelinjen med et tilstrekkelig tidsperspektiv. Bruk av en tjeneste som Fact-Ung kan være en god løsning.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. IS-1570. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf/_/attachment/inline/829f53aa-ob66-4139-8add-944c95d5b163:b03ce59e25e43dc7623f1b5940aff644ae83eb6a/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf (nedlastet 13.12.2021).
2. Weldring T, Smith SM. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). Health Services Insights. 2013;6:61–8. DOI: [10.4137/HSI.S11093](https://doi.org/10.4137/HSI.S11093)
3. Hansen J, Lyngvær EK, Grønning K. Gode erfaringer med brukermedvirkning. Sykepleien; 2016;104(11):44–5. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2016.59391](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59391)
4. Bjørngaard JH, Andersson HW, Ose SO, Hanssen-Bauer K. User satisfaction with child and adolescent mental health services. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology. 2008;8:635–41. DOI: [10.1007/s00127-008-0347-8](https://doi.org/10.1007/s00127-008-0347-8)
5. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

6. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5do22d84deabd969a5feo43783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf (nedlastet 21.09.2021).
7. Helsenorge.no. Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus? Oslo: Direktoratet for E-helse; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/> (nedlastet 21.09.2021).
8. Helsedirektoratet. Pakkeforløp psykisk helse og rus. Beskrivelse av indikatorer for pakkeforløp for psykisk helse og rus. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20beskrivelse%20av%20indikatorer.pdf/_/attachment/inline/db2e1a9e-7080-4ab1-bf3a-08385725ccaf:5e59774ccb871f688ff896dde587becaaf2dd5a4/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus_Beskrivelse%20av%20indikatorer.pdf (nedlastet 21.09.2021).
9. Gondek D, Edbrooke-Childs J, Fink E, Deighton J, Wolpert M. Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: a systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2016;43(3):325–43. DOI: [10.1007/s10488-015-0710-5](https://doi.org/10.1007/s10488-015-0710-5)
10. Anderson HW, Ose SO, Sitter M. Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. Trondheim: Sintef; 2005. Sintef Helse-rapport STF78 A055009. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/stf78_a055009.pdf (nedlastet: 13.12.2021).
11. Bjørngaard JH, Ruud T, Friis S. The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 2007;42:803–9. DOI: [10.1007/s00127-007-0229-5](https://doi.org/10.1007/s00127-007-0229-5)
12. Bjonnes S, Grønnestad T, Storm M. I'm not a diagnosis: adolescents' perspectives on user participation and shared decision-making in mental healthcare. *Scandinavian Journal of Psychiatry and Psychology*. 2020;8:139–48. DOI: [10.21307/sjcapp-2020-014](https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-014)

13. Høiseth JR. Sluttrapport: Min stemme teller. Rapport 2/2021. Trondheim: Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling – KBT; 2021. Tilgjengelig fra: <https://kbtkompetanse.no/wp-content/uploads/2021/05/2021-05-26-Sluttrapport-Min-stemme-teller.pdf> (nedlastet: 20.12.2021).
14. Ådnanes M, Høiseth JR, Magnussen M, Thaulow K, Kaspersen SL. Langt igjen til mål i pakkeforløp for psykisk helse og rus [internett]. 04.03.2021 [hentet 13.12.2021]. Trondheim: Sintef; 2021. Sintef-rapport 2 2021: 00090. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/siste-nytt/2021/langt-til-mal-i-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>
15. Helsebiblioteket.no. PasOpp-undersøkelser – nasjonale brukererfaringer. Oslo: Helsebiblioteket; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp> (nedlastet 26.01.2021).
16. Folkehelseinstituttet (FHI). Barn og unges erfaringer med psykisk helsevern – poliklinikk BUP. Oslo: FHI; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/brukererfaringer/sporreskjemabanken/barn-og-unges-erfaringer-med-psykisk-helsevern-poliklinikk-bup/> (nedlastet 26.01.2021).
17. Folkehelseinstituttet (FHI). Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Metodebeskrivelse og analyser for landet samlet. Rapport 2020:839. Oslo: FHI; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/1ed1cf501bo43d58415dcbb3ab889e6/metodebeskrivelse-og-analyser-for-landet-samlet.pdf> (nedlastet 08.02.2021).
18. Sund ER, Opdahl S, Rangul V, Gravaas BC, Eiksund S, Sliper JO, et al. Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019. Helsestatistikk-rapport 2 fra HUNT4. Levanger: HUNT forskningssenter; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Delrapport_Helse_Kronisk+sykdom.pdf/6d581c05-4706-bc84-3330-e96ce4dbfb09?t=1585301810479 (nedlastet 20.12.2021).
19. Ådnanes M, Kaspersen SL, Melby L, Lassemo E. Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året. Trondheim: Sintef; 2020. Sintef-rapport 2020:00064. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1799826/> (nedlastet 13.12.2021).

