

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Ungas väg till vård –
en kvantitativ studie om vad ungdomar vet, tycker och vill ha**

Elina Dahlöf och Johanna Malmqvist

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
Vårterminen 2016

Handledare: Ylva Svensson

Ungas väg till vård – en kvantitativ studie om vad ungdomar vet, tycker och vill ha

Elina Dahlöf och Johanna Malmqvist

Sammanfattning. Studiens syfte var att undersöka ungdomars kunskap och uppfattning kring psykisk ohälsa och den hjälp/vård som finns tillgänglig, samt undersöka hur ungdomar tänker att tillgängligheten till hjälp/vård kan förbättras. Ett frågeformulär skapades utifrån en kvalitativ förstudie och delades ut på sju gymnasieskolor i Göteborg. Totalt 462 ungdomar besvarade frågeformuläret. Resultatet visade på att ungdomarna hade en god och varierad kunskap och uppfattning om psykisk ohälsa samt vilken hjälp/vård som finns tillgänglig. Signifikanta skillnader fanns både mellan könen och utifrån etnicitet, i kunskap och uppfattning. Resultatet visade även att ungdomar önskar mer information om psykisk ohälsa och hjälp/vård. Studiens resultat står i viss kontrast till tidigare forskning då ungdomarnas kunskaper var bättre och deras uppfattning mer positiv än i tidigare studier.

Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar har blivit vanligare sedan 1990-talet (Socialstyrelsen, 2009). Den senaste datan från 2011 visar på en fortsatt ökning, där depressioner, ångestsjukdomar och missbruk har ökat mest inom ungdomsgruppen. Ungdomarna självrappporterar även oro och ångslan i en större grad (Socialstyrelsen, 2013). Jämfört med alla andra åldersgrupper är förekomsten av psykiska störningar störst i åldersgruppen 16-24 år (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010). Psykisk ohälsa bland ungdomar kan ses som ett varningstecken för senare psykisk ohälsa och sjukdom i livet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). En växande grupp barn och ungdomar med psykisk ohälsa kan därför komma att utgöra ett folkhälsoproblem i framtiden.

Tidigare forskning har visat att ungdomar i låg grad söker hjälp hos professionella instanser vid psykisk ohälsa (Rickwood, Deane & Wilson, 2007). Det finns flera bakomliggande orsaker till ungdomars bristande hjälpsökande. Bristande kunskap om psykisk ohälsa samt om den hjälp och vård som finns tillgänglig vid dessa besvär har visats vara de mest påtagliga hindren (Zwaanswijk, van der Ende, Verhaak, Bensing & Verhulst, 2007). Andra väl identifierade hinder är stigma och skam (Gulliver m.fl., 2010). Även ungdomars behov av integritet, önskan om självständighet och bräckliga självidentitet har visats påverka ungdomars hjälpsökande (Cauce m.fl., 2002). Mer fördjupad insikt kring ungdomars hjälpsökande skulle kunna innebära förståelse för hur en ökning av hjälpsökande inom denna grupp kan ske (Zwaanswijk m.fl., 2007).

Vården som finns tillgänglig idag för psykisk ohälsa hos ungdomar har utformats av vuxna och inte ungdomarna själva. De som definierat de specifika behoven av hjälp och stöd är alltså en helt annan grupp än den vars behov man försöker tillgodose (Barker, 2007). Få studier finns på vad ungdomar väljer för formella hjälpinstanser och vad ungdomar själva skulle vilja se hos en instans. Fokus bör således ligga mer på

ungdomars perspektiv för att öka ungdomars hjälpsökande och användning av formella instanser (Barker, 2007).

Definitioner

Psykisk ohälsa är ett vagt begrepp som saknar en egentlig definition (Forsell & Dalman, 2004). Psykisk ohälsa kan ses som ett övergripande begrepp som används olika beroende på sammanhang (Socialstyrelsen, 2013) och kan fungera som den samlade beteckningen för både självrapporterade besvär som oro och nedstämdhet, till psykiska sjukdomar som schizofreni och depression (Bremberg & Dalman, 2015). I föreliggande uppsats definieras psykisk ohälsa brett. Detta för att kunna få in alla möjliga aspekter av psykisk ohälsa, från enstaka psykiska symtom, som magont och sömnsvårigheter, till allvarliga psykiatriska sjukdomar. Detta görs med förhoppningen att undvika en begränsad definition som kan motarbeta möjligheten att utgå från ungdomars perspektiv.

I föreliggande uppsats används kontinuerligt hjälp och vård sammansatt, som hjälp/vård. Detta görs för att kunna få in både aspekter ur den professionella vården samt all övrig hjälp som finns möjlig vid psykisk ohälsa. Definitionen av ”social support”, från World Health Organization (WHO), inkluderar hjälp som kan erhållas från såväl formella och som informella instanser, och har inspirerat definitionen i denna studie (Barker, 2007).

Föreliggande uppsats har önskan att kunna lyfta ungdomars perspektiv. Barns perspektiv och barnperspektiv är inte synonyma men båda ses som representationer av barns värld och barns ”röster” (Johansson & Pramling-Samuelsson, 2003). Det handlar om att skilja ut vem som formulerar perspektivet, alternativt skapar kulturen. Ungdomsperspektivet innefattar en yttre betraktare, medan ungdomars perspektiv önskar fånga det inre hos ungdomen. Förhoppningen i föreliggande uppsats är att utgå från ungdomars perspektiv och på så sätt ta tillvara på ungdomars egna erfarenheter, intentioner, kunskaper och uppfattningar.

Kunskap och hjälpsökande

Inom forskningen används begreppet ”mental health literacy”. Detta begrepp innefattar både kunskap om psykiska sjukdomar samt föreställningar om dessa. Tanken är att kunskap om psykisk sjukdom kan leda till förmågor att upptäcka, hantera och förebygga psykisk sjukdom. Inom begreppet ryms även förmågor att kunna hitta information och att kunna söka hjälp. Kunskap om risker och orsaker, uppfattning och attityder som leder till en förmåga att upptäcka och söka adekvat hjälp ingår också i begreppet (Jorm m.fl., 2006). Ett begrepp som delvis liknar ”mental health literacy” är emotionell kompetens. Detta begrepp innebär dock enbart förmågan att kunna identifiera, beskriva och hantera sina egna känslor (Wilson & Deane, 2010). Ungdomar har i ett flertal studier visats ha låg grad av ”mental health literacy”, som i sin tur visats ha samband med sämre hjälpsökningsförmågor (Coles m.fl., 2016).

Tidigare forskning har visat att bristande kunskap om psykisk ohälsa utgör ett stort självrapporterat hinder för ungdomar att söka hjälp. Ungdomar beskriver det som en okunskap i att kunna identifiera sina egna svårigheter och därför inte kunna avgöra

när de är i behov av hjälp (Gulliver m.fl., 2010). I en studie av Coles m.fl. (2016) visade det sig att endast en tredjedel av de deltagande ungdomarna skulle rekommendera hjälp och vård för depression eller social ångest. Begränsad kunskap om psykisk ohälsa har visat sig ha ett samband med låg grad av förmågan att identifiera psykisk ohälsa och således även då behovet av hjälp (Coles m.fl., 2016). Kunskapsbrist kan därför vara ett stort första hinder i processen för att söka hjälp (Zwaanswijk m.fl., 2007).

Forskning har även visat på att då ungdomar väl gjort bedömningen om sitt behov av hjälp, så uppkommer nästa svårighet: att i sin tur veta vart man kan vända sig för hjälp och vård (Zachrisson, Rödje & Mykletun, 2006). I Barnombudsmannens rapporter (2006; 2014) framgår att bristen på information om hjälp/vård är ett väldigt stort hinder för att unga ska söka rätt vård. De flesta unga i rapporterna tycker att det är ganska enkelt att hitta information om hälso-och sjukvårdsfrågor men det är svårt att sälla ut relevant information. I rapporterna framgår även att förvirring råder om vilken hjälp som finns att tillgå, då även de som varit i kontakt med vården är fortsatt osäkra på vilken hjälp som finns för dem. Utan kunskap om vilken hjälp som finns tillgänglig är det mest troligt att ungdomar inte heller söker sig till någon hjälpinstans (Coles m.fl., 2016).

Ungdomarna i en kvalitativ fokusgruppsstudie efterfrågade mer kunskap och utbildning kring olika sorters psykiska problem. Deltagarna önskade kunskap om vilken hjälp som finns specifikt vid vilka problem, samt vilka fördelar som finns med att söka professionell hjälp. De önskade även ren konkret kunskap om hur man går tillväga för att söka hjälp. Ungdomarna själva ansåg att kunskaper av dessa slag skulle underlätta för dem att söka hjälp vid psykisk ohälsa (Wilson & Deane, 2010).

Uppfattning och hjälpsökande

Ungdomars uppfattning om psykisk ohälsa och om den vård som finns tillgänglig har också visat sig ha stor betydelse för deras hjälpsökandebeteenden. Forskning har visat att ungdomens subjektiva uppfattning av tillgången till hjälp och stöd verkar vara av större vikt, och kanske även ett mer valitt mått, än en objektiv mätning av det stöd som faktiskt finns tillgängligt. En uppfattning om att man har tillgång till stöd och hjälp, även om man inte nyttjar denna, verkar således i vissa fall vara viktigare (Barker, 2007).

Ungdomars uppfattning om sin psykiska ohälsa kan alltså påverka deras hjälpsökandebeteenden. Exempelvis definierades psykisk ohälsa av ungdomarna själva i I Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågors rapport (2015), som "ett skeende på många olika nivåer och med många olika bottenar". Detta kan tyda på att det för unga ofta kan finnas en mer individuell definition av psykisk ohälsa. I samma rapport tydliggörs att det som kan benämnas för "lättare psykiska besvär" av vården, inte nödvändigtvis upplevs så av ungdomarna. Ett exempel på detta är magont, som ur ett vårdperspektiv kan ses som ett lätt symptom men som för den unga kan vara ett stort besvär. Detta kan också innebära att det finns en diskrepans mellan ungdomars uppfattning om vad som är psykisk ohälsa och den formella vårdens uppfattning.

Modellen Theory of Reasoned Action (TRA) kan användas för att förstå och förklara ungdomars hjälpsökandebeteenden (Guo, Nguyen, Ngo, Weiss & Lau, 2015). Enligt denna modell kan hjälpsökande förstås utifrån att individens attityder och subjektiva normer om hjälpsökande i sin tur påverkar deras intentioner att verkligen

söka hjälp. I modellen TRA föreslås en direkt länk mellan individens värderingar och kulturella normer och beteenden, där dessa påverkar individens syn på exempelvis stigma och självständighet (Fishbein & Ajzen, 1975). Attityder gentemot psykisk ohälsa i ungdomars omgivning kan således påverka ungdomens egen uppfattning och attityd kring psykisk ohälsa och hjälpsökande.

I Barnombudsmannens rapport (2006) framkom att ungdomarna hade uppfattningen att vården inte är till för dem, att exempelvis primärvården inte är en instans som de kan vända sig till. I Mucfs rapport (2015) framkom även att många ungdomar upplever att de, förutom till skolkuratoren, saknar ställen att vända sig till när de mår psykiskt dåligt. Detta kan innebära att det snarare är ungdomarnas uppfattning om psykisk ohälsa och den hjälp/vård som finns att tillgå, som påverkar deras hjälpsökandebeteenden, snarare än deras faktiska kunskap kring detsamma.

Ungdomars perspektiv i vården

I en enkätundersökning som presenterades i Barnombudsmannens årsrapport (2006) visades att endast hälften av de tillfrågade barnen och ungdomarna som varit på en vårdcentral upplevde att de blivit lyssnade till, och endast en av tre tyckte att de hade kunnat påverka sin behandling. Vad gäller ungdomsmottagningen upplevde mindre än 40% av ungdomarna att de hade kunnat påverka behandlingen, däremot upplevde lite mer än hälften av ungdomarna att de blivit lyssnade till av personalen samt att deras åsikter tagits på allvar vid behandlingen. Gemensamt för alla presenterade vårdformer var att ungdomarna kände sig lyssnade till i högre grad än de upplevde sig bli tagna på allvar (Barnombudsmannen, 2006).

Två teman framstod som resultat i en kvalitativ studie med syfte att undersöka ungas upplevelser av vården. Det första var att ungdomarna menade att vården måste bli mer flexibel, tillgänglig och varierad efter ungdomars behov. Ungdomarna menade att det måste finnas flera olika former av kontakt med vården, som telefonsamtal, email och direkta möten. Ungdomarna poängterade att det även handlar om kvaliteten i kontakten. Deltagarna upplevde även att mycket information finns tillgängligt på internet men att de hade svårt att sälla ut relevant information. Det andra temat som framkom var att ungdomarna kände starkt behov av stöd från anhöriga samtidigt som de behövde känna sig självständiga (Idenfors, Kullgren & Salander Renberg, 2015).

Det finns i dagsläget få studier som undersökt vad ungdomar själva uppfattar som tilltalande hos en vårdinstans (Gulliver m.fl., 2010). Barn och unga är experter på sin egen situation och denna expertis måste därför tas tillvara. Det är särskilt viktigt med tanke på de problem som ungdomar rapporterar om att känna sig missförstådda och förbisedda vad gäller att söka hjälp hos formella vårdinstanser (Barker, 2007). Formella hjälpinstanser behöver därav fokusera mer på klientens perspektiv, det vill säga ungdomars perspektiv, med fokus på deras önskemål. Barnombudsmannens (2014) slutsats är att samhället måste utveckla former för inflytande och delaktighet som utgår från barns egna förutsättningar. För att kunna bredda forskningen på ungdomars perspektiv i vården behövs ungdomarnas deltagande. Deras deltagande bör även fungera mer konsultativt i hela processen, snarare än som en traditionell informant. Ungdomarna bör få ta del i hela utformningen såväl i undersökningar som i kartläggningar. Exempelvis kan ungdomars delaktighet i formuleringen av ett frågeformulär vara ett viktigt tillvägagångssätt (Barker, 2007).

Könsskillnader i hjälpsökande

Flickor löper tre gånger så stor risk i de tidiga tonåren att drabbas av depression och ångest, jämfört med pojkar (Jarbin, von Knorring & Zetterqvist, 2014). Skillnaderna ökar dessutom med stigande ålder då de äldre flickorna anser sig ha sämre hälsa och fler besvär än de jämnåriga pojkarna (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Ett antal studier har visat att flickor har större benägenhet att söka hjälp vid upplevd psykisk ohälsa, jämfört med pojkar (Barker, 2007). Studier har även visat att flickor tenderar att ha större kunskap om psykisk ohälsa jämfört med pojkar (Coles m.fl., 2016). Enligt en rapport av WHO söker flickor hjälp hos olika instanser i högre grad, både formella som informella, medan pojkar tenderar att hantera sina svårigheter genom att trycka undan och förneka dessa problem, samt agera ut aggressivt (Barker, 2007). En viss nivå av emotionell kunskap krävs också för att kunna söka hjälp vid psykisk ohälsa. Svårigheter med att identifiera och beskriva emotioner samt hantera dessa på effektiva sätt försvårar i sin tur hjälpsökandet. Dessa kompetenser tenderar att vara mindre utvecklade hos unga män (Rickwood m.fl., 2007). Skillnaderna kan dock även tänkas bero på världens mottagande av deras problem, då det i Barnombudsmannens årsrapport (2006) framkom att flickor i betydligt högre grad än pojkar känner att personalen lyssnar på dem och att deras åsikter tas på allvar.