20. Folkehelseinstituttet (FHI). Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse. Oslo: FHI; 2016. PasOpp 2016:147. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/f1656ccea8d243acabd94ca7574155bf/vedlegg/84-nasjonalt.pdf> (nedlastet 08.02.2021).
21. Folkehelseinstituttet (FHI). Pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern. Oslo: FHI; 2020. PasOpp 2020:545. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/a95980d9e40649d296e1e5fe08b37920/nasjonale-resultater.pdf> (nedlastet 08.02.2021).
22. Ranøyen I, Lydersen S, Larose TL, Weidle B, Skokauskas N, Thomsen PH, et al. Developmental course of anxiety and depression from adolescence to young adulthood in a prospective Norwegian clinical cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2018;27:1413–23. DOI: [10.1007/s00787-018-1139-7](https://doi.org/10.1007/s00787-018-1139-7)
23. Wahl AK, Hanestad BR. Psykososial intervensjon og kronisk sykdom. *Sykepleien*. 2009;90(21):38–41. DOI: [10.4220/sykepleiens.2002.0062](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0062)
24. Gårdvik KS, Rygg M, Torgersen T, Lydersen S, Indredavik MS. Psychiatric morbidity, somatic comorbidity and substance use in an adolescent psychiatric population at 3-years follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021;30(7):1095–1112. DOI: [10.1007/s00787-020-01602-8](https://doi.org/10.1007/s00787-020-01602-8)
25. Du Rietz E, Jangmo A, Kuja-Halkola R, Chang Z, D’Onofrio BM, Ahnemark E, et al. Trajectories of healthcare utilization and costs of psychiatric and somatic multimorbidity in adults with childhood ADHD: a prospective register-based study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. 2020;61(9):959–68. DOI: [10.1111/jcpp.13206](https://doi.org/10.1111/jcpp.13206)
26. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal Child Psychology & Psychiatry*. 2006;47(3–4):276–95. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x)
27. Verdens helseorganisasjon (WHO). Mental health. Genève: WHO; 2021. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1 (nedlastet 08.02.2021).
28. Prop. 121 S (2018–2019). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/> (nedlastet 02.02.2021).

29. Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, Shipley MJ, Sipilä PN, Nyberg S et al. Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet Public Health*. 2020;5(3);e140–9. DOI: [10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
30. Barstad A. Økonomi, helse og livskvalitet. Oslo: Statistisk sentralbyrå (SSB); 2020. SSB-rapporter 2020/29. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/okonomi-helse-og-livskvalitet> (nedlastet 05.10.2021).
31. With ML. Arbeid og utdanning. Oslo: Statistisk sentralbyrå (SSB); 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/arbeid-og-utdanning> (nedlastet 09.09.2021).
32. Statistisk sentralbyrå (SSB). Uføretrygdede. Oslo: SSB; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/trygd-og-stonad/statistikk/uforetrygdede> (nedlastet 09.09.2021).
33. Helse Midt-Norge, Helse nord, Helse sør-øst, Helse vest. Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB. Arbeidsgruppe 3. Ressursbruk og oppgavefordeling innen psykisk helsevern for barn og unge. Pr. 29.06.2011. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/13546097-Nasjonal-strategigruppe-ii-for-psykisk-helsevern-og-tsb-arbeidsgruppe-3-ressursbruk-og-oppgavefordeling-innen-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge.html> (nedlastet 12.04.2021).
34. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA. FACT-team for unge. Trondheim: NAPHA; 2020. Tilgjengelig fra: <https://napha.no/content/24269/oppsokende-fact-team-for-unge-i-gang> (nedlastet 17.09.2021).

NYHETER

Tiår med satsing på psykisk helsevern med nedslående resultater

NYHETER

Om BUP-rapport: – Det er for dårlig

DEBATT

– En svekket skolehelsetjeneste kan ramme særlig de mest sårbare elevene

Hvis alle barn og unge skal få det helsetilbudet de har en lovfestet rett til, både i normale og krisetider, må særlig kommunenes helsefremmende og forebyggende lavterskeltilbud fungere, skriver innleggsforfatterne.

Hilde Laholt

Helsesykepleier og førsteamanuensis
Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

Sunniva Solhaug Fjelldal

Helsesykepleier og universitetslektor
Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

Anne-Gerd Karlsen

Helsesykepleier og førstelektor
Masterutdanning i helsesykepleie, UiT – Norges arktiske universitet

Anne Clancy

Helsesykepleier og professor
Masterutdanning i helsesykepleie ved UiT – Norges arktiske universitet

.....

I et debattinnlegg i Aftenposten 9. oktober 2020 med tittel «Når mamma og pappa får hjerneslag» (Aftenposten, for abonnenter) skriver slagrammet småbarnspappa og styremedlem i LHL Hjerneslag Oslo, Martin Aasen Wright at: «Barn og unge bør automatisk få tilbud om en psykolog eller sosionom som er barnets egen samtalepartner, uten pårørende til stede, og som følger barnet gjennom hele oppfølgingen».