I tidigare nämnda rapport av WHO poängteras att de redovisade könsskillnaderna bör ses komma ur sociala konstruktioner snarare än biologiska kön (Barker, 2007). Föreliggande studie ställer sig bakom dessa antaganden.

Kulturella skillnader i hjälpsökande

Forskning har visat att kulturella skillnader kan ha betydelse för ungdomars hjälpsökandebeteenden, i bemärkelsen att det innebär skillnader i värderingar kring bland annat emotionell återhållsamhet, som i sin tur påverkar deras beteenden (Guo m.fl., 2015). Emotionell återhållsamhet innebär att individer håller tillbaka på sina känslor för att inte pålägga andra sina problem. Tvärkulturell forskning har visat att individer från kulturer där individerna är mer beroende av varandra undertrycker mer känslor, än de kulturer där individer är mer oberoende av varandra (Matsumoto, Yoo & Fontaine, 2008). Detta kan innebära att individer som befinner sig i en kultur med starka normer om skyldigheter gentemot familjen söker hjälp i mindre grad, då det skulle kunna ses som att individens egna behov sätts före familjens (Taylor m.fl., 2004; Telzer & Fuligni, 2009). I WHO:s rapport (2007) diskuteras effekten av kulturella normer. Enligt rapporten finns det skillnader mellan länder och kulturer i graden av auktoritet, mellan vuxna och ungdomar. I de kulturer där ett mer auktoritärt förhållningssätt råder kan det tänkas att den vuxna är mer kontrollerande och styrande när det kommer till den ungas hjälpsökande. I de kulturer där förhållningssättet är mindre auktoritärt, där autonomi och separation värdesätts, faller det mer på den unga att ta ett eget beslut (Barker, 2007).

Varför behövs denna studie?

I dagsläget finns en informationslucka i forskningen kring hjälpsökande. Fokus har hittills främst legat på barriärerna, istället för de underlättande faktorerna i hjälpsökandet. För att existerande professionella hjälpinsatser skall kunna öka sin förmåga att nå ut till ungdomar bör fokus ligga mer på underlättande faktorer, för att hitta de faktorer som ökar ungdomars hjälpsökande (Rowe m.fl., 2014). Det är även viktigt att ta hänsyn till både individuella och strukturella faktorer samt kunna skilja på dessa. Individuella faktorer kan vara okunskap om psykisk ohälsa, attityder och upplevt stigma. Strukturella faktorer inkluderar familj, skola, socialt stöd och hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar. Båda dessa typer av faktorer interagerar och påverkar när och hur ungdomar söker hjälp vid psykisk ohälsa (Rickwood m.fl., 2007).

En systematisk analys har undersökt ungdomars perspektiv på vilka faktorer som underlättar respektive försvårar hjälpsökande vid psykisk ohälsa (Gulliver m.fl., 2010). Författarna till analysen fann att forskning av god kvalitet på ämnet är bristfällig samt att de studier som genomförts till störst del är kvalitativa. Majoriteten av studier har fokuserat på hinder i hjälpsökande snarare än faktorer som skulle kunna ses som underlättande. Den enda identifierade underlättande faktorn var positiva erfarenheter av hjälpsökande. Forskarna drar slutsatsen att tidigare positiva erfarenheter även lett till mer kunskap hos den enskilde individen (Gulliver m.fl., 2010). En slutsats i studien är också att kunskap om psykisk ohälsa och hjälpsökande kan leda till större självständighet hos ungdomen. Detta kan i sin tur underlätta för ungdomen att ta ett eget beslut om hjälpsökande och ungdomars önskan om självständighet tas i beaktande (Gulliver m.fl., 2010).

Det har varit en begränsad användning av kvantitativa metoder i forskningen kring ungdomars hjälpsökandebeteenden (O'Connor, Martin, Weeks & Ong, 2014). Detta kan ha påverkat vilka perspektiv som lyfts hittills i forskningen inom området. Wilson och Deane (2010) diskuterar i sin kvalitativa studie hur deras urval kan ha påverkats av att informanterna frivilligt ansökt till att delta. Möjligheten finns att de ungdomar som ställer upp för att diskutera tankar och känslor kring psykisk ohälsa och hjälpsökande i en fokusgrupp, kan tänkas ha en större grad av emotionell kompetens. Låg grad av emotionell kompetens har i tidigare forskning visats samvariera med en låg benägenhet till hjälpsökande och svårigheter att identifiera, beskriva och tänka kring känslor. Därav kan urvalet i kvalitativa fokusgrupper, med förmodad hög emotionell kompetens, uppvisa en större benägenhet till hjälpsökande jämfört med den genomsnittliga ungdomen (Wilson & Deane, 2010). Mer kvantitativ forskning på ämnet kan vara ett sätt att undvika denna snedvridning, då en större del av populationen undersöks. Kvantitativa studier med större urval ökar också representativiteten utifrån olika demografiska faktorer, så som kön och kultur, som kan påverka hjälpsökandebeteenden.

Syfte och undersökningsfrågor

Uppsatsen har som syfte att kvantitativt undersöka kunskap och uppfattning om psykisk ohälsa hos gymnasieelever i Göteborg samt deras kunskap och uppfattning om den hjälp/vård som finns att tillgå. Syftet är även att undersöka underlättande faktorer i hjälpsökande i form av preferenser vad gäller hjälp/vård samt hur ungdomar tänker att tillgången till hjälp/vård kan förbättras. Studien syftar även till att undersöka skillnader

inom dessa områden utifrån kön och etnicitet. Studien kan därmed sägas vara tudelad: att kartlägga faktisk kunskap och uppfattning hos gymnasieelever i Göteborg och samtidigt lyfta ungdomars perspektiv på psykisk ohälsa och vård, genom att undersöka vad ungdomar tänker kring potentiella förbättringar inom området.

Då det till stor del saknas forskning med fokus på underlättande faktorer för ungdomars hjälpsökande, som utgår från ungdomars perspektiv (Rowe m.fl., 2014), är det av stort intresse för den lokala utformningen av hjälpinstanser och vård att undersöka dessa faktorer specifikt hos gymnasieelever i Göteborg. Studien ämnar således att kvantitativt fånga ungdomars önskemål och preferenser, som kan ses som underlättande faktorer. Då detta görs hos en stor grupp ungdomar, kan resultatet komma att ligga till grund för utformningen av vård i Göteborg. Då studien har en kvantitativ ansats som ämnar att undersöka ett stor grupp ungdomar anses det även nödvändigt att undersöka eventuella skillnader mellan olika subgrupper.

Frågeställningarna är följande:

- Vad har gymnasieelever i Göteborg för kunskap och uppfattning om psykisk ohälsa och den hjälp/vård som finns tillgänglig?
- Finns det skillnader hos gymnasieelever i Göteborg utifrån kön och etnicitet i kunskap och uppfattning om psykisk ohälsa och den hjälp/vård som finns tillgänglig?
- Hur tänker gymnasieelever i Göteborg att tillgången till hjälp/vård kan förbättras?
- Finns det skillnader hos gymnasieelever i Göteborg utifrån kön och etnicitet i preferenser vad gäller hjälp/vård?

Inom frågeställningarna används begreppet etnicitet. Detta begrepp används för enkelhetens skull och syftar till att inkludera de olika bakgrunder som ungdomarna har baserat på både deras egna och deras föräldrars födelseland. Detta begrepp används utifrån Flinks, Bereins, Buttes & Raats (2014) uppdelning av ungdomar i sin studie.

Metod

Deltagare och urval

Rekrytering av deltagare till studien genomfördes i form av ett bekvämlighetsurval, då redan befintliga kontakter på ett antal olika gymnasieskolor i centrala Göteborg användes (Svardal, 2001). Ett antal kontakter förmedlades även via sociala och professionella nätverk. Via dessa kanaler tillkom även ytterligare kontakter på skolorna, en typ av snöbollseffekt. Ett antal lärare och skolsköterskor på totalt åtta gymnasieskolor i Göteborg, kontaktades via mail, med förfrågan om att få genomföra studien hos dem. I detta mail beskrevs syftet med studien och dess utformning. Information i enlighet med de forskningsetiska principerna delgavs också (Vetenskapsrådet, 2002).

Totalt tolv lärare på sju olika gymnasieskolor gav sin tillåtelse att dela ut enkäter under deras lektioner. Sammanlagt deltog 22 gymnasieklasser. Det sammanlagda antalet elever i dessa klasser i form av "target sample" var 600 elever. Det totala antalet

närvarande i klasserna var 468 elever. Av dessa valde två personer att inte delta i studien och fyra personer kunde ej delta på grund av otillräckliga språkkunskaper. Dessa sex personer räknas som externt bortfall. Totalt 462 elever besvarade enkäten. Studien fick ett internt bortfall på 13 enkäter. Inom denna kategori räknas de enkäter som var felaktigt ifyllda till den grad att datan ej kunde användas samt de enkäter som under insamlingen uppenbart inte fylldes i individuellt. Det totala antalet enkäter som ligger grund för analyserna är 449 stycken.

Av sammanlagt 449 respondenter var 279 flickor (62,1 %) och 162 pojkar (36,1 %). Tre personer definierade sig som "annat" (0,7 %) och fem valde att inte uppge kön (1,1 %). Av det totala antalet deltagare gick 179 personer i årskurs 1 (39,9 %), 115 personer i årskurs 2 (25,6 %) och 146 personer i årskurs 3 (32,5 %). Nio personer uppgav inte årskurs (2,0 %). Deltagarna var i åldrarna 15-22 år med en medelålder på 17,33 år och median 17 år. Fyra personer uppgav inte sin ålder.

Av deltagarna var 371 personer födda i Sverige och 70 personer födda i annat land än Sverige. Åtta personer uppgav inte sitt födelseland. Av deltagarna hade 206 svenskfödda föräldrar och 235 en eller två föräldrar födda i ett annat land än Sverige. Utifrån dessa kategorier skapades två grupper för dataanalysen: "svenskfödd med svenskfödda föräldrar" ($n = 204$) och "svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar" ($n = 235$).

Förstudien

Kombinationen av brist på beprövade kvantitativa skalor inom studiens forskningsområde och studiens syfte att undersöka ungdomars perspektiv ledde till beslutet att en förstudie behövde genomföras. Detta beslut togs för att ungdomarnas perspektiv skulle kunna tas tillvara på bästa sätt och att förstudien kunde fungera som grund till enkäten. Det kunde antas att ett frågeformulär som ej grundats i ungdomars perspektiv riskerade att utgå enbart från ett vuxet perspektiv, vilket skulle kunna innebära att viktig information gick förlorad. Dels skulle viktiga aspekter inom ämnet kunna riskera att förbises, dels skulle formuleringar och ordval som inte överensstämmer med ungdomarnas perspektiv kunna leda till felaktig eller missvisande data. Således genomfördes förstudien för att komplettera och revidera den kunskap författarna ansåg sig behöva för att utforma studiens mätinstrument.

Deltagare och urval. Den kvalitativa förstudien genomfördes i form av fokusgruppsintervjuer med gymnasieelever från centrala Göteborg. Informanterna till fokusgrupperna samlades in via kontakter med elevhälsoteam och lärare, samt författarnas egna sociala nätverk. Totalt 14 informanter valde att delta. Informanterna kom från sex olika gymnasieskolor i centrala Göteborg. Fyra av informanterna gick i årskurs 1 på gymnasiet, tre informanter gick i årskurs 2 och sju informanter i årskurs 3. Könsfördelningen var relativt jämn med åtta flickor och sex pojkar. Fem fokusgrupper skapades utifrån informanternas egna preferenser, då de kände varandra sedan tidigare. Fokusgrupperna varierade mellan 2-4 personer i antal. Majoriteten av fokusgruppsintervjuerna genomfördes på Psykologiska Institutionen. Två av fokusgruppsintervjuerna genomfördes i en av gymnasieskolornas lokaler. Samtalen spelades in och var mellan 15-45 minuter långa.

Instrument och procedur. Fokusgruppernas sammansättning och procedur följde principerna för tillvägagångssättet vid en så kallad teoribildande fokusgrupp

(Ryan, Gandha, Culbertson & Carlson, 2014). Detta då syftet med förstudien var att få en ökad generell förståelse för ungdomars kunskap och uppfattning om psykisk ohälsa. Detta tillvägagångssätt är särskilt lämpligt då syftet är att genomföra insatser eller undersökningar i subgrupper, då gruppens egna språk eller beskrivningar av fenomenet får präglade samtalen. Det antas även att en teoribildande fokusgruppsundersökning kan lyfta subgruppens specifika behov. Då målet är att stimulera ett semistrukturerat samtal mellan deltagarna, inleds samtalen med en allmän fråga från moderatorn som deltagarna själva får definiera. Moderators roll är sedan att styra samtalen utifrån de kärnämnen som ska undersökas (Ryan m.fl., 2014). En semistrukturerad intervjuguide skapades därför baserad på de kunskapsluckor som ansågs föreligga. Intervjuguiden innehöll fem huvudfrågor med ett antal följdfrågor som kunde ställas efter behov (Bilaga 1). En moderator inledde samtliga intervjuer med samma fråga, men ställde sedan resterande frågor utifrån den riktning samtalen tog. Moderators roll var även att öppna varje intervju med information om att deltagandet var frivilligt, att det gick att avbryta, att det inte var ett krav att dela med sig av personliga erfarenheter och att intervjun skulle spelas in. Syftet med förstudien och studien i sin helhet delgavs också.

Bearbetning av materialet från förstudien. Materialet bearbetades utifrån principerna som anges för en teoribildande fokusgrupp. Analysen är fokuserad på såväl individuella som kollektiva erfarenheter och åsikter, men graden av fokus på interaktion respektive verbalt innehåll kan variera (Ryan m.fl., 2014). Då syftet med förstudien var att samla kvalitativ kunskap för fortsatt kvantitativ undersökning av ämnesområdet, inriktades analysen på det verbala innehållet i fokusgruppsintervjuerna.

Inspelningarna från fokusgruppsintervjuer genomarbetades och huvuddrag antecknades individuellt. Därefter jämfördes och diskuterades de huvuddrag som var mest utmärkande. Dessa huvuddrag noterades och användes som grund då enkäten utformades. Övriga, mer specifika underteman, användes inom några av enkätens skalor.

Resultat från förstudien. Resultaten från förstudien tydde på stora skillnader i kunskap och uppfattning om vad psykisk ohälsa innebär, både på individnivå men också mellan grupperna. Informanternas kunskap och uppfattning om vilken hjälp och vård som finns tillgänglig skiljde sig också till stor del, både på individnivå och på gruppnivå.

Flertalet av informanterna upplevde det som svårt att beskriva innebörden av begreppet "psykisk ohälsa". Majoriteten av informanterna hade aldrig hört begreppet förut och hade svårt att hitta en synonym. Det uttryck som verkade ligga närmast till hands för de flesta av informanterna var "att må psykiskt dåligt". Beskrivningar av "att må psykiskt dåligt" skiljde sig dock också stort på både individnivå och gruppnivå. De flesta av deltagarna uttryckte även att de själva har dålig kunskap om vad psykisk ohälsa är och innebär.