Viktig at barn får lett tilgjengelig hjelp

Undertegnede er enige i at barn og unge bør få den helsehjelpen de trenger, og at det skjer i gode og trygge omgivelser. Det er viktig at de får lett tilgjengelig hjelp der de er geografisk, men også følelsesmessig. Alle barn og unge i norske kommuner har lov- og forskriftsfestede rettigheter til gode og velfungerende helsefremmende og forebyggende helsetjenester via helsestasjon (0-5 år), skolehelsetjenester (6-20 år) og ungdommens helsestasjon. Nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten anbefaler at alle elever skal tilbys forebyggende helsekontroller og samtaler med helsesykepleier i temaer som omhandler helse og trivsel. Noen barn kan ha behov for spesialisthjelp som psykolog eller tilgang til sosionom, men det må vurderes ut fra den enkeltes situasjon. Vi mener at barn i utgangspunktet ikke bør sykeliggjøres, og det er heller ikke sikkert at barn som pårørende trenger «automatisk» henvisning til psykolog eller sosionom. Noen ganger vil behovet for slike tjenester være til stede for disse barna, og i slike tilfeller kan skolehelsetjenesten være behjelpelig med å henvise til helse- og sosialtjenester for videre utredning og oppfølging.

En god samtalepartner på en arena som er kjent for barna

Ansatte i skoler og i skolehelsetjenesten vet at sykdom og andre utfordringer i familien kan påvirke barn og unges skolehverdag. Skolehelsetjenesten skal være et tilbud til alle barn der helsesykepleiere tilbyr lavterskelsamtaler i skolene på barns premisser. Helsesykepleiere kan være en god samtalepartner på en arena som er kjent for barna. En velfungerende skolehelsetjeneste skal være et tilbud til alle barn, og tilby oppfølging til de som har behov for mer spesialisert hjelp.

«Mye står på spill for barns utvikling og helse, og uten velfungerende helsetjenester til barn og unge kan de menneskelige lidelsene og samfunnsøkonomiske konsekvensene bli store.»

Økte muligheter for å følge opp barn som pårørende

Skolehelsetjenesten for barn og unge har de senere årene vært et politisk satsingsområde, og kommunene har fått statlige overføringer for å oppruste tjenestene til alle barn og unge. Gjennom denne opprustningen skal kommunene ha blitt i stand til å ansette flere helsepersonell for å styrke tilbudet. Denne opprustningen innebærer også økte muligheter for å følge opp særskilte grupper som barn som pårørende. Gjennom vår kjennskap til særlig de nordnorske kommunene, er vi klar over at ikke alle kommuner har prioritert og styrket de forebyggende og helsefremmende helsetjenester i tilstrekkelig grad. Det mangler enda helsesykepleiere og andre helsefaggrupper som kan bidra i helsetilbudet rettet mot barn og unge.

Hvor man bor i landet avgjør helsetilbudet

Barneombudet har i rapporten «Jeg skulle hatt BUP i koffert» vurdert hjelpen barn får i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Rapporten viser at hvor man bor i landet avgjør hva slags helsetilbud man får, og at tilbudet er lite tilpasset barn og unges behov.

Det kommuniseres også gjennom mediene at tilbudet i skolehelsetjenesten har blitt skadelidende under den pågående koronapandemien. I en spørreundersøkelse som ble gjennomført i mai 2020 i Tidsskriftet Sykepleien, kom det frem at 6 av 10 helsesykepleiere i skolehelsetjenesten ble satt til smittesporing og informasjonsarbeid. Til tross for at helsedirektoratet understreket behovet for at disse tjenestene skulle fungere som normalt, er situasjonen fremdeles at helsesykepleiere blir omdisponert fra sitt arbeid for å ivareta oppgaver knyttet til koronapandemien. Dette er bekymringsfullt, fordi en svekket skolehelsetjeneste kan ramme særlig de mest sårbare elevene.

Også de mest sårbare skal få helsetilbud i normale og krisetider

Vi deler Aasen Wrights bekymring for at det er mye som står på spill for barns utvikling og helse, og uten velfungerende helsetjenester til barn og unge kan de menneskelige lidelsene og samfunnsøkonomiske konsekvensene bli store. Vi vil gjennom dette innlegget sette søkelys på at særlig kommunenes helsefremmende og forebyggende lavterskeltilbud bør fungere, slik at barn og unge, også de mest sårbare, får det helsetilbudet de har en lovfestet rett til, både i normale og krisetider.

Dette er en revidert utgave av et innlegg i nordnorskdebatt.no 13.10.20.

Slik kan helsesøstre oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom

Mange skoleelever har symptomer på depresjon, men signalene kan være vanskelig å tyde. Det er derfor viktig å være oppmerksom på endringer i følelsesuttrykk og funksjonsnivå.