Flertalet av informanterna kunde nämna ett antal instanser som finns tillgängliga vid behov av hjälp/vård. Majoriteten kunde spontant nämna skolkurator, skolsköterska och ungdomsmottagning. Vissa kunde även nämna vårdcentral och barn-och ungdomspsykiatri. Nästan alla informanter uppgav att skolsköterskan, i början av gymnasiet, besökt klassen för att meddela att hon finns tillgänglig. Flera av informanterna kunde även erinra sig ett studiebesök hos ungdomsmottagningen någon gång under sin skoltid. Majoriteten av deltagarna upplevde sig själva ha dålig kunskap om vilken hjälp/vård som finns tillgänglig. De flesta kunde inte heller riktigt svara på

var den kunskap de besitter kommer ifrån. I en grupp förslogs att de hjälpinstanser som finns kan marknadsföra sig mer på offentliga platser, exempelvis på spårvagnen.

Ett genomgående tema i alla fokusgrupper var upplevelsen av bristande information. Flertalet av informanterna uttryckte att skolan har ett stort ansvar när det kommer till att informera och öppet diskutera psykisk ohälsa. Informanterna tog bland annat upp vikten av att i skolan prata om vad psykisk ohälsa är, vilka risker som finns förenade med psykisk ohälsa samt vilken hjälp/vård som finns tillgänglig. De nämnde även vikten av ett öppnare samtalsklimat i skolan kring exempelvis självmord. Flertalet av informanterna menade att tabu och stigma är stora hinder för att söka hjälp vid psykisk ohälsa och de flesta menade att skolan har en viktig roll i förebyggandet av detta. En idé var att tidigare börja tala om psykisk ohälsa generellt med barn och att sedan fortsätta med detta upp i åldrarna. Ungdomarna uttryckte även att samhället i stort, framförallt media har ansvar att tala om psykisk ohälsa och förebygga stigma.

Flertalet av informanterna verkade ha uppfattningen att ungdomar idag inte har kunskap om vad psykisk ohälsa är och således inte heller vet vad det innebär att må psykiskt dåligt. Flertalet av informanterna uttryckte en uppfattning om att problemet ligger i att ungdomar själva har svårt att avgöra när de, eller andra i deras närhet, mår psykiskt dåligt. Därmed kan de inte heller avgöra när de, eller andra, är i behov av att söka hjälp/vård. Ungdomarna verkade även anse att det är omgivningens uppgift att påpeka när någon bör söka hjälp. Detta ansvar ligger då på familj, vänner och skolpersonal. Några av informanterna menade att det är svårt för ungdomar att uppmärksamma sina problem innan någon har pekat ut dem först. Ungdomarna verkade uppfatta att okunskap kring psykisk ohälsa och oförmåga att identifiera psykisk ohälsa är stora hinder för att söka hjälp. Informanterna menade även att ungdomar idag saknar kunskap om vilken slags hjälp som skulle erbjudas dem, då de söker sig till en instans.

Diskussionen kring hur ungdomar i dagsläget skulle vilja ha kontakt med vården ledde till flera olika typer av svar. Ungdomarna diskuterade kring flera olika alternativ: som anonymt via internet i form av mail och forum, samt telefonsamtal vilket skapar möjlighet att få en bättre uppfattning om vårdkontakten. En generell uppfattning verkade dock vara att personlig kontakt är att föredra framför mer anonyma alternativ. Svaren varierade dock stort mellan fokusgrupperna.

Sammanfattningsvis visade förstudien på stora skillnader på individnivå och gruppnivå i både kunskap och uppfattning om psykisk ohälsa och kunskap och uppfattning om hjälp/vård. Förstudien visade även på att ungdomarna uppfattar en bristande information kring psykisk ohälsa och hjälp i skolan samt att ett öppnare samtalsklimat kring dessa frågor är av stor vikt. Flertalet av ungdomarna uppfattade sig själva ha ganska dålig koll på vad psykisk ohälsa egentligen är och när hjälp bör sökas. En viktig slutsats från förstudien är även att omgivningen verkar ha stor betydelse för ungdomars hjälpsökande, då ungdomarna beskrev hur skolan, familj och vänner, i deras ögon, har ansvaret att uppmärksamma psykisk ohälsa hos den enskilde individen. De menade även att skolan har stort ansvar för att delge information och motverka stigma.

Frågeformulär

Som mätinstrument i studien användes ett frågeformulär. Enkäten utformades utifrån resultaten från förstudien samt kunskap om forskning på området. Som tidigare nämnts, togs detta beslut då inga existerande kvantitativa skalor fanns tillgängliga för att

besvara studiens frågeställningar. Ett konstruerat frågeformulär från en examensuppsats vid Lunds universitet användes också som inspiration till de delar som ansågs relevanta (Gottliebsen & Wennberg, 2013). Layouten anpassades även för att kunna tilltala ungdomar, exempelvis genom korta konkreta instruktioner.

I förstudien framkom att begreppet "psykisk ohälsa" var ett svårdefinierat begrepp för deltagarna. Det framkom även att begreppet var delvis okänt för vissa och uppfattades som främmande. På enkätens försättsblad likställdes därför begreppet "psykisk ohälsa" med uttrycket "att må psykiskt dåligt". Detta både då ett uttryck krävdes som ungdomarna lätt kunde förstå, samt då även syftet med studien var att undersöka ungdomars uppfattning och kunskap kring psykisk ohälsa, utan att ge dem en redan existerande definition.

Enkäten bestod av nio skalor som presenteras nedan (Bilaga 2).

Uppfattning om psykisk ohälsa. Skalan bestod av sex påståenden, exempelvis "Jag har en god uppfattning om vad det innebär att må psykiskt dåligt" och "Jag tror att ungdomar själva kan avgöra när de mår så psykiskt dåligt att de måste söka hjälp". Svaren skattades på en fyrgradig Likert-skala med alternativen: 1 "stämmer inte alls", 2 "stämmer ganska dåligt", 3 "stämmer ganska bra" och 4 "stämmer helt". Då samtliga påståenden i skalan slogs ihop skapades ett maxpoäng på 24 och minimumpoäng på 4. Skalan visade på acceptabel reliabilitet med Cronbachs alfa på 0,67 (Ejlertsson, 2014).

Kunskap om psykisk ohälsa. Skalan bestod av en lista med 25 ord och kortare meningar. Exempel på dessa var "huvudvärk", "ångest", "magont", "depression", "stress", "dåligt humör", "sömnsvårigheter", "ovilja att gå till skolan" och "smärta i muskler och skelett". Dessa skattades utifrån hur de ansågs passa in i uttrycket "att må psykiskt dåligt" med alternativen "ja", "nej" och "i vissa fall". Alla listade symtom kunde antas vara en del av begreppet psykisk ohälsa (Bremberg & Dalman, 2015). Då tidigare valida mått saknades för att mäta denna variabel krävdes ett ställningstagande till hur detta skulle mätas. Därav antogs att ju fler symtom eller besvär som inkluderades i begreppet "att må psykiskt dåligt", desto bredare syn hade ungdomen på psykisk ohälsa och således en bredare kunskapsbas för att kunna identifiera psykisk ohälsa. Svansfrekvensen definierades som bred eller snäv. Detta gick i hand med begreppet "mental health literacy" (Jorm m.fl., 2006). Ett antal av de listade symtomen definierades även på förhand i studien som tillhörande "allvarlig psykisk ohälsa" för att kunna testa ytterligare en aspekt. Dessa symtom var: "ångest", "psykiatriska diagnoser", "negativa tankar", "depression", "missbruk av alkohol och droger", "att skada sig själv", "nedstämdhet", "aggressionsproblem" och "själv mordstankar".

Kunskap om hjälp/vård. Skalan bestod av en lista med formella instanser och hjälporganisationer, exempelvis "skolkurator", "skolsköterska", "ungdomsmottagning", "vårdcentral", "frivilligorganisationer" och "telefonlinjer". Med alternativen "ja" och "nej" skulle dessa skattas utifrån om respondenten hört talas om instansen förut. Det fanns även möjlighet för respondenten att lägga till ytterligare instanser under "annat".

Uppfattning om hjälp/vård. Skalan bestod av sex påståenden där uppfattning om kunskap kring hjälp/vård skattas. Exempel på dessa var "Jag vet vilken hjälp jag kan få hos skolkuratoren" och "Jag vet vilken hjälp jag kan få på ungdomsmottagningen". Påståenden skattades på en fyrgradig Likert-skala från 1 "stämmer inte alls", 2 "stämmer ganska dåligt", 3 "stämmer ganska bra" till 4 "stämmer helt". Då samtliga påståenden i skalan slogs ihop skapades ett maxpoäng på 24 och minimumpoäng på 4. Reliabilitet var god med ett beräknad Cronbachs alfa på 0,72 (Ejlertsson, 2014).

Uppfattning om information. Skalan avsåg mäta uppfattning om information kring psykisk ohälsa och hjälp/vård. Inom denna skala rymdes fem påståenden, exempelvis "Jag tycker att skolan ger mig bra och tillräcklig information om psykisk ohälsa" och "Jag tycker att samhället ger mig dålig och otillräcklig information om psykisk ohälsa". Dessa påståenden skattades på en femgradig Likert-skala från 1 "stämmer inte alls", 2 "stämmer ganska dåligt", 3 "stämmer ganska bra" till 4 "stämmer helt" med alternativet 0 "vet ej" inkluderat. Beräknad Cronbachs alfa fick det låga värdet av 0,28 och ansågs därför ej acceptabelt för vidare signifikansanalys (Ejlertsson, 2014) utan endast för frekvensanalys på item-nivå.

Potentiella förbättringar i skolan och samhället. Skalorna *potentiella förbättringar i skolan* och *potentiella förbättringar i samhället* var strukturellt likadana. Skalan *potentiella förbättringar i skolan* innehöll påståenden om skolan och *potentiella förbättringar i samhället* om samhället i stort. Skalorna innehöll sju påståenden vardera och inom respektive skulle respondenten välja ett påstående som de ansåg vara "viktigast" och ett påstående som de ansåg vara "minst viktigt". Exempel på påståenden inom skalan *potentiella förbättringar i skolan* var "Att i skolan informera om vad psykisk ohälsa är" och "Att det är lätt att söka hjälp/vård i skolan". Exempel på påståenden inom skalan *potentiella förbättringar i samhället* var "Att prata om psykisk ohälsa i media" och "Att hjälp/vård erbjuds via internet".

Kontakt med vården. Skalan innehöll fem olika sätt att ta kontakt med en vårdinstans. Dessa var "telefonsamtal", "sms", "email", "anonymt via internet" och "drop-in på mottagning". Respondenten fick i uppgift att välja ett av dessa alternativ genom att kryssa för detta. Det fanns även möjlighet för respondenten att lägga till alternativ under "annat".

Preferenser i hjälpsökande. Skalan avsåg undersöka preferenser hos ungdomar kring till vem eller vart de vill vända sig när de mår psykiskt dåligt. Fjorton alternativ på informella och formella instanser var listade. Exempel på dessa var "vårdcentral", "elevhälsan", "ungdomsmottagning", "förälder", "kompis", "internet" och "religiös ledare". Dessa alternativ skattades på skalan "gärna", "kanske" eller "inte alls". Det fanns även möjlighet för respondenten att lägga till en instans under "annat".

Tillvägagångssätt

Tre gymnasieelever från årskurs 3 deltog i en pilotstudie med frågeformuläret. Utifrån deras svar reviderades ett antal frågor och strukturen på enkäten inför kommande datainsamling.

Samtliga datainsamlingstillfällen skedde i klassrumsmiljö. Inför varje tillfälle presenterades information på samma sätt. Den ena forskaren presenterade forskarna själva, syftet med enkäten samt gav information om deltagandet i enlighet med samtyckeskravet och informationskravet (Vetenskapsrådet, 2002). Den andra forskaren gav instruktioner om enkätens upplägg och tiden som behövdes. Då det efter tre tillfällen visade sig att skalorna *potentiella förbättringar i skolan* och *potentiella förbättringar i samhället* erhöll en stor del felaktiga svar i form av internt bortfall, togs även beslutet att dessa skulle förklaras närmare i introduktionen. Eleverna erbjöds även möjlighet att ta del av studiens slutresultat. Under datainsamlingstillfället fanns båda forskarna närvarande för att besvara eventuella frågor och samla in de ifyllda enkäterna.

Insamlad data analyserades i programmet SPSS och för vissa resultat redovisas effektstorlek i form av Φ .

Resultat

Resultatet redovisas utifrån delfrågorna som ryms inom de fyra övergripande frågeställningarna. Svaren inom varje delfråga baseras på resultatet från dess specifika skala. Alfa-nivån är satt till $p < ,05$.

Gymnasieelevers kunskap och uppfattning om psykisk ohälsa och om den hjälp/vård som finns tillgänglig

Inom denna frågeställning ryms fyra delfrågor: vad har gymnasieelever för kunskap om psykisk ohälsa, vad har gymnasieelever för uppfattning om psykisk ohälsa, vad har gymnasieelever för kunskap om hjälp/vård och vad har gymnasieelever för uppfattning om hjälp/vård?

Vad har gymnasieelever för kunskap om psykisk ohälsa? Resultaten av skalan *kunskap om psykisk ohälsa* presenteras i Tabell 1 och visar att ungdomarna hade kunskap om majoriteten av de symtom som kan ses som allvarlig psykisk ohälsa, utifrån den på förhand antagna definitionen. Symtomen: ångest, psykiatriska diagnoser, negativa tankar, depression, att skada sig själv och självmordstankar skattades av majoriteten av ungdomarna som tillhörande ”att må psykiskt dåligt”. De tre resterande symtomen: nedstämdhet, missbruk av alkohol och droger, samt aggressionsproblem, hade ungdomarna inte lika stor kunskap om då de dessa skattades i lägre grad än de övriga.

Av de symtom som inte tillhör definitionen av allvarlig psykisk ohälsa skattades problem med självkänsla, oro och stress högst. Dessa tre skattades till och med i högre grad som ”att må psykiskt dåligt” än de tre symtom som ungdomarna hade minst kunskap om inom definitionen. Ungdomarna angav även till stor del att symtomen viktförändringar, svårigheter att kontrollera sitt beteende, sömnsvårigheter och ovilja att gå till skolan ingår i ”att må psykiskt dåligt”. Symtomen huvudvärk, magont, ohälsosam livsstil, svårigheter med att komma ur sängen på morgonen, dåligt humör, viktproblem, lättirriterad och trötthet var inte lika entydiga och tyder på att det skiljer sig i vilken grad dessa anses ingå i ”att må psykiskt dåligt”. Ungdomarna tenderade att i högre grad att inkludera de flesta symtomen i ”att må psykiskt dåligt” än att utesluta dem, genom att skatta ”ja” eller ”i vissa fall”. Det fanns en stor tendens att skatta många av symtomen som ”i vissa fall”, vilket kan tyda på att ungdomarnas definition av psykisk ohälsa varierar.

Totalt antal ”ja” som kunde erhållas på skalan var 25 stycken ($M = 12,94$, $Md = 12$, $s = 5,24$, $N = 448$). Percentilerna i svarsfrekvensen för ”ja” visade att P_{25} rymde 28,3% av svaren ($N = 127$), P_{75} rymde i sin tur 28,5% ($N = 128$). Detta innebär att lika stor del ungdomar hade en snäv syn på psykisk ohälsa som bred, vilket i sin tur innebär att det finns stora skillnader i ungdomars kunskap om psykisk ohälsa.

Vad har gymnasieelever för uppfattning om psykisk ohälsa? Resultatet av skalan *uppfattning om psykisk ohälsa* visas i Tabell 2. Ungdomarna ansåg sig ha en god uppfattning om vad det innebär att må psykiskt dåligt. En stor del ansåg att ungdomar

själva kan ha svårt att avgöra när de mår så psykiskt dåligt att de bör söka hjälp. Ungdomarna tenderade att skatta sin egen förmåga att avgöra när hjälp bör sökas högre än vad de skattade att ungdomar generellt besitter denna förmåga. En stor del ansåg sig ha en god uppfattning om vad det kan bero på när man mår psykiskt dåligt och vilka risker som finns förenade med att må psykiskt dåligt. Majoriteten av ungdomarna uppgav även att de tror det är vanligt att ungdomar mår psykiskt dåligt.

Tabell 1

Kunskap om psykisk ohälsa: Procentfördelning för huruvida symtom inkluderas i "att må psykiskt dåligt"

	Ja	Nej	I vissa fall
Huvudvärk	20,4	38,9	40,7
Ångest	88,5	2,9	8,6
Magont	34,5	27,7	37,9
Viktförändringar	52,0	9,8	38,2
Psykiatriska diagnoser	71,1	7,9	21,0
Negativa tankar	77,9	4,2	17,9
Ohälsosam livsstil	36,1	18,6	45,2
Problem med självkänsla	75,5	5,2	19,3
Svårigheter med att kontrollera sitt beteende	54,3	8,8	36,9
Depression	90,1	2,0	7,9
Missbruk av alkohol eller droger	50,5	10,8	38,7
Oro	61,3	7,7	31,1
Svårigheter med att komma ut sängen på morgonen	33,9	25,6	40,6
Stress	70,4	4,9	24,7
Att skada sig själv	74,8	6,7	18,4
Dåligt humör	33,0	25,3	41,7
Sömnsvårigheter	48,4	10,3	41,3
Nedstämdhet	57,7	10,0	32,3
Ovilja att gå till skolan	40,9	11,2	47,9
Aggressionsproblem	46,8	12,3	40,9
Viktproblem	29,3	22,1	48,5
Lättirriterad	31,2	25,3	43,4
Smärta i muskler och skelett	10,6	58,1	31,3
Självmodstankar	82,2	4,7	13,1
Trötthet	37,1	21,8	41,1

Tabell 2

Uppfattning om psykisk ohälsa: Procentfördelning av gymnasieelevernas självskattning

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer helt

Tabell 2 fortsättning

Jag har en god uppfattning om vad det innebär att må psykiskt dåligt	1,8	9,0	59,6	29,7
Jag känner till vad det kan bero på när man mår psykiskt dåligt	2,2	13,7	60,7	23,4
Jag vet när man bör söka hjälp för att man mår psykiskt dåligt	6,3	34,5	40,5	18,7
Jag känner till vilka risker som finns förenade med att må psykiskt dåligt	4,3	21,9	47,0	26,9
Jag tror att det är vanligt att ungdomar mår psykiskt dåligt	1,8	11,2	53,0	33,9
Jag tror att ungdomar själva kan avgöra när de mår så dåligt psykiskt att de måste söka hjälp	17,4	54,5	22,6	5,4

Vad har gymnasieelever för kunskap om hjälp/vård? Resultatet från skalan *kunskap om hjälp/vård* presenteras i Tabell 3. Majoriteten av ungdomarna hade sedan tidigare kännedom om instanserna skolkurator, skolsköterska, skolpsykolog, ungdomsmottagning samt telefonlinjer. En stor del av ungdomarna kände även till att hjälp/vård kan sökas via BUP och vårdcentraler. Cirka hälften av ungdomarna kände även till skolläkare, elevhälsan och frivilligorganisationer. Den instans som minst antal ungdomar, ca en fjärdedel, kände till var Humlan, gymnasieskolans psykoterapimottagning. Sammanfattningsvis hade ungdomarna en god kännedom om vilka instanser som finns tillgängliga för hjälp/vård.

Vad har gymnasieelever för uppfattning om hjälp/vård? Tabell 4 visar resultatet från skalan *uppfattning om hjälp/vård*. Ungdomarnas uppfattning om vilken hjälp/vård de kan få hos olika instanser varierade stort. Flertalet av ungdomarna ansåg sig veta vilken hjälp de kan få hos skolkuratoren, skolsköterskan, ungdomsmottagningen och vårdcentralen. För samma påståenden ansåg sig dock cirka en tredjedel av ungdomarna inte ha så god uppfattning. Barn-och ungdomspsykiatri var den instans som minst antal ungdomar upplevde sig ha en god uppfattning om. En majoritet av ungdomarna, trodde sig få hjälp då de söker sig till någon av dessa instanser.

Tabell 5 visar resultatet från skalan *uppfattning om information*. Ungdomarnas uppfattning kring information om psykisk ohälsa och hjälp/vård var varierad. Cirka två tredjedelar av ungdomarna hade uppfattningen att skolan inte ger bra och tillräcklig information om psykisk ohälsa och hjälp/vård. Ungdomarnas syn på samhällets information om psykisk ohälsa och hjälp/vård var något mer positiv än den på skolans. Sammanfattningsvis hade majoriteten av ungdomarna uppfattningen att den information som skolan tillhandahåller är otillräcklig. Ungdomarnas uppfattning om informationen från samhället var varken entydigt positiv eller negativ.

Tabell 3

Kunskap om hjälp/vård: Procentfördelning av gymnasieelevernas kännedom om instanser

	Ja	Nej
Skolkurator	96,2	3,8
Skolsköterska	87,0	13,0
Skolpsykolog	80,3	19,7
Skolläkare	57,6	42,4
Elevhälsan	58,7	41,3
Ungdomsmottagning	90,8	9,2
Barn-och ungdomspsykiatri (BUP)	69,8	30,2
Vårdcentral	77,1	22,9
Frivilligorganisation (ex Tjejjouren, Jourhavande kompis)	46,2	53,8
Telefonlinje (ex BRIS)	83,5	16,5
Humlan (gymnasieskolans psykoterapimottagning)	24,9	75,1

Tabell 4

Uppfattning om hjälp/vård: Procentfördelning av gymnasieelevernas självskattning

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer helt
Jag vet vilken hjälp jag kan få hos skolkuratoren	6,0	30,4	43,8	19,7
Jag vet vilken hjälp jag kan få på ungdomsmottagningen	6,7	23,2	46,0	24,1
Jag vet vilken hjälp jag kan få på en vårdcentral	9,6	31,1	40,7	18,6
Jag vet vilken hjälp jag kan få hos BUP (barn-och ungdomspsykiatri)	26,8	34,5	21,4	17,3
Jag vet vilken hjälp jag kan få hos skolsköterskan	6,3	25,5	48,1	20,1
Jag tror att jag får hjälp om jag söker mig till något av de ställen som nämnts ovan	3,8	13,3	41,3	41,5

Tabell 5

Uppfattning om information: Procentfördelning av gymnasieelevernas självskattning

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer helt	Vet ej
Jag tycker att skolan ger mig bra och tillräcklig information om psykisk ohälsa	24,1	41,7	24,5	5,4	4,3
Jag tycker att skolan ger mig bra och tillräcklig information om var jag kan få hjälp/vård vid psykisk ohälsa	20,4	42,0	26,5	8,1	2,9
Jag tycker att samhället ger mig dålig och otillräcklig information om psykisk ohälsa	7,9	33,4	35,4	17,8	5,5
Jag tycker att samhället ger mig bra och tillräcklig information om var jag kan få hjälp/vård vid psykisk ohälsa	13,8	35,1	34,6	10,9	5,7

Skillnader hos gymnasieelever i kunskap och uppfattning om psykisk ohälsa och hjälp/vård utifrån kön och etnicitet

Inom denna frågeställning ryms följande delfrågor: finns det skillnader hos gymnasieelever i kunskap om psykisk ohälsa, i uppfattning om psykisk ohälsa, i kunskap om hjälp/vård och i uppfattning om hjälp/vård utifrån kön? Finns det skillnader hos gymnasieelever i kunskap om psykisk ohälsa, i uppfattning om psykisk ohälsa, i kunskap om hjälp/vård och i uppfattning om hjälp/vård utifrån etnicitet?

Finns det skillnader i kunskap om psykisk ohälsa mellan könen? Resultaten redovisas i Tabell 6 och visar att ett antal symtom skattades i högre grad av flickor som en del i ”att må psykiskt dåligt” jämfört med pojkar. En crosstabulering av samtliga item på skalan *kunskap om psykisk ohälsa* visade på vissa signifikanta skillnader mellan könen i skattningen av symtom. Flickor skattade ”ja” i större utsträckning inom följande symtom: huvudvärk, magont, viktförändringar, psykiatriska diagnoser, negativa tankar, ohälsosam livsstil, missbruk av alkohol och droger, oro, svårigheter med att komma ur sängen på morgonen, att skada sig själv, dåligt humör, nedstämdhet, viktproblem, självmordstankar och trötthet. Sammanfattningsvis hade flickor större kunskap om psykisk ohälsa.

Finns det skillnader i kunskap om hjälp/vård mellan könen? Flickor kände i högre grad till fler instanser jämfört med pojkar. Resultaten redovisas i Tabell 6. En

crosstabulering av skalan *kunskap om hjälp/vård* visade på signifikanta skillnader för följande instanser: skolkurator, skolsköterska, ungdomsmottagning, barn-och ungdomspsykiatri, frivilligorganisation och telefonlinjer. Sammanfattningsvis hade flickor mer kunskap om vilken hjälp/vård som finns att tillgå.

Finns det skillnader i uppfattning om psykisk ohälsa mellan könen? Det visade sig att det inte förelåg några skillnader mellan könen i uppfattning om psykisk ohälsa. En signifikanstestning av medelvärdena hos flickor ($N = 266$, $M = 2,87$, $s = 0,46$) respektive pojkar ($N = 157$, $M = 2,81$, $s = 0,45$) i skalan *uppfattning om psykisk ohälsa* visade att ingen signifikant skillnad förelåg mellan könen $t(421) = 1,594$, $p = ,112$.

Finns det skillnader i uppfattning om hjälp/vård mellan könen? Flickor hade en signifikant mer positiv uppfattning om hjälp/vård vid psykisk ohälsa än vad pojkar hade. En signifikanstestning av medelvärdena hos flickor ($N = 272$, $M = 2,85$, $s = 0,55$) respektive pojkar ($N = 158$, $M = 2,66$, $s = 0,57$) i skalan *uppfattning om hjälp/vård* visade att flickor hade en signifikant mer positiv uppfattning. Positiv uppfattning i bemärkelsen att de trodde sig veta både att de kan få hjälp samt vad de kan få för hjälp när de söker sig till formella instanser $t(428) = 3,404$, $p = ,001$.

Tabell 6

Resultat från crosstabulering mellan könen i kunskap om psykisk ohälsa och kunskap om hjälp/vård. Totalt antal "ja" för varje symptom/instans redovisas. Endast signifikanta skillnader redogörs.

	Flickor <i>n (%)</i>	Pojkar <i>n (%)</i>	Total <i>N (%)</i>	χ^2	$p <$ $,05$	Φ
<i>Kunskap om psykisk ohälsa: skattning av symptom</i>						
Huvudvärk	67 (24,1)	23 (14,4)	90 (20,4)	11,83	,019	,164
Magont	109 (39,9)	39 (24,3)	148 (33,9)	18,11	,001	,204
Viktförändringar	160 (58,1)	65 (41,4)	226 (51,7)	23,77	,000	,234
Psykiatriska diagnoser	204 (77,6)	95 (60,1)	299 (70,5)	20,37	,000	,219
Negativa tankar	230 (82,7)	113 (69,8)	343 (77,4)	17,74	,001	,200
Ohälsosam livsstil	106 (38,7)	48 (30,4)	154 (35,4)	9,93	,042	,151
Missbruk av alkohol och droger	152 (55,3)	67 (41,6)	219 (50,1)	9,65	,047	,148
Oro	185 (66,8)	82 (51,6)	267 (60,8)	15,95	,003	,191
Svårigheter med att komma ur sängen på morgonen	104 (37,5)	44 (27,3)	148 (33,6)	19,06	,001	,208
Att skada sig själv	216 (78,3)	113 (70,1)	329 (74,8)	15,05	,005	,185
Dåligt humör	102 (36,8)	43 (26,7)	145 (33,1)	10,21	,037	,152

Nedstämdhet	171 (62,4)	78 (49,4)	249 (56,7)	10,30	,036	,154
Viktproblem	96 (35,0)	31 (19,4)	127 (29,1)	33,44	,000	,276
Självordstankar	236 (84,1)	128 (79,0)	364 (82,1)	11,22	,024	,159
Trötthet	117 (42,2)	44 (27,5)	161 (37,1)	16,35	,003	,193
<i>Kunskap om hjälp/vård: kännedom om instanser</i>						
Skolkurator	274 (98,2)	153 (95,0)	427 (96,4)	40,12	,000	,301
Skolsköterska	251 (90,5)	132 (82,1)	383 (87,0)	14,48	,001	,181
Ungdoms- mottagning	261 (94,2)	141 (88,1)	402 (91,2)	18,64	,000	,206
Barn-och ungdomspsykiatri	217 (78,1)	91 (57,0)	308 (70,1)	24,40	,000	,235
Frivillig- organisation	147 (53,5)	55 (34,2)	202 (46,0)	15,69	,000	,189
Telefonlinjer	244 (87,5)	125 (78,0)	369 (83,3)	7,87	,020	,133

Finns det skillnader i kunskap om psykisk ohälsa utifrån etnicitet? Det fanns vissa skillnader mellan grupperna i kunskap om psykisk ohälsa då en crosstabulering av skalan *kunskap om psykisk ohälsa* visade på signifikanta skillnader mellan grupperna i hur vissa symtom hade skattats (se Tabell 7). Gruppen ”svenskfödd med svenskfödda föräldrar” skattade att skada sig själv och självordstankar signifikant mer inom ”att må psykiskt dåligt”. Gruppen ”svenskfödd/utlandsfödda med utlandsfödda föräldrar” skattade psykiatriska diagnoser, ohälsosam livsstil och lättirriterad signifikant mer inom ”att må psykiskt dåligt”.

Finns det skillnader i kunskap om hjälp/vård utifrån etnicitet? Gruppen ”svenskfödda med svenskfödda föräldrar” hade generellt högre kunskap om vilka instanser som finns för hjälp/vård än gruppen ”svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar” (se Tabell 7). En crosstabulering av skalan *kunskap om hjälp/vård* mellan grupperna visade på vissa skillnader, då signifikant fler inom gruppen ”svenskfödd med svenskfödda föräldrar” kände till skolkuratoren, skolsköterskan, skolläkare, ungdomsmottagning, barn-och ungdomspsykiatri, vårdcentral och telefonlinjer än gruppen ”svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar”.

Finns det skillnader i uppfattning om psykisk ohälsa utifrån etnicitet? Inga skillnader förelåg i uppfattning om psykisk ohälsa utifrån etnicitetsgrupperna. Signifikantstestning av medelvärdena hos grupperna ”svenskfödd med svenskfödda föräldrar” ($N = 196$, $M = 2,87$, $s = 0,41$) respektive ”svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar” ($N = 226$, $M = 2,87$, $s = 0,49$) i skalan *uppfattning om psykisk ohälsa* visade att ingen signifikant skillnad fanns vad gällde uppfattning om psykisk ohälsa $t(420) = ,05$, $p = ,956$.