Ungdom

Psykisk helse

Helsesøster

Den siste nasjonale Ungdata-undersøkelsen (2016) viser at én av fire til fem elever i ungdomsskolen har følt seg ulykkelig, trist eller deprimert. 82 prosent av elevene besvarte undersøkelsen (1). Andre undersøkelser viser at på ethvert tidspunkt har 15–20 prosent av barn og unge i Norge psykiske vansker i form av atferdsproblemer, angst og depresjon. Symptomene er så tydelige at de går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre (2).

Angst og depresjon er de mest utbredte vanskene/lidelsene generelt i samfunnet og forekomsten øker i ungdomsalderen. Angst og depresjon er lettest og mest lønnsomt å forebygge. Forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i den kommunale primærhelsetjenesten vil kunne forkorte sykdomsforløp og redusere utbredelsen av sykdom og funksjonstap (3–5).

Risikofaktorer for å utvikle psykiske vansker hos individet beskrives, av Major og medarbeidere, som lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over eget liv og manglende mestringsevne. Mobbing er en sterk risikofaktor for psykiske problemer hos barn og unge. Innsats for å fjerne risikofaktorer vil derfor kunne forebygge utvikling av psykiske vansker og lidelser (4).

Tidlig håndtering

Selv lette psykiske problemer kan gi større risiko for psykisk sykdom senere i livet (6). Derfor må psykiske vansker håndteres tidlig. Tidlig oppdagelse er et mål og forebygging er et førende prinsipp i Samhandlingsreformen (3, 7).

Dersom forebygging skal få stor effekt, må hovedinnsatsen rettes mot arenaer utenfor helsevesenet, fordi helse i stor grad blir påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll (4). For barn og ungdom er det her snakk om skolen. Forebygging betyr i praksis å redusere antall nye tilfeller av sykdom før de oppstår (8). Ifølge nye retningslinjer for skolehelsetjenesten bør helsesøster konsentrere seg om å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom som et ledd i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (9).

Studien er kvalitativ og det er gjort tre fokusgruppeintervjuer av ni helsesøstre som jobber på ungdomsskolen. For å analysere data ble Kvaales tre nivåer av fortolkning benyttet.

Tre hovedtemaer

Ut fra analysen var det tre hovedtema som ble identifisert ut i fra intervjuene:

- Det er vanskelig å oppdage depressive symptomer hos ungdom
- Konsekvenser av vanskene ved depressive symptomer
- Tverrfaglig samarbeid og tilrettelegging for elever med depressive symptomer.

Resultater og diskusjon

Helsesøstrene forteller at det kan være vanskelig å fange opp depressive symptomer hos ungdom fordi de ofte skjuler at de strever overfor omgivelsene. De «setter på seg en maske og et smil». Ungdom er i en brytningsfase og noe av symptombildet kan oppfattes av omgivelsene som normale tenåringssvingninger. Det er viktig å se etter endringer hos ungdommer for å fange opp tidlige symptomer på nedstemthet. En av informantene sier:

«Og så tenker jeg ... det med ungdommer og depresjon ... de kan ofte smile. De kan være glad utad på en annen måte enn voksne, at det mer er sånn amperhet, tomhet eller ... De har kanskje også mer problem med å kommunisere helt hvordan de har det. Og utad så kan det se veldig sånn vanlig og greit ut.»

Bli kjent med elevene

Informantene møter mange ungdommer med depressive symptomer på ungdomsskolen. Det er flere måter å fange opp ungdom som er nedstemte. En helsesøster forteller:

«Det er liksom mange forskjellige kanaler. Noen er jo de vi fanger opp i 8.-klassegruppene, noen får vi via lærere eller sosiallærer, noen elever kommer selv, banker på døra og en god del kommer fra foreldre, som tar kontakt fordi de er bekymret for ungdommen sin av en eller annen årsak. Jeg får en del mail og telefoner».

Det er viktig å bli kjent med elevene i starten av ungdomsskolen. På 8. trinn kan elevene fylle ut opplysninger om egen helse via et helseopplysningsskjema og helsesøster kan bli litt kjent med elevene og innkalle til en samtale. På 8. trinn får elevene også tilbud om å delta i helseopplysningsgrupper. I gruppene – som er for alle elever – informerer helsesøster om helse generelt og om hva elevene kan gjøre hvis de har problemer og hvem de kan henvende seg til.

Åpen dør

Helsesøstrene er opptatt av å være tilgjengelig og ha en «åpen dør» for å kunne fange opp elever med psykiske vansker. Mange elever kommer på «drop-in» eller en venn av dem kommer og er bekymret. En informant sa:

«Mange elever som kommer med «vondter», kommer gjerne for noe underliggende. De kan bruke lang tid på å bli kjent før de tør å fortelle om det som er mest sårbart.»

Det er viktig å være tilgjengelig akkurat når ungdommen trenger det. Hvis en elev endelig har tatt mot til seg og kommer for å prate om det som er vanskelig, kan det være at eleven ikke kommer tilbake dersom døren er stengt eller om han/hun blir bedt om å komme tilbake senere.

«Det er lettere for mange å ta kontakt for fysiske plager enn for psykiske vansker.»

Det er lettere for mange å ta kontakt for fysiske plager enn for psykiske vansker. En helsesøster sier det på denne måten:

«For dem som har slått seg, de går ofte bare rett inn og sier: Hei! Jeg har slått meg her eller der. Mens for dem som strever, de titter kanskje litt mer forsiktig inn og sier: ‘Er du ledig nå? Passer det? Jeg skulle så gjerne hatt ...». Du ser det litt egentlig på hele kroppsspråket i døren der, at de liksom kikker inn og øynene flakker litt i døråpningen, titter inn og ser seg kanskje litt over skulderen; ‘er det noen bak meg?’».

Informantene sier at de ser en forskjell på de elevene som har noe konkret de ønsker hjelp til og på de elevene som strever psykisk. Helsesøstrene forteller at de fanger opp ungdommenes signaler på at de strever. De snakker om «den tause kunnskapen» som utvikles etter lengre erfaring i arbeidet med ungdom i skolehelsetjenesten.

Se etter endringer

Informantene sier at man må se etter endringer hos ungdommene for å fange opp tidlige symptomer på nedstemthet. Vanlige tenåringsproblemer kan være humørsvingninger, irritabilitet, rot og forglemmelser, impulsivitet og manglende konsentrasjonsevne (10). Humørsvingninger som sinne, tristhet og irritabilitet er vanlig ved depressivitet. Det er to generelle trekk omgivelsene skal være obs på dersom de blir bekymret for en ungdom; hvor store humørsvingningene er og endringer i funksjonsnivået (10).

Andre atferdsendringer kan også være at ungdommene kan oppleve en stor grad av følsomhet for kritikk kombinert med fysiske symptomer som hodepine, verk i kroppen, kvalme eller andre ubehag. Videre kan det være endringer i sove- og spisevaner eller tendenser til å utagere mer enn vanlig, ta større risiko og tilbringe mindre tid sammen med venner og familie.

Hvis atferdsendringene varer i mer enn to uker er det grunn til å bli bekymret og til å handle. Jensen presiserer at ved enhver bekymring for at tenåringen gjennomgår plutselige eller gradvise forandringer, må tenåringen fanges opp og få hjelp (10).

Hemmer elevene

Mange ungdommer er stresset og helsesøstrene beskriver at de kan ha symptomer som søvnvansker, bekymringstanker, konsentrasjonsvansker, fysiske plager og ensomhetsfølelse. Den kvantitative undersøkelsen til Young & Dietrich viser til at stress, bekymringer og negative tanker spiller en rolle ved utviklingen av depressive symptomer (11). Young og Dietrich har undersøkt stressende livshendelser hos ungdom og ser en tydelig sammenheng mellom stress og depresjon hos ungdom (12).

På 8. trinn kartlegges ungdoms helse gjennom et helseskjema. Dette samsvarer med forskning på tidlig intervensjon, hvor det anbefales kartleggingskjemaer for å kunne fange opp tidlige symptomer på depresjon (13).

Informantene erfarer at nedstemthet hemmer elevene fra å utnytte sitt fulle potensial. De kan få fysiske symptomer, endringer i følelseslivet, sitt sosiale liv, kognitive forandringer og de klarer ofte ikke å følge opp (skole)hverdagen slik de gjorde før. En av informantene beskriver hvordan nedstemthet påvirker livet til ungdom:

«Ja, det tenker jeg, at man ikke klarer å leve det livet man vanligvis lever. Det påvirker din daglige fungering. At du har et så stort symptomtrykk at det påvirker hva du greier å utføre. Da er det ganske alvorlig. Noen symptomer, som å ha det litt kjipt, det har vi alle. Men når det begynner å påvirke deg til å ikke greie å komme deg opp om morgenen, eller du mangler initiativ, trekker deg bort, isolerer deg, ikke klarer å følge opp det daglige programmet ditt, da har det gått for langt».

Trekker seg tilbake

Helsesøstrene er opptatt av at det er lite som skal til før ungdommene får problemer med å følge opp de daglige gjøremålene, slik de gjorde før. Dersom elevene ikke lenger klarer å leve opp til forventninger på skolen og sosialt, beskriver en av helsesøstrene at ungdommene resignerer:

«Når de ikke klarer å henge med i det som er forventet, trekker de seg tilbake, og så tar det så mye av tankeenergien. Så jeg ser at de bruker mye energi på å henge med på det faglige, det sosiale i fritida og når de da kjenner at det indre ikke stemmer med alt det som forventes av det ytre, så blir de resignert.»

«Flere av ungdommene får problemer med å sette ord på ting i det sosiale.»