Finns det skillnader i uppfattning om hjälp/vård utifrån etnicitet? Det fanns inga skillnader i uppfattning om hjälp/vård utifrån etnicitet. Signifikantstestning av medelvärdena hos grupperna ”svenskfödd med svenskfödda föräldrar” ($N = 201$, $M = 2,77$, $s = 0,54$) respektive ”svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar” ($N = 229$, $M = 2,79$, $s = 0,59$) i skalan *uppfattning om hjälp/vård* visade att ingen signifikant skillnad fanns vad gällde uppfattning om hjälp/vård $t(428) = -,44$, $p = ,662$.

Tabell 7

Resultat från crosstabulering mellan grupperna "svenskfödd med svenskfödda föräldrar" och "svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar" i kunskap om psykisk ohälsa och kunskap om hjälp/vård. Totalt antal "ja" för varje symptom/instans redovisas. Endast signifikanta skillnader redogörs.

	Svenskfödd med svensk- födda föräldrar n (%)	Svenskfödd/ utlandsfödd med utlands- födda föräldrar n (%)	Total N (%)	χ^2	$p <$,05	Φ
<i>Kunskap om psykisk ohälsa: skattning av symtom</i>						
Psykiatriska diagnoser	135 (70,1)	161 (72,1)	296 (70,3)	9,80	,044	,153
Ohälsosam livsstil	57 (28,2)	98 (43,1)	155 (36,1)	11,10	,025	,160
Att skada sig själv	159 (79,0)	166 (71,2)	325 (74,4)	16,10	,003	,192
Lättirriterad	50 (24,6)	85 (37,1)	135 (31,1)	11,68	,020	,164
Självmonds- tankar	171 (84,0)	189 (80,4)	360 (81,6)	13,31	,010	,174
<i>Kunskap om hjälp/vård: kännedom om instanser</i>						
Skolkuratoren	201 (99,0)	221 (94,0)	422 (96,0)	7,76	,021	,133
Skolsköterskan	190 (94,1)	194 (83,3)	384 (88,1)	13,60	,001	,176
Skolläkare	131 (65,1)	122 (52,1)	253 (58,1)	7,25	,027	,129
Ungdoms- mottagning	192 (95,1)	203 (87,1)	395 (90,2)	7,32	,026	,129
Barn-och ungdoms- psykiatri	154 (76,2)	151 (64,3)	305 (69,5)	8,28	,016	,137

Vårdcentral	171 (84,2)	166 (72,1)	337 (77,1)	10,80	,005	,157
Telefonlinjer	188 (92,6)	179 (76,2)	367 (83,4)	22,14	,000	,224

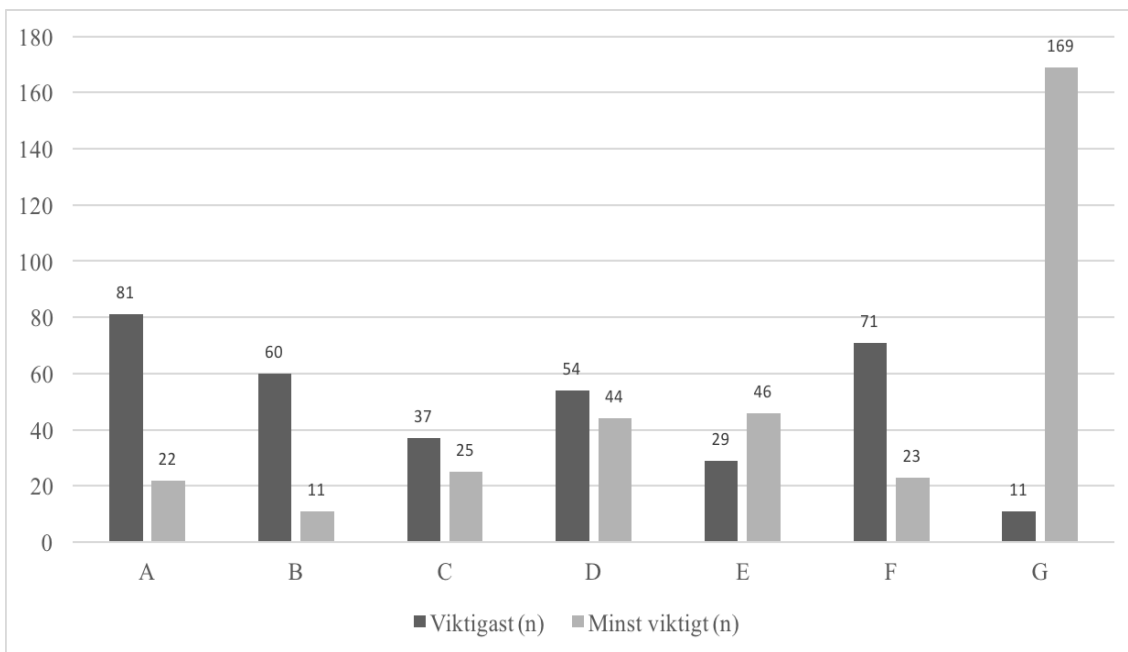
Hur gymnasieelever tänker att tillgången till hjälp/vård kan förbättras

Inom denna frågeställning ryms delfrågorna: på vilket sätt vill gymnasieelever ta kontakt med vården, hur tycker gymnasieelever att tillgången till hjälp/vård kan förbättras och vart eller till vem vill gymnasieelever helst vända sig till för hjälp/vård?

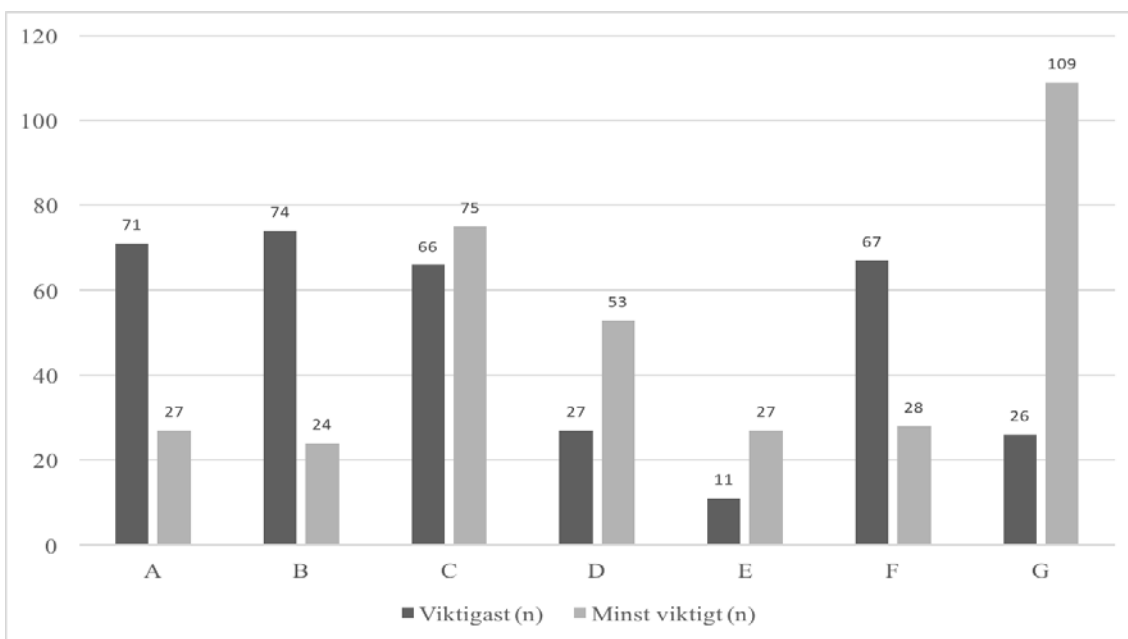
På vilket sätt vill gymnasieelever i Göteborg ta kontakt med vården? De alternativ som flest antal ungdomar föredrog var drop-in på mottagning (31,5 %) och telefonsamtal (28,5 %) i skalan *kontakt med vården*. Ett färre antal ungdomar föredrog alternativen sms (14,1 %) och email (14,8 %). Anonymt via internet (10,8 %) var det alternativ som minst antal ungdomar föredrog. Alternativen drop-in på mottagning och telefonsamtal valdes i signifikant högre utsträckning $\chi^2(5, N = 425) = 171,94, p < ,001$ och är därför de sätt som ungdomarna helst vill använda sig av.

Hur tycker gymnasieelever i Göteborg att tillgången till hjälp/vård kan förbättras? Ungdomarna ansåg att det i skolan är viktigast att informera om vad psykisk ohälsa är ($n = 81$). Flera andra ansåg att det är viktigast att det finns vuxna i skolan man kan lita på och prata med om psykisk ohälsa ($n = 71$). Ungdomarna ansåg även att det är viktigt med mer information i skolan om vart man kan vända sig för hjälp/vård ($n = 60$) och information om när man bör söka hjälp ($n = 54$). En majoritet av ungdomarna ansåg att det är minst viktigt att få vara med och bestämma vilken hjälp/vård som ska finnas tillgänglig på skolan ($n = 169$). Sammanfattningsvis fanns en större spridning i vad ungdomarna ansåg vara viktigast jämfört med vad de ansåg vara minst viktigt. Resultatet kan ha påverkats av det stora interna bortfallet inom denna skala (antal bortfall: viktigast $n = 106$, minst viktigt $n = 109$). Se figur 1.

Vad gäller potentiella förändringar i samhället ansåg ungdomarna att det är viktigast att prata om psykisk ohälsa i media ($n = 71$), att föräldrar får information om ungdomars psykiska ohälsa och hjälp/vård ($n = 74$) och att det finns ställen dit endast ungdomar kan vända sig ($n = 67$). Ungdomarnas svar kring viktigast förändringar i samhället varierade, då dessa fyra påståenden hade nästintill samma frekvens. Påståendet om att man får göra studiebesök hos de instanser som finns fick både hög frekvens på viktigast ($n = 66$) och hög på minst viktig ($n = 75$). Ungdomarna ansåg till störst grad att marknadsföring på offentliga platser är minst viktigt ($n = 109$). Resultatet kan ha påverkats av det stora interna bortfallet inom denna skala (antal bortfall: viktigast $n = 107$, minst viktigt $n = 106$). Se figur 2.



Figur 1. Potentiella förbättringar i skolan. A = Att i skolan informera om vad psykisk ohälsa är, B = Att i skolan informera om vilka ställen som finns där man kan få hjälp/vård när man mår psykiskt dåligt, C = Att i skolan informera om vilken hjälp/vård som finns för olika psykiska problem, D = Att i skolan informera om när man bör söka hjälp vid psykisk ohälsa, E = Att det är lätt att söka hjälp/vård i skolan, F = Att det finns vuxna i skolan som man kan lita på och prata med om psykisk ohälsa, G = Att få vara med och bestämma vilken hjälp/vård som ska finnas på skolan



Figur 2. Potentiella förbättringar i samhället. A = Att prata om psykisk ohälsa i media, B = Att föräldrar får information om ungdomars psykiska ohälsa och den hjälp/vård som finns tillgänglig, C = Att man får göra studiebesök hos de ställen som finns för hjälp/vård, D = Att hjälp/vård erbjuds via internet, E = Att det finns hjälplinjer att ringa, F = Att det finns ställen dit bara ungdomar kan vända sig för hjälp, G = Att de ställen som finns marknadsför sig på offentliga platser (ex på spårvagnen).

Vart eller till vem vill gymnasieelever helst vända sig till för hjälp/vård?

Tabell 8 redovisar resultatet från skalan *preferenser i hjälpsökande*. Ungdomarna ville generellt vända sig mer gärna till informella instanser, som kompisar och föräldrar snarare, än formella hjälpinstanser. Av de formella hjälpinstanserna som fanns listade verkade ungdomar i högre grad hellre gärna vända sig till de instanser som riktar sig främst till ungdomar, som elevhälsan och ungdomsmottagning, jämfört med vårdcentral. Undantaget är gymnasieskolans psykoterapimottagning Humlan och barn- och ungdomspsykiatri där även svaren varierar i högre utsträckning. En stor del av ungdomarna skulle inte alls vilja vända sig till mer anonyma instanser, som telefonlinjer och internetforum. Två tredjedelar av ungdomarna skulle inte vilja vända sig till en religiös ledare. Cirka hälften av ungdomarna skulle inte heller alls vilja vända sig till en lärare eller annan vuxen. Svarsalternativet ”kanske” fick för majoriteten av alternativen mellan 35-45%.

Tabell 8

Procentfördelning av preferenser i hjälpsökande hos gymnasieeleverna

	Inte alls	Kanske	Gärna
Vårdcentral	38,0	44,9	16,9
Ungdomsmottagning	18,5	43,1	38,4
Elevhälsan (inkl. skolsköterska, skolkurator, skolpsykolog, skolläkare)	28,5	40,0	31,5
BUP (barn- och ungdomspsykiatri)	32,6	44,0	23,5
Frivilligorganisation (ex Tjejjouren, Jourhavande kompis)	44,7	44,7	10,5
Telefonlinje (ex BRIS)	54,2	32,2	13,7
Humlan (gymnasieskolans psykoterapimottagning)	43,6	47,4	9,0
Förälder	20,2	34,4	45,3
Annan familjemedlem eller släkting	32,8	35,6	31,6
Kompis	11,3	39,3	49,4
Lärare	55,8	36,8	7,4
Annan vuxen	48,6	42,3	9,1
Internet	52,1	34,8	13,1
Religiös ledare (ex imam, rabbin, präst)	71,2	16,8	12,1

Skillnader hos gymnasieelever i preferenser vad gäller hjälp/vård utifrån kön och etnicitet

Finns det skillnader i preferenser i kontakt med vården mellan könen? Med hjälp av en crosstabulering av skalan *kontakt med vården* visade det sig att inga signifikanta skillnader förelåg mellan könen i preferenser $\chi^2(10, N = 420) = 10,99$ ($p = ,358$) $\Phi = ,162$.

Finns det skillnader i preferenser i hjälpsökande mellan könen? En crosstabulering av skalan *preferenser i hjälpsökande* mellan könen visade på vissa

signifikanta skillnader. Signifikant fler flickor svarade att de gärna vänder sig till ungdomsmottagningar $\chi^2(4, N = 427) = 9,78$ ($p = ,044$) $\Phi = ,151$ och frivilligorganisationer $\chi^2(4, N = 423) = 34,28$ ($p = ,000$) $\Phi = ,285$ vid psykisk ohälsa.

Finns det skillnader i preferenser i kontakt med vården utifrån etnicitet?

Det fanns vissa skillnader mellan grupperna "svenskfödd med svenskfödda föräldrar" och "svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar" i skalan *kontakt med vården*. En crosstabulering visade att gruppen "svenskfödd med svenskfödda föräldrar" i större utsträckning föredrog att ta kontakt via telefonsamtal, sms, email och anonymt via internet. Gruppen "svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar" föredrog istället drop-in på mottagning $\chi^2(10, N = 417) = 20,10$ ($p = ,029$) $\Phi = ,219$.

Finns det skillnader i preferenser i hjälpsökande utifrån etnicitet? Det fanns vissa skillnader mellan grupperna "svenskfödd med svenskfödda föräldrar" och "svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar" i skalan *preferenser i hjälpsökande*. Gruppen "svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar" ville i signifikant högre grad vända sig till kompisar $\chi^2(4, N = 426) = 19,94$ ($p = ,001$) $\Phi = ,216$ och religiösa ledare $\chi^2(4, N = 416) = 22,51$ ($p = ,000$) $\Phi = ,233$.