Det kan være krevende for ungdom generelt å forholde seg til alt som skjer sosialt, på skolen, på nett og på fritiden. Dersom en ungdom er nedstemt, kan det bli mer utfordrende sosialt fordi ungdommen får nedsatt funksjon. Mange ungdommer kan trekke seg tilbake fra det sosiale. Og de orker ikke å være så mye sammen med venner og familie som før. Flere av ungdommene får problemer med å sette ord på ting i det sosiale og faglig og de får et annet følelsesuttrykk.

Å ikke finne ord og kunne forklare seg, kan forsterke ungdommers opplevelse av utilstrekkelighet og sårbarhet. Én helsesøster sier følgende:

«Og så er det mange av dem som kommer som faller litt utenfor sosialt, da. Som strever litt med strategier ofte. Noen med sinnemestringsproblemer eller det kan være at de har litt vansker med å gjøre seg forstått og vansker med å uttrykke seg og så blir det veldig misoppfattet.»

Gutter vs. jenter

Dersom eleven får problemer med det sosiale på skolen, kan dette medføre at de ikke føler seg trygge og at de ikke trives. I tillegg er det vanskelig å være i en setting der de må forholde seg til så mye hele tiden. De blir slitne av alle inntrykkene og trekker seg unna.

Informantene sier at de tror nedstemthet hos gutter er vanskeligere å oppdage enn hos jenter. Gutter tar ikke kontakt og de forteller ikke om tristhet på samme måte som jenter gjør. Helsesøstrene sier at det kan vises på en annen måte hos guttene – ved en indre uro som kan gi symptomer i form av sinne og aggressivitet eller ved passivitet og apati. Gutter som har depressive symptomer kan oppleves mer avflatet følelsesmessig. En av helsesøstrene beskriver det slik:

«Jeg har for eksempel aldri møtt en gutt som har drevet med selvskading ... veldig mange jenter ... med kutting og sånn, på skolen hos meg. Gutter som har depressive symptomer som bare isolerer seg hjemme med pc-en. Så jeg opplever, hvis jeg kommer i kontakt med dem, så er de mye mer avflatet følelsesmessig og er litt sånn ... nei, jeg orker ikke, jeg greier det ikke, jeg fikser det ikke ... og sånn ... apati, dette går faktisk ikke, så da blir jeg heller hjemme».

Fravær fra skolen kan være en indikasjon på at eleven har nedsatt funksjon på grunn av nedstemthet.

Større sårbarhet

Informantene erfarte at ungdommene ikke lenger klarte å følge opp hverdagen slik de gjorde før de ble nedstemte. Mange ungdommer kan oppleve at det sosiale livet blir mer utfordrende å forholde seg til, og de blir mer engstelige. Dette kan bidra til at elevene gruer seg mer for å vise seg frem, for eksempel i gym og om de skal fremføre noe.

Forskning viser at ungdom med depressive symptomer også får symptomer på angst. Det er en komorbiditet mellom disse symptomene og at de fleste ungdommer hadde symptomer både på angst og depressivitet (4, 14, 15). Skolen er en arena hvor ungdom hele tiden skal prestere og bli vurdert faglig, i tillegg til at de skal fungere sosialt. Dette kan være svært utfordrende i en sårbar fase i livet.

Helsesøstrene forteller at gutter sjelden tar kontakt selv. Og hvis de får kontakt med dem, har de gjerne gitt opp. De sitter mye hjemme og bruker tid på dataspill. Helsesøstrene forteller også at gutter kan ha et annet uttrykk ved nedstemthet. De kan vise mer sinne og aggresjon og/eller er mer avflatet følelsesmessig når de er depressive. Dette samsvarer med forskning om menns uttrykk ved depresjon, hvor det vises til at menn oftere reagerer med sinne, selvdestruktivitet, mental flukt, stoffbruk, spilleproblemer, søvnproblemer, kvinnejakt og arbeidsnarkomani.

Maskerer følelser

Studien viser til at det kan hende at menn i større grad enn kvinner maskerer følelser, som nevnt ovenfor (16). TOPP-studien er en longitudinell studie som undersøker utviklingsveier til alkoholforbruk. Det forskes på forhold som trivsel, god psykisk helse og psykiske plager hos barn og ungdom i Norge. Forskningen viser at ungdom har betydelige symptomer på depresjon.

I studien scorer gutter på lik linje med jenter når det gjelder uro og konsentrasjonsvansker. Mellom 24 og 43 prosent av begge kjønn kjenner seg godt igjen i beskrivelser som rastløshet, distraherbarhet eller uro. På spørsmål om depresjon der spørsmålene handler om tristhet, ensomhet og om å gråte, scorer dobbelt så mange jenter enn gutter på dette (3). Ungdomsundersøkelsen fra NOVA har ikke spørsmål om for eksempel irritabilitet, sinne og store humørsvingninger/atferdsendringer (1).

«Selvmordsraten hos gutter er dobbelt så høy som hos jentene.»

Spørsmålet er om man klarer å fange opp guttene i disse undersøkelsene. Det er guttene som i stor grad faller fra skolen (17) og som takler depresjoner dårligere (18). Selvmordsraten hos gutter er dobbelt så høy som hos jentene (19).

Samarbeid og tilrettelegging

De viktigste samarbeidspartnere på skolen er (kontakt)lærerne og rådgiver. Skolehelsetjenesten er helt avhengige av et samarbeid med dem som jobber på skolen for å fange opp og hjelpe elever som er nedstemt. Helsesøstrene snakker med mange lærere som er bekymret for hvordan elevene har det.

Elevene trenger tettere oppfølging, tilrettelegging og at de må bli ivaretatt både faglig og personlig når ting begynner å bli vanskelige. De trenger hjelp til å strukturere hverdagen – både på skolen og på fritiden – for å komme seg gjennom en krevende fase i livet. Det innebærer samtaler og et tett samarbeid mellom skole, helse og foresatte og eventuelt andre instanser som for eksempel utekontakter og BUP.

Tilrettelegging på skolen kan være å redusere lekser, prøver og å slippe muntlige fremføringer for en periode. Det kan også være å få muligheten til å ta en eller flere pauser i løpet av skoledagen. Det er også viktig med et samarbeid med foreldre for at de skal forstå hvordan ungdommen deres har det og for tilrettelegging hjemme og på fritiden, ved for eksempel å redusere program som treninger og liknende. Man må også ta høyde for at ungdom trenger å kople ut og hvile.

Helsesøsters rolle

Helsesøstrene har mange samtaler med ungdommer om både de små og store krisene. De forteller at de møter ungdommer som føler seg slitne og som opplever mye press og stress. Mange har symptomer på nedstemthet og gjennom samtaler kartlegger helsesøstrene hvordan nedstemtheten påvirker dem i hverdagen – på skole og i fritiden – og hva de trenger for å få det bedre. En av informantene sier:

«Hvis man møter en elev som har depressive symptomer, så må vi jo gå i dialog med den eleven og prøve å finne ut hva det handler om for deg, egentlig. Hvor lenge har det vart, påvirker det på noen måte andre livsfunksjoner, går det ut over søvn, matlyst, konsentrasjon på skolen ...».

Det at ungdom opplever å bli sett og hørt, at noen har tid til å lytte til dem og at de føler at de blir tatt på alvor ut ifra deres egen opplevelse av situasjonen, kan bidra til at de får det bedre. Informantene sier at ungdom kan få «ryddet opp» i bekymringstanker og, blant annet, få hjelp til å strukturere hva de bruker tiden sin til og få hjelp til å redusere det daglige programmet for en periode hvis de har behov for det.

Ryddesamtaler

Informantene forteller at ungdom med depressive symptomer ofte har problemer med å uttrykke seg og gjøre seg forstått i samvær med andre. De kan derfor bli misoppfattet av omgivelsene. I tillegg kan det være vanskelig å sette ord på og beskrive hvordan de har det. Det kan ta lang tid før ungdom føler seg komfortable nok til å ta kontakt for å snakke. En studie fra Nordlandsforskning bekrefter denne erfaringen. Informantene i studien forteller at det er vanskelig å snakke om det som er sårbart og problematisk i livene deres. Det handlet om å ikke klare å sette ord på ting, å ikke ha noen å snakke med og at de ikke makter å snakke med noen (20).

«Det at ungdom føler at de blir sett og hørt kan bidra til at de får det bedre.»

Helsesøstrene sier at bare det at ungdom føler at de blir sett og hørt kan bidra til at de får det bedre. De sier at ungdom kan få hjelp til å «rydde opp» i bekymringstanker, få hjelp til å strukturere hva de bruker tiden sin på og til å se veien videre. Det kan igjen bidra til at de opplever en større grad av mestring i hverdagen. Dette er i samsvar med andre studier, som viser til at negative tanker og fokus er en viktig ingrediens ved depressivitet.

De viser til at refleksjon som innebærer tanker, introspeksjon og kognitiv problemløsning, kan virke forebyggende (11). Det virker beskyttende å ha muligheten til å få hjelp til å se håp i en stressende livssituasjon (21). Forskning viser at empati og følelsesmessig støtte er særlig effektivt når individet er utsatt for påkjenninger og negative livshendelser. Sosial støtte kan virke som en buffer og styrker individets mestringsevne (4). Børjesson skriver at man i den helsefremmende samtalen legger vekt på hvilke faktorer som gir et menneske gode forutsetninger for å, både, beholde og fremme egen helse (4, 22).