Diskussion

Studien syftade till att undersöka kunskap och uppfattning om psykisk ohälsa hos gymnasieelever i Göteborg samt deras kunskap och uppfattning om den hjälp/vård som finns att tillgå. Syftet var även att undersöka preferenser hos ungdomar vad gäller hjälp/vård samt hur de tänker att tillgången till hjälp/vård kan förbättras. Studien syftade även till att studera skillnader utifrån kön och etnicitet.

Studien visade att gymnasieeleverna i Göteborg hade sammanfattningsvis god men varierad kunskap om psykisk ohälsa. Studien visade också att ungdomarna hade god kunskap om vilken hjälp/vård som finns tillgänglig. Ungdomarnas uppfattning om psykisk ohälsa var positiv då de flesta trodde sig ha en god uppfattning om vad psykisk ohälsa innebär. Ungdomarna hade även en positiv uppfattning om den hjälp/vård som finns tillgänglig i bemärkelsen att de tror sig få hjälp om de söker sig till någon av de listade instanserna. Skillnader fanns mellan könen i både kunskap om psykisk ohälsa, kunskap om hjälp/vård samt uppfattningen om hjälp/vård. Vissa skillnader fanns utifrån etnicitet i kunskap om psykisk ohälsa och kunskap om hjälp/vård.

Studien visade på att ungdomarna hade tydliga preferenser i kontaktsätt med vården. Studien visade även att ungdomarna hellre vänder sig till informell hjälp i första hand vid psykisk ohälsa, framför formella instanser. Skillnader fanns i dessa preferenser mellan såväl kön som utifrån etnicitet. Resultatet kring förbättringar i hjälpen/vården visade att ungdomarna ansåg att mer information är den sammanfattningsvis viktigaste faktorn.

Kunskap om psykisk ohälsa och hjälp/vård

Ungdomarna i studien hade varken en entydigt bred eller snäv inkludering av symtom i "att må psykiskt dåligt", vilket innebär att kunskapen kring psykisk ohälsa varierar. En bredare beskrivning av "att må psykiskt dåligt" innebär att individen har en större förståelse av psykisk ohälsa, i bemärkelsen att hon förstått att psykisk ohälsa kan

ta sig många olika uttryck. Denna förståelse tänks ha tillkommit utifrån större kunskap om psykisk ohälsa generellt. Ungdomarna inkluderade majoriteten av symtomen från den på förhand bestämda definitionen av "allvarlig psykisk ohälsa" som en del av begreppet "att må psykiskt dåligt". Det betyder att ungdomarna har god kunskap om vad allvarlig psykisk ohälsa innebär. De mer diffusa och somatiska symtomen, som magont eller viktproblem, erhöll mindre entydiga skattningar. Detta kan innebära att ungdomarna har sämre kunskap om lindrigare och måttligare psykisk ohälsa. Resultatet från studien står i viss kontrast till tidigare forskning som visat att ungdomar har en bristande kunskap om såväl allvarlig som lindrig psykisk ohälsa (Coles m.fl., 2016).

Tre av symtomen, nedstämdhet, missbruk av alkohol eller droger och aggressionsproblem skattades i lägre grad som "att må psykiskt dåligt" jämfört med övriga symtomen i definitionen "allvarlig psykisk ohälsa". Tre andra symtom, problem med självkänsla, oro och stress, som ej var en del av definitionen, skattades till och med högre än dessa tre. Detta skulle kunna innebära att det finns en diskrepans mellan den på förhand bestämda definitionen av allvarlig psykisk ohälsa och ungdomarnas syn på detsamma. Undersökningens resultat går således i linje med tidigare forskning där det framkommit att ungdomars definition av psykisk ohälsa är långt ifrån enhetlig och entydig, utan mer individuell (Mucf, 2015). Resultatet innebär att det är av stor vikt att ta hänsyn till ungdomars definition och perspektiv på psykisk ohälsa då vården utformas efter deras behov.

Resultatet från studien tyder således på att ungdomarna har en god kunskap om allvarlig psykisk ohälsa. Deras bild av psykisk ohälsa, som något allvarligt, kan tänkas påverka deras eget hjälpsökande, då risken finns att hjälp inte söks förrän allvarligare symtom tillkommit. Ungdomarnas varierande kunskap om mindre allvarliga, lindrigare och diffusa symtom, kan också innebära att hjälp inte söks, då dessa symtom inte uppmärksammas. En bredare förståelse för psykisk ohälsa kan därför ses som nödvändig för adekvat hjälpsökande. Detta innebär att även om ungdomarna i denna studie hade en bättre kunskap om allvarlig psykisk ohälsa, jämfört med tidigare forskning, så är resultatet inte enbart positivt då de till stor del saknar en bredare kunskap. Även ur ett hälsofrämjande perspektiv är det viktigt att lindrigare och mer diffusa symtom uppmärksammas tidigt, för att förebygga allvarligare symtom. Bilden av psykisk ohälsa som något allvarligt kan även påverka hur stigmatiserande psykisk ohälsa uppfattas. Stigma är, i sin tur, ett av de största hindren som identifierats i ungdomars hjälpsökande (Gulliver m.fl., 2010).

Resultaten från studien visade att ungdomarna hade god kunskap om vilka formella hjälpinstanser som finns att tillgå vid psykisk ohälsa. De instanser som flest antal ungdomar uppgav sig känna till är också de instanser som specifikt vänder sig till just ungdomar, som skolkuratoren och ungdomsmottagningen. Resultatet skiljer sig således från huvudparten av tidigare forskning där ungdomar uppgett en kunskapsbrist om vilken hjälp/vård som finns att tillgå innebär ett hinder i hjälpsökandet (Rickwood m.fl., 2007; Socialstyrelsen, 2013). Denna kunskapsbrist, detta hinder, verkar inte förekomma hos gymnasieelever i Göteborg.

Uppfattning om psykisk ohälsa och hjälp/vård

Majoriteten av gymnasieeleverna i Göteborg ansåg sig ha en god uppfattning om bland annat vad det innebär att må psykiskt dåligt, vad psykisk ohälsa kan bero på, när

hjälp bör sökas vid psykisk ohälsa samt vilka risker som finns förenade med psykisk ohälsa. Ungdomarnas uppfattning om psykisk ohälsa i studien skiljer sig därmed från tidigare forskning, där synen och uppfattning i större grad varit negativ (Gulliver m.fl., 2010). Tidigare forskning har också visat att det är mer betydelsefullt med en positiv uppfattning om psykisk ohälsa än reell kunskap (Barker, 2007), vilket indikerar att resultatet från denna studie är positivt. Ungdomarna i studien skattade även sin egen förmåga att bedöma psykisk ohälsa högre än vad de skattade ungdomars generella förmåga, vilket kan tyda på en hög grad av self-efficacy. Bandura (1994) definierar self-efficacy som individens uppfattning om sin förmåga att agera och utöva inflytande på faktorer som påverkar individens liv. Resultat från forskning kring self-efficacy och hjälpsökandebeteenden visar på varierande resultat (Andersson, Moore, Hensing, Krantz & Staland Nyman, 2014). Studier har visat att individer med hög nivå av self-efficacy söker hjälp i större grad än de med låg nivå av self-efficacy (Linnenbrink & Pintrich, 2003). Dock har studier även visat att det finns risker med höga nivåer av self-efficacy i bemärkelsen att individen skattar sin förmåga att lösa sina egna problem orealistiskt högt, vilket innebär hjälp inte söks trots ett stort behov (Pajares, 2003). Ungdomarnas bristande kunskaper om psykisk ohälsa, som resultatet också uppvisat, i kombination med dessa höga nivåer av self-efficacy, kan därför komma att innebära att de inte söker hjälp när de egentligen behöver det.

Resultatet från studien visade att ungdomarnas uppfattning om vilken hjälp/vård som kan erhållas via olika instanser varierade i hög grad. En stor spridning finns i svaren, vilket tyder på stora individuella variationer. Ett flertal av ungdomarna ansåg sig veta vilken hjälp de kan få hos primärvårdsinstanserna: som skolkuratoren, ungdomsmottagningen och vårdcentralen. Detta skulle kunna vara ett resultat av att de primärvårdsinstanser som listades, marknadsför sig i högre grad bland ungdomar, exempelvis i form av studiebesök på ungdomsmottagningen. Troligtvis har fler ungdomar även någon gång varit i kontakt med första linjens instanser vid psykisk ohälsa och har därmed kunskap och erfarenheter om vilken hjälp som kan erbjudas där. Tidigare forskning har även visat att tidigare erfarenheter av hjälpsökande hos formella instanser innebär en ökad kunskap om vad för slags hjälp som är möjlig att tillgå (Gulliver m.fl., 2010). Majoriteten av ungdomarna hade uppfattningen att de får hjälp om de söker sig till de formella instanserna, vilket måste ses som något positivt då uppfattning om hjälp/vård visats ha större betydelse för hjälpsökande än faktisk kunskap om detsamma (Barker, 2007).

Vad gäller ungdomarnas uppfattning om information, visade resultatet i studien att ungdomarna generellt hade en mer negativ syn på skolan, än samhället i stort, vad gällde tillhandahållandet av bra och tillräcklig information om psykisk ohälsa. Deras syn på samhällets förmåga att ge motsvarande information var något mer positiv. Detta resultat kan tänkas bero på att ungdomar har lättare att uttala sig om skolan eftersom det är en instans som de alla befinner sig i medan samhället är stort och mer abstrakt. Resultaten går även i linje med tidigare forskning som visat att ungdomar uppfattar bristen på information om psykisk ohälsa som stor (Wilson & Deane, 2010). Studier har även visat att ungdomar gärna vänder sig till sin direkta omgivning för hjälp och vård (Zwaanswijk m.fl., 2007) och därför upplever att det är viktigare med informationen som skolan kan tillhandahålla än samhället i stort.

Könsskillnader

Studiens resultat visade på att flickorna hade signifikant högre kunskap om både psykisk ohälsa och den hjälp/vård som finns tillgänglig. Flickorna i studien skattade fler symtom som psykisk ohälsa vilket tyder på att flickorna har en bredare kunskap än pojkarna. Flickorna hade även en signifikant mer positiv uppfattning om hjälpen som finns att tillgå. Dessa resultat går i linje med tidigare forskning som visat att flickor generellt har högre "mental health literacy" där alla aspekter av psykisk ohälsa och hjälp inkluderas (Coles m.fl., 2016). Då både kunskapsbrist och individens uppfattning om hjälpen som finns att tillgå visats vara stora hinder för hjälpsökande, tyder studiens resultat på att pojkars kunskaper inom alla aspekter av psykisk ohälsa måste förbättras.

Flickornas bättre kunskap om psykisk ohälsa kan tänkas bero på att tonårsflickor generellt har en högre emotionell kompetens och mognad än pojkar (Johansson m.fl., 2007). Emotionell kompetens har i sin tur visats ha ett samband med högre grad av hjälpsökandebeteende (Rickwood m.fl., 2007). Om tillvägagångssättet för hjälpsökande i dagsläget kräver en viss mognad, emotionell kompetens och utåtriktat beteende, gynnar kanske detta flickor medan pojkar hamnar utanför. Skillnaderna mellan könen i denna studie tyder på att det är av stor vikt att se till heterogeniteten i gruppen ungdomar i utformandet av hjälp/vård.

Skillnader utifrån etnicitet

Resultatet i studien tyder på vissa skillnader i kunskap om psykisk ohälsa och hjälp/vård utifrån etnicitet. Gruppen "svenskfödd med svenskfödda föräldrar" skattade i signifikant större utsträckning symtomen skada sig själv och självmordstankar medan gruppen "svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar" skattade psykiatriska diagnoser, ohälsosam livsstil och lättirriterad signifikant mer. Det verkar det således finnas en tendens hos de med svenskfödda föräldrar att skatta psykisk ohälsa som något mer allvarligt än gruppen med utlandsfödda föräldrar, bortsett från psykiatriska diagnoser. Dessa resultat från studien går delvis i hand med en kvalitativ studie av Flink m.fl. (2014) som visade att flickor från den etniska majoritetsgruppen tenderade att mer se psykisk ohälsa som allvarligt inre tillstånd hos individen medan de etniska minoritetsgrupperna beskrev psykisk ohälsa som beroende av yttre faktorer. I studien deltog holländska tonårsflickor från den etniska majoriteten samt tonårsflickor från de två största etniska minoritetsgrupperna, turkiska och malaysiska. De grupper med etnisk minoritetsbakgrund tenderade att relatera symtomen till orsakssamband, som brist på uppmärksamhet eller pubertet. De grupper med etnisk majoritetsbakgrund var mer benägna att förklara symtomen som ett försämrat emotionellt tillstånd, exempelvis depression.

Gruppen "svenskfödd med svenskfödda föräldrar" hade även en signifikant högre kännedom och kunskap om majoriteten av de listade instanserna för hjälp/vård, än gruppen "svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar". Dessa skillnader kan tänkas bero på ett antal orsaker. I studien undersöks inte hur länge ungdomarna som uppges vara utlandsfödda varit bosatta i Sverige. Detta kan innebära att en del av dem som inkluderas i denna grupp inte tagit del av hela den svenska skolgången, där instanser som exempelvis skolkurator och skolsköterska ska finnas närvarande, och därför gått miste om denna information. I västvärlden finns även en större benägenhet

att använda sig av formella instanser jämfört med andra länder, vilket även skulle kunna förklara denna skillnad i kunskap (Barker, 2007).

Resultatet visar på vissa skillnader i preferenser i hjälpsökande mellan grupperna. Gruppen ”svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar” föredrog signifikant mer att vända sig till kompisar och religiösa ledare. Detta kan tänkas stämma överens med forskning som visat att minoritetsgrupper har låg tilltro till formella hjälpinstanser. Ungdomar från etniska minoritetsgrupper har även i högre grad uppgett rädsla för negativa reaktioner från sin omgivning vid formellt hjälpsökande, än ungdomar från etniska majoritetsgruppen i ett västvärldssamhälle (Flink m.fl., 2014). Att denna grupp hellre vänder sig främst till kompisar kan bero på flertalet orsaker, exempelvis att de som i tidigare forskning inte vill vända sig till formella instanser, alternativt att de känner mer tilltro till sina jämnåriga än vad de med svenskfödda föräldrar gör. Resultatet kring den högre preferensen att vända sig till religiösa ledare kan också tänkas ha flera orsaker. En tanke är att de med utlandsfödda föräldrar kan tänkas komma från en mer religionsbaserad kultur, än de med svenskfödda föräldrar, och därför blir det naturligt att även söka hjälp inom denna sfär.

Gruppen ”svenskfödd med svenskfödda föräldrar” föredrog i signifikant högre utsträckning mer anonyma kontaktsätt som sms, email och anonymt via internet. Medan gruppen ”svenskfödd/utlandsfödd med utlandsfödda föräldrar” föredrog drop-in på mottagning i signifikant högre utsträckning. Anonyma kontaktsätt antas ställa högre krav på individens motivation och kunskap om vilka instanser som finns tillgängliga (Bradley, Robinson & Brannen, 2012). Resultatet från studien visade också på att ungdomar från gruppen ”svenskfödd med svenskfödda föräldrar” besitter större kunskap om hjälp/vård, vilket i sin tur kan förklara varför gruppen i högre grad föredrog dessa kontaktsätt.

Vad ungdomar vill ha

Det fanns vissa preferenser hos ungdomarna i kontaktsätt med vården. Utifrån resultatet från förstudien och ungdomars generellt höga användning av internet (Henderson, Keogh, Rosser & Eccleston, 2013) antogs att ungdomar i stor grad skulle föredra hjälpsökande via internet. Resultatet visade dock att ungdomarna i signifikant högre utsträckning ville ta kontakt med hjälpinstanser på mer direkta sätt, som drop-in på mottagningar eller telefonsamtal. Forskningen har visat på liknande resultat då ungdomar värderat och prioriterat kvaliteten på relationen till en potentiell vårdgivare snarare än kontaktsättet i sig (Idenfors m.fl., 2015). En första kontakt i form av email, sms eller anonymt via internet, ger ingen förevisning om relationen, och då inte heller kvaliteten. Forskning har även visat att ungdomar själva uppger att det krävs hög motivation och medvetenhet om vad för slags hjälp som finns att tillgå på internet för att dessa resurser ska användas (Bradley m.fl., 2012). Ungdomar har även uppgett stora svårigheter med att söla bland information på internet (Idenfors m.fl., 2015)

Ungdomarna i studien föredrog i större utsträckning att vända sig till informella hjälpinsatser, som kompisar och föräldrar, jämfört med formella instanser, som vårdcentral och frivilligorganisation. Resultatet från studien överensstämmer med tidigare forskning som också visat att informella hjälpinsatser föredras av ungdomar (Flink m.fl., 2014; Rickwood m.fl., 2007; Zwaanswijk m.fl., 2007). Alternativet ”kanske” fick generellt hög svarsfrekvens, både för formella och informella instanser.

Detta kan ses som positivt, då det innebär att ungdomar inte helt utesluter flertalet av alternativen. Det tyder även på att vidare undersökning krävs på vad som specifikt får denna grupp att slutligen välja formella instanser, att gå från "kanske" till "gärna".

Resultatet i studien tyder på att informella instanser har stor betydelse för ungdomars psykiska mående och hjälpsökande generellt. Det innebär att det är av stor vikt att ungdomens direkta omgivning kan förmedla kunskap om psykisk ohälsa (Wilson & Deane, 2010). Enligt forskningen verkar ungdomens direkta sociala nätverk och omgivning både vara en källa till kunskap som kan assistera och uppmuntra hjälpsökande men också till direkt hjälp och stöd. Nära vänner har visats ha en betydelsefull roll även i upptäckandet och identifierandet av psykisk ohälsa samt suicidala tendenser hos ungdomar (Idenfors m.fl., 2015). Detta innebär att interventioner för ökad kunskap om psykisk ohälsa och möjligheter till hjälp hos ungdomar bör ha flera fokus, både gentemot ungdomen själv, men även mot ungdomens direkta omgivning. Interventionerna för ökad kunskap bör likaså vara holistiska, där möjligheter till rätt hjälp och insatser bör finnas på så många områden som möjligt.

Resultatet från studien tyder på stor variation i vilka förändringar som ungdomarna ansåg vara viktigast för att tillgången till hjälp/vård ska kunna förbättras. Sammanfattningsvis tyder resultatet på att information om psykisk ohälsa är av största vikt. Det fanns dock en variation inom detta då sofliga menade att mer information om psykisk ohälsa generellt är viktigast, medan andra menade att information om vilka ställen som finns tillgängliga för hjälp/vård, samt om när man bör söka hjälp är viktigast. Detta stämmer överens med en stor del av forskningen som också visat på att ungdomar eftersöker mer information om alla aspekter inom psykisk ohälsa (Barnombudsmannen, 2014; Gulliver m.fl., 2010; Wilson & Deane, 2001). Trots att ungdomarna i denna studie visade sig ha bättre kunskap om psykisk ohälsa och hjälp/vård än vad som framkommit i tidigare forskning, tyder deras önskan om mer information på att den information som finns tillgänglig idag inte är tillräcklig. Detta kan innebära att de punktinsatser som görs i exempelvis skolan då skolsköterskan presenterar sig, är otillräckliga. Detta går i hand med forskning som visat att kontinuerlig utbildning behövs då effekten av utbildningsprogram avtar med tid (Perry m.fl., 2014).

Ungdomarna ansåg även att information både bör ges i skolan såväl som till föräldrar. Då informell hjälp och ungdomars omgivning visats ha stor betydelse för ungdomars hjälpsökande, såväl i denna studie som i annan forskning, kan betydelsen av information till föräldrar förstås (Rowe m.fl., 2014). Flera av ungdomarna ansåg även att det är viktigt att prata mer om psykisk ohälsa i media. Detta kan förstås mot bakgrund av att stigma anses vara ett stort hinder för hjälpsökande (Gulliver m.fl. 2010) vilket skulle kunna förebyggas med hjälp av mediabilden.

Det fanns även en stor variation i vad ungdomarna ansåg vara minst viktigt för att tillgången till hjälp/vård ska förbättras. Inom skolan ansågs det minst viktigt att själv få vara med och bestämma vilken vård som ska erbjudas. Vad gällde samhällliga förändringar ansåg flest ungdomar att det är minst viktigt att hjälpinstanser marknadsför sig på offentliga platser. Ungdomarna ansåg i nästan lika stor grad att det var viktigast och minst viktigt att få göra studiebesök hos formella instanser. Detta resultat måste dock ses mot bakgrunden att alla listade påståenden i någon mån ansågs ha potential att vara viktiga. Därav blir det svårt att dra slutsatsen att de påståenden som listats som minst viktiga, inte alls var viktiga för ungdomarna.

Begränsningar och styrkor

Studiens största styrka är att den lyckats operationalisera och kvantifiera ett ämne som tidigare till större del varit kvalitativt utforskat. Detta medförde dock oundvikligen ett antal begränsningar i studien då det inte fanns några redan testade skalor på studiens ämne. Det frågeformulär som skapades med hjälp av förstudien och tidigare forskning har därför inte validerats eller reliabilitetstestats och medför potentiella svagheter med skalorna. Då den interna konsistensen av skalorna testades med Cronbachs alfa visade det sig dock endast att en skala (*uppfattning om information*) inte uppnådde tillräckligt god reliabilitet. De övriga skalorna uppvisade god intern reliabilitet och kunde användas till signifikantstestning. Den externa validiteten av enkäten uppvisas också som god, då resultaten från studien överensstämmer med mycket annan forskning på de ämnen som studerats.

Avsikten med studien var att undersöka det allmänna perspektivet hos ungdomar generellt och inte enbart perspektivet från de som antingen upplevt psykisk ohälsa eller sökt hjälp för den typen av svårigheter. Detta innebar att enkäten var tvungen att formuleras på ett sådant sätt att den beskrev hypotetiska förhållanden som deltagarna var tvungna att mentalt föreställa sig. Detta leder till en svaghet i studien, då det ofta är en dålig överensstämmelse mellan de svar som ges i en enkät om hypotetiska förhållanden och det faktiska beteendet (Ejlertsson, 2014). Vid ett antal frågor i enkäten listas exempel efter instansen, vilket kan tänkas ha påverkat svaren då ungdomarna kan ha missuppfattat dessa som de enda alternativen inom exemplet. Ett exempel på detta är "Frivilligorganisation (ex Tjejjouren och Jourhavande kompis)". Det är även viktigt att reflektera över att endast de listade instanserna, både formella och informella, har testats, vilket exkluderar möjliga andra alternativ. De potentiella svagheterna med detta undveks dock delvis i och med att en kvalitativ förstudie låg till grund för utformandet av enkäten.

Slutna svarsalternativ är genomgående i hela enkäten. Då ungdomarna endast hade i uppgift att kryssa för redan givna alternativ, kan det ha inneburit att de kryssat flera alternativ som de egentligen inte hade tidigare kunskap om, för att framstå som mer kompetenta. Dock kan effekten av denna potentiella svaghet ha motverkats med studiens stora sampel.

En svårighet med att studera psykisk ohälsa är bristen på tydlig definition. Detta innebär att det är svårt att generalisera resultat från olika studier då de använt sig av olika definitioner och olika mätinstrument (Bremberg & Dalman, 2015). Då syftet med denna studie var att undersöka ungdomars perspektiv togs beslutet tidigt att en given definition inte skulle ges till deltagarna på förhand. En styrka i studien är således att ungdomarnas egen definition av psykisk ohälsa framtagits genom studera vilka symtom och svårigheter ungdomarna själva ansåg ingå i begreppet "att må psykiskt dåligt". Samtidigt innebär det också svårigheter med att generalisera kring resultaten, då ingen given definition har testats kontinuerligt för varje individ.

Syftet med studien var delvis att undersöka ungdomarnas kunskap om psykisk ohälsa. Då ett rent kunskapstest ville undvikas, eftersom syftet även var att se till ungdomars eget perspektiv, så testades kunskapen om psykisk ohälsa genom att se om de hade en bred eller snäv definition av psykisk ohälsa. På förhand togs beslutet att en bred definition tyder på bra kunskap om psykisk ohälsa, då det innebär att personen erhållit sig förståelsen om att psykisk ohälsa kan vara väldigt individuellt och ha många ansikten. Detta beslut togs utifrån kännedom om "mental health literacy" som innefattar

alla former av kunskap kring psykisk ohälsa. För att mer specifikt undersöka ungdomars kunskap togs även beslutet om att en på förhand bestämd definition av ”allvarlig psykisk ohälsa” skulle testas. Detta för att kunna uttala sig om ungdomars kännedom om allvarligare symtom. Frånvaron av tydlig definition av psykisk ohälsa innebär dock att denna definition är skapad enbart för studiens syfte och därav kan innehålla potentiella brister.

Det interna bortfallet var störst i skalorna *potentiella förbättringar i skolan* och *potentiella förbättringar i samhället*, som är strukturellt likadana. Det interna bortfallet uppmärksammades efter tre datainsamlingstillfällen och därefter gavs specifik information om dessa i introduktionen. Trots denna information var det interna bortfallet i slutändan stort. Detta kan ha berott på att uppgiften var svår att förstå, att den tog lång tid att fylla i och krävde ett mer aktivt deltagande. I en stor del av bortfallet var flera påståenden inringade vilket kan tyda på att flertalet ungdomar ansåg att alla påståenden var av stor vikt och därför inte ville ta ett beslut. Svårigheterna med dessa skalor uppkom redan i konstruerandet av enkäten då de är ett försök att kvantifiera något som tidigare endast mätts kvalitativt. Resultaten från dessa skalor kan därför tolkas med viss försiktighet. På grund av det stora antalet deltagare som fyllde i korrekt och den stora betydelsen av dessa skalor togs beslutet att resultatet kunde, och borde, redovisas.

Ett bekvämlighetsurval användes både för att rekrytera informanter till förstudien samt deltagare till enkäten, vilket innebar att individerna i studien redan var selekterade och andra uteslöts (Svartdal, 2001). Detta kompenseras med det stora antalet deltagare och spridningen av klasser på åtta olika gymnasieskolor i Göteborg. Fördelningen av flickor och pojkar och fördelningen av etnicitetsgrupperna var relativt jämn och kan därför ses som generaliserbar. Resultatet anses generaliserbart till ungdomar i Sverige, men framförallt gymnasieelever i Göteborg. Detta innebär att resultaten skulle kunna användas för att överse och förbättra den vård som idag riktar sig till ungdomar i Göteborg.

Framtida forskning

Forskningen som hittills genomförts har fokuserat på vilka hinder som finns hos hjälpsökande. Då psykisk ohälsa hos ungdomar fortfarande ökar, trots identifierandet av flera hinder, så är det fortsatt viktigt att fokusera på underlättande faktorer som kan tänkas öka hjälpsökandebeteenden, i enlighet med denna studie. Om de underlättande faktorerna kan urskiljas, kan den formella vården i framtiden använda sig av kunskap om dessa faktorer för att kunna nå ut till ännu fler som upplever psykisk ohälsa.

Då tidigare forskning konstaterat att kunskapsbrist är ett av de största hindren i hjälpsökande och denna studie har kunnat visa på stor variation i kunskap hos ungdomar, är det nu av stort vikt att utforska och utforma mer kunskapsfrämjande insatser. Som en del i kunskapsfrämjande insatser krävs mer information till ungdomar, något som denna studie visat varit den viktigaste förbättringen enligt ungdomarna själva. Det är även viktigt att i fortsatt forskning att sträva efter att ta fram kvantitativa mått som kan undersöka underlättande faktorer.

I vidare forskning är det även av stor vikt att skilja på individuella och strukturella faktorer. Det har visat sig, både i denna studie, och tidigare forskning att både individuella faktorer, så som attityder och preferenser påverkar en individs

hjälpssökande samtidigt som strukturella faktorer påverkar ett helt samhälles syn på hjälpssökande (Rickwood m.fl., 2007). Då skillnader även påvisats i denna studie, utifrån etnicitet, och kulturella normer, bör även funktionen av dessa aspekter studeras. Då världssamhället förändras i takt med migrationen bör även fokus ligga på hur kulturella skillnader påverkar synen på hjälpssökande hos den enskilde individen och vilka effekter kulturella normer får på hjälpssökande. Det är även av stor vikt att i framtida forskning försöka undvika att se gruppen ungdomar som en homogengrupp, just eftersom det finns flertalet andra faktorer som spelar in.

Resultatet i denna studie tydde på skillnader mellan pojkar och flickor, både i kunskaper och i uppfattningar kring psykisk ohälsa och hjälp/vård. I tidigare studier har skillnader mellan könen i uppfattningar om mottagandet i vården också hittats. Även om det statistiskt sett är fler flickor som mår dåligt, och fler flickor som söker sig till vården (Barker, 2007), bör forskningen fokusera mer på pojkarna. Detta då det i denna studie uppvisats att pojkar har både sämre kunskap och mer negativ uppfattning om både psykisk ohälsa och hjälp/vård. Forskningen bör således undersöka mer specifikt vad dessa skillnader grundar sig i och då kunna förbättra pojkars kunskaper och uppfattningar samt hitta mer konkreta sätt att nå ut till dem.

Konklusion

Denna studie har utgått från ungdomars perspektiv och försökt att göra en stor grupp ungdomar hörda. Studien kan utvisa att ungdomarna ansåg att mer information generellt, om psykisk ohälsa och hjälp/vård, är den viktigaste faktorn för att kunna förbättra hjälpen/vården till ungdomar.

Resultatet från studien indikerar att gymnasieelever i Göteborg har både bättre kunskap om psykisk ohälsa och den hjälp/vård som finns tillgänglig, samt en mer positiv uppfattning om detsamma, jämfört med tidigare forskning. Då resultatet visar på att ungdomarna har god men varierad kunskap och uppfattning om dessa faktorer, kvarstår dock frågan kring varför ungdomarna väljer informella instanser framför professionell hjälp. Därför är fortsatt forskning med ungdomars perspektiv av stor vikt och deras deltagande måste tas in i olika former i utformandet av vården.

Resultatet från denna studie har även kunnat visa på skillnader i kunskap och uppfattning utifrån både kön och etnicitet. Dessa skillnader, som framkommit i denna studie, tyder på att ungdomar inte kan ses som en homogen grupp inom forskningen, utan att det är av stor vikt att i fortsättningen ta hänsyn till skillnader inom gruppen.

Denna studie kan ses som ett första steg i en utveckling mot att frambringa större förståelse kvantitativt kring ungdomars hjälpssökande vid psykisk ohälsa och ange ungdomars egna preferenser kring vården. Denna studie har även illustrerat vikten av att lyfta ungdomars perspektiv och vikten av att ta hänsyn till vad ungdomar själva vill ha.