Konklusjon

Studien viser at helsesøstrene møter mange elever med depressive symptomer i skolen. Nedstemtheten påvirker elevenes fysiske, psykiske og sosiale helse og deres evne til å følge opp skolen. Det kan være vanskelig å fange opp nedstemthet hos elevene, fordi ungdom er i en utviklingsalder med mye følelser og fordi de ofte skjuler at de strever. Det er derfor viktig å være oppmerksom på endringer i følelsesuttrykk og funksjonsnivå.

Tidlige tegn på depresjon kan være at ungdom får store humørsvingninger og at de endrer atferd ved at de blir mer sint, irritabel og trist. Endret funksjonsnivå kan være at ungdom trekker seg tilbake fra det sosiale livet og at de ikke klarer å følge opp (skole)hverdagen slik de gjorde før. Tidlig intervensjon kan forhindre at psykiske vansker utvikler seg til psykiske lidelser. Elevene trenger tettere oppfølging. De trenger å bli ivaretatt både personlig, faglig og på fritiden.

Det er også viktig at alle instanser – som familie, skole, helsevesenet og eventuelt andre – samarbeider. Helsesøsters rolle i det tverrfaglige samarbeidet vil være å snakke med ungdommene, å lytte til deres opplevelse av situasjonen og hjelpe til med å «gi dem en stemme», bidra med å «rydde» hodet for kaotiske tanker og hjelpe dem til å se at veien videre kan blir bedre.

Samfunnet bør i større grad rette oppmerksomheten mot hva som er gutters uttrykk ved nedstemthet og hva gutter trenger med hensyn til trivsel og mestring i skolen. Videre forskning bør studere sammenhengen mellom skoleprestasjoner og psykiske vansker. Man bør finne ut hva som skal til for at alle barn og unge kan oppleve mestring i skolen og i livene sine ut fra et helhetlig perspektiv.

Referanser

1. Bakken A. Ungdata. Nasjonale resultater 2016, NOVA Rapport 8/16. Oslo: NOVA; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater> (nedlastet 25.04.2018).
2. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009.
3. Folkehelseinstituttet. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. TOPP-studien. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/prosjekter/topp-studien-prosjektbeskrivelse/> (nedlastet 15.05.18)
4. Major E, Dalgard O, Mathisen K, Nord E, Ose S, Rognerud M, og medarbeidere Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011.
5. WHO. Depression a global public health concern. World Health Organization. 2012;3.
6. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Archives of general psychiatry. 2003;60(7):709–17.
7. St. meld 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted- til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009
8. Holte A. Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2012;49(7):693–5.
9. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
10. Jensen FE, Nutt AE. Tenåringshjernen. Hjerneforskerens overlevelsesguide til livet med ungdom. Oslo: Pax Forlag; 2016.
11. Young CC, Dietrich MS. Stressful life events, worry, and rumination predict depressive and anxiety symptoms in young adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2015;28(1):35–42.

12. Young CC, Dietrich MS, Lutenbacher M. Brooding and reflection as explanatory of depressive symptoms in adolescents experiencing stressful life events. *Issues in Mental Health Nursing*. 2014;35(3):175–80.
13. Young CC, Dietrich MS. Screening for rumination and brooding may be a feasible method of identifying adolescents at high risk for depression. *Journal of Pediatric Nursing*. 2014;29(6):688–95.
14. Cohen JR, Young JF, Gibb BE, Hankin BL, Abela JR. Why are anxiety and depressive symptoms comorbid in youth? A multi-wave, longitudinal examination of competing etiological models. *Journal of affective disorders*. 2014;161:21–9.
15. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/om-rapporten/om-folkehelse rapporten/?term=folkehelse rapporten%202016&h=1> (nedlastet 15.05.18)
16. Nordahl M. Menn like deprimerte som kvinner. *Forskning.no*; 2013. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/psykiske-lidelser/2013/09/menn-deprimerte-som-kvinner> (nedlastet 11.5.18).
17. Chaudhary M. Sju av ti fullfører videregående opplæring. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/sju-av-ti-fullforer-videregaaende-opplaering> (nedlastet 11.5.18).
18. Jones K. Guttene takler depresjoner dårligst [internett]. NTNU; 2012. [oppdatert 15.10.12; sitert:14.05.18] Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/depresjon-psykologi/2012/10/guttene-takler-depresjoner-darligst> (nedlastet 16.5.18)
19. Rasmussen ML, Haavind H, Dieserud G, Dyregrov K. Exploring vulnerability to suicide in the developmental history of young men: a psychological autopsy study. *Death Stud*. 2014;38(9):549–56.
20. Anvik CH, Gustavsen A. Ikke slipp meg! Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid. Bodø: Nordlandsforskning; 2012.
21. Visser PL, Loess P, Jeglic EL, Hirsch JK. Hope as a Moderator of Negative Life Events and Depressive Symptoms in a Diverse Sample. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2013;29(1):82–87.
22. Børjesson M. Motivasjon, mestring og medfølelse. Om å samtale med tenåringer. Oslo: Gyldendal Norsk forlag; 2013.