Referenser

- Andersson, L. M. C., Moore, D. C., Hensing, G., Krantz, G., & Staland-Nyman, C. (2014). General self-efficacy and its relationship to self-reported mental illness and barriers to care. A general population study. *Community Ment Health J* 50, 721-728. doi:10.1007/s10597-014-9722-y

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. I V. S. Ramachaudran (red.), *Encyclopedia of human behaviour* (ss 71–81). New York: Academic Press.
- Barker, G. (2007). *Adolescents, social support and help-seeking behaviour. An international literature review and programme consultation with recommendations for action*. WHO Discussion papers on adolescence (2007). Geneva: World Health Organization: Department of Child and Adolescent Health and Development.
- Barnombudsmannen (2006). *Röster som räknas. Barn och ungas rätt till delaktighet och inflytande* (Årsrapport: 2006). Stockholm: Barnombudsmannen.
- Barnombudsmannen (2014). *Bryt tystnaden – barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa*. Stockholm: Barnombudsmannen.
- Bradley, K. L., Robinson, L. M., & Brannen, C. L. (2012). Adolescent help-seeking for psychological distress, depression, and anxiety using an internet program. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14, 23-34. doi: 10.1080/14623730.2012.665337
- Bremberg, S., & Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova. Stockholm: Forte.
- Cauce, A. M., Paradise, M., Domenech-Rodriguez, M., Cochran, B. N., Munyi Shea, J., 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, 44-55. doi:10.1037//0022-006X.70.1.44
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., Geroge-Denn, D., Bronstein, L., & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58, 57-62. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.09.017
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitude, intention and behaviour: an introduction to theory and research*. MA: Addison-Wesley.
- Flink, I. J. E., Bereins, T. M. J., Butte, D., & Raat, H. (2014). Help-seeking behaviour for internalizing problems: perceptions of adolescent girls from different ethnic backgrounds. *Ethnicity & Health*, 19, 160-177. doi:10.1080/13557858.2013.801402
- Folkhälsomyndigheten (2014). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/2014* (Grundrapport). Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Forsell, F., & Dalman, C. (2004). *Psykisk ohälsa bland unga*. Centrum för folkhälsa: Epidemiologiska enheten.
- Gottlieb, L., & Wennberg, V. (2013). *Ungdomars perspektiv på psykisk ohälsa och första linjens insatser*. Opublicerat psykologexamensarbete, Lunds Universitet: Institutionen för psykologi, Lund.
- 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, 2-9. doi:10.1186/1471-244X-10-113
- Guo, S., Nguyen, H., Ngo, V. K., Weiss, B., & Lau, A. S. (2015) Linkages between mental health need and help-seeking behavior among adolescents: moderating role of ethnicity and cultural values. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 682–693. doi:10.1037/cou0000094

- Halldén, G. (2003). Barnperspektiv som ideologiskt eller metodologiskt begrepp. *Pedagogisk forskning i Sverige*, 8, 12-23. Hämtad från <http://journals.lub.lu.se/index.php/pfs/article/view/7939/6993>, 2016-01-22
- Henderson, E. M., Keogh, E., Rosser, A., & Eccleston, C. (2013). Searching the internet for pain: adolescents search, coping, and medication behavior. *British Journal of Health Psychology*, 18, 218-232. doi:10.1111/bjhp.12005
- Idenfors, H., Kullgren, G., & Salander Renberg, E. (2015). Professional care as an option prior to self-harm – a qualitative study exploring young people’s experiences. *Crisis*, 36, 179-186. doi:10.1027/0227-5910/a000310
- Jarbin, H., von Knorring, A-L., & Zetterqvist, M. (2014). *Riktlinje depression 2014*. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. Stockholm: Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri.
- Johansson, E., & Pramling Samuelsson, I. (2003). Barns perspektiv och barnperspektiv i pedagogisk forskning och praxis. *Pedagogisk forskning i Sverige*, 8, 1-5. Hämtad från <http://journals.lub.lu.se/index.php/pfs/article/viewFile/7937/6991>, 2016-01-20
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 3-5. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01734.x
- Linnenbrink, E., & Pintrich, P. (2003). The role of self-efficacy beliefs in student engagement and learning in the classroom. *Reading & Writing Quarterly*, 19, 119--137. doi: 10.1080/10573560308223
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Fontaine, J. (2008). Mapping expressive differences around the world: the relationship between emotional display rules and individualism versus collectivism. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 55-74. doi:10.1177/0022022107311854
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2015). *När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa*. Stockholm: MUCF.
- O’Connor, P. J., Martin, B., Weeks, C. S., & Ong, L. (2014). Factors that influence young people’s mental health help-seeking behaviour: a study based on the health belief model. *Journal of Advanced Nursing* 70, 2577-2587. doi:10.1111/jan.12423
- Pajares, F. (2003). Self-efficacy beliefs, motivation, and achievement in writing: A review of the literature. *Reading & Writing Quarterly*, 19, 139--158. doi: 10.1080/10573560308222
- Perry, Y., Petrie, K., Buckley, H., Cavanagh, L., Clarke, D., Winslade, M., Hadzi-Pavlovic, D., Manicavasagar, V., & Christensen, H. (2014). Effects of a classroom based educational resource on adolescent mental health literacy: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Adolescence*, 37, 1143-1151. doi:10.1016/j.adolescence.2014.08.001
- Rickwood, D. J., Deane F. P., & Wilson, C. J. (2007) When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187, 35-39. Hämtad från <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908023>, 2016-01-20
- Rowe, S. L., French, R. S., Henderson, C., Ougrin, D., Slade, M., & Moran, P. (2014) Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review.

- Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 1083-1095. doi:10.1177/0004867414555718
- Ryan, K. E., Gandha, T., Culbertson, M. J., & Carlson, C. (2014). Focus group evidence: implications for design and analysis. *American Journal of Evaluation*, 35, 328-345. doi:10.1177/1098214013508300
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-5-43>, 2016-01-20
- Svartdal, F. (2001). *Psykologins forskningsmetoder. En introduktion*. Stockholm: Liber AB.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Vänta inte! – Guide för investeringar i tidiga insatser för barn och unga* (Psynkrappport 1:2012). Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support: who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 354-362. doi:10.1037/0022-3514.87.3.354
- Telzer, E. H., & Fuligni, A. J. (2009). Daily family assistance and the psychological well-being of adolescents from latin american, asian, and european backgrounds. *Developmental Psychology*, 45, 1177–1189. doi:10.1037/a0014728
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf, 2016-04-29
- Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2010). Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12, 345-364. doi:10.1207/S1532768XJEPC1204_03
- 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
- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., & Verhulst, F. C. (2007). The different stages and actors involved in the process leading to the use of adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 567–582. doi:10.1177/1359104507080985

Bilaga 1

Semistrukturerad intervju-guide

Vad betyder psykisk ohälsa för dig?

- Kan du ge något exempel?
- När bör man söka hjälp om man mår psykiskt dåligt?

Vart skulle du vända dig om du mår psykiskt dåligt?

- Skulle du vända dig till en specifik person eller till vården?
- Varför just dit?

Vilka ställen känner du till att man kan vända sig till för hjälp om man mår psykiskt dåligt?

- Vilka formella instanser känner du till?
- Hur har du fått kunskap om just dessa?
- Hur uppfattar du tillgången till hjälp?

Vad har du för uppfattning om den vård/hjälp som finns tillgänglig idag?

- Om vården skulle kunna anpassas helt till ungdomar: Hur tänker du att tillgången till hjälp/vård bäst skulle se ut för ungdomar idag? (Exempelvis: fler kuratorer på skolan, internethjälp, fler ungdomsmottagningar eller fler telefonhjälpnummer)
- Har du några idéer och förslag på vad du och andra i din ålder skulle vilja ha när det kommer tillgången av psykisk hjälp?
- Vilka hinder kan tänkas finnas för att söka hjälp idag?

Övriga frågor:

- Vilka tror ni är mest benägna att söka hjälp och varför?
- Om ni skulle skriva enkäten, vad tycker ni är viktigt att fråga?

Bilaga 2

Enkät: kunskap om psykisk ohälsa & hjälp/vård

Denna enkät innehåller frågor om psykisk ohälsa. Den innehåller även frågor om den hjälp/vård som finns tillgänglig när man mår psykiskt dåligt. Frågorna syftar till att undersöka din uppfattning om dessa saker. Några frågor syftar även till att undersöka din uppfattning om hur denna hjälp/vård kan förbättras.

I denna enkät används uttrycket "att må psykiskt dåligt", vilket betyder samma sak som begreppet "psykisk ohälsa".

Deltagandet är frivilligt. Enkäten är anonym.
Du ska inte skriva ditt namn någonstans.

Det är viktigt att du svarar på det sätt som stämmer bäst överens med dig och din upplevelse. Det finns inga rätt och fel.

Om du har svårt att välja, ta det som känns närmst.
Om du inte vill svara på en fråga, hoppa över den.

Ange din ålder: _____

Jag går i årskurs: _____

Jag definierar mig som (ringa in eller skriv): Tjej Kille

Annat: _____

Jag är född i Sverige (ringa in): Ja Nej Vet ej

Båda mina föräldrar är födda i Sverige (ringa in): Ja Nej Vet ej

En, eller båda, av mina föräldrar är födda
i ett annat land än Sverige (ringa in): Ja Nej Vet ej

Läs igenom påståendena nedan. Kryssa sedan hur bra det stämmer för dig. Kryssa bara i en ruta för varje rad.

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer helt
Jag har en god uppfattning om vad det innebär att må psykiskt dåligt				
Jag känner till vad det kan bero på när man mår psykiskt dåligt				
Jag vet när man bör söka hjälp för att man mår psykiskt dåligt				
Jag känner till vilka risker som finns förenade med att må psykiskt dåligt				
Jag tror att det är vanligt att ungdomar mår psykiskt dåligt				
Jag tror att ungdomar själva kan avgöra när de mår så dåligt psykiskt att de måste söka hjälp				

Här är en lista med exempel på olika typer av svårigheter och besvär.
 Kryssa "ja" för de som du tycker passar in i "att må psykiskt dåligt".
 Kryssa "nej" för de som du inte tycker passar in.

	Ja	Nej	I vissa fall
Huvudvärk			
Ångest			
Magont			
Viktförändringar			
Psykiatriska diagnoser			
Negativa tankar			
Ohälsosam livsstil			
Problem med självkänsla			
Svårigheter med att kontrollera sitt beteende			
Depression			
Missbruk av alkohol eller droger			
Oro			
Svårigheter med att komma ur sängen på morgonen			
Stress			
Att skada sig själv			
Dåligt humör			
Sömnsvårigheter			
Nedstämdhet			
Ovilja att gå till skolan			
Aggressionsproblem			
Viktproblem			
Lättirriterad			
Smärta i muskler eller skelett			
Självordstankar			
Trötthet			

Här kommer en lista med ett antal ställen man kan vända sig till när man mår psykiskt dåligt:

Kryssa "ja" på de alternativ du hört talas om, eller känner till sedan innan.

Kryssa "nej" på de alternativ du inte hört talas om innan.

	Ja	Nej
Skolkurator		
Skolsköterska		
Skolpsykolog		
Skolläkare		
Elevhälsan		
Ungdomsmottagning		
BUP (barn-och ungdomspsykiatri)		
Vårdcentral		
Frivilligorganisation (ex Tjejjouren, Jourhavande kompis)		
Telefonlinjer (ex BRIS)		
Humlan (gymnasieskolans psykoterapimottagning)		
Skriv till annat ställe (frivilligt):		

Läs igenom påståendena nedan. Kryssa sedan hur bra det stämmer för dig. Kryssa bara i en ruta för varje rad.

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer helt
Jag vet vilken hjälp jag kan få hos skolkuratorn				
Jag vet vilken hjälp jag kan få på ungdomsmottagningen				
Jag vet vilken hjälp jag kan få på en vårdcentral				
Jag vet vilken hjälp jag kan få hos BUP (barn-och ungdomspsykiatrin)				
Jag vet vilken hjälp jag kan få hos skolsköterskan				
Jag tror att jag får hjälp om jag söker mig till något av de ställen som nämnts ovan				

Läs igenom påståendena nedan. Kryssa sedan hur bra det stämmer för dig. Kryssa bara i en ruta för varje rad.

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer helt	Vet ej
Jag tycker att skolan ger mig bra och tillräcklig information om psykisk ohälsa					
Jag tycker att skolan ger mig bra och tillräcklig information om var jag kan få hjälp/vård vid psykisk ohälsa					
Jag tycker att samhället ger mig dålig och otillräcklig information om psykisk ohälsa					
Jag tycker att samhället ger mig bra och tillräcklig information om var jag kan få hjälp/vård vid psykisk ohälsa					
Jag har uppfattningen om att den hjälp/vård som finns idag är otillräcklig					

För att tillgången till hjälp/vård i skolan ska bli bättre kan ett antal förändringar behöva göras. Läs **alla** förslag på förändringar i skolan.

Ringa in det förslag som du anser vara viktigast.

Kryssa över det förslag som du anser vara minst viktigt.

Att i skolan informera om vad psykisk ohälsa är
Att i skolan informera om vilka ställen som finns där man kan få hjälp/vård när man mår dåligt psykiskt
Att i skolan informera om vilken hjälp/vård som finns för olika psykiska problem
Att i skolan informera om när man bör söka hjälp vid psykisk ohälsa
Att det är lätt att söka hjälp/vård i skolan
Att det finns vuxna i skolan som man kan lita på och prata med om psykisk ohälsa
Att får vara med och bestämma vilken hjälp/vård som ska finnas på skolan

För att tillgången till hjälp/vård i samhället ska bli bättre kan ett antal förändringar behöva göras. Läs **alla** förslag på förändringar i samhället.

Ringa in det förslag som du anser vara viktigast.

Kryssa över det förslag som du anser vara minst viktigt.

Att prata om psykisk ohälsa i media
Att föräldrar får information om ungdomars psykiska ohälsa och den hjälp/vård som finns tillgänglig
Att man får göra studiebesök hos de ställen som finns för hjälp/vård
Att hjälp/vård erbjuds via internet
Att det finns hjälplinjer att ringa
Att det finns ställen dit bara ungdomar kan vända sig för hjälp
Att de ställen som finns marknadsför sig på offentliga platser (ex på spårvagnen)

Här är olika sätt att ta kontakt. Kryssa i det sätt du helst vill använda dig av när du bokar en tid med en vårdpersonal (**kryssa max 1 alternativ**).

	Välj ett alternativ
Telefonsamtal	
Sms	
Email	
Anonymt via internet	
Drop-in på mottagning	
Skriv till annat alternativ (frivilligt):	

Kryssa en ruta för varje rad.

”Om jag upplevde besvär i mitt psykiska mående, skulle jag vilja vända mig till följande...”:

	Inte alls	Kanske	Gärna
Vårdcentral			
Ungdomsmottagning			
Elevhälsan (inkl. skolsköterska, skolkurator, skolpsykolog, skolläkare)			
BUP (barn-och ungdomspsykiatri)			
Frivilligorganisation (ex Tjejjouren, Jourhavande kompis)			
Telefonlinje (ex BRIS)			
Humlan (gymnasieskolans psykoterapimottagning)			
Förälder			
Annan familjemedlem eller släkting			
Kompis			
Lärare			
Annan vuxen			
Internet			
Religiös ledare (ex imam, rabbin, präst)			
Skriv in annan/annat (frivilligt):			