

Psykisk helse - en plass i skolen?

Ungdom og psykisk helse – knyttet opp mot skoleprogrammet
VIP – veiledning og informasjon om psykisk helse

GUNNBJØRG TVEITEN ENGEHAGEN

Veileder

Kjell Kristoffersen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

SAMMENDRAG

Det siste tiåret har det vært en økt satsning på å bruke skolen som arena for forebyggende og helsefremmende intervensjoner. Skoleprogrammet VIP, veiledning og informasjon om psykisk helse, er en del av den nasjonale satsningen «psykisk helse i skolen» og retter seg mot elever i videregående skole.

Hensikten med studien har vært å undersøke hvilke erfaringer ungdommer har rundt temaet psykiske helse og det tilbudet som blir gitt dem i videregående skole, gjennom VIP – programmet.

Dette er en kvalitativ studie, hvor utvalget består av fire ungdommer. En fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming er valgt for å analysere og få frem ungdommenes erfaringer.

Psykiske helse som tema i videregående skole viste seg å være viktig for ungdommene. De uttrykker et ønske om mer fokus på psykisk helse enn det som blir tilbudt dem gjennom skoleprogrammet VIP. Kontaktlæreren fremtrer som betydningsfull i forhold til hvem ungdommene ønsker å henvende seg til ved problemer. Relasjonskvaliteten mellom lærer og elev ble fremhevet som viktig. Ungdommene uttrykker gode holdninger til mennesker som har psykiske helseutfordringer. Samtidig kommer det frem at det er stigma knyttet til å leve med psykiske helseproblemer.

Nøkkelord: Psykisk helse, ungdom, stigma, lærer – elev relasjon, mental health literacy

ABSTRACT

In the last decade there have been increased efforts to use schools as an arena for preventive and health promotion interventions. The school program VIP, Guidance and Information on Mental Health, is a part of the Norwegian national commitment "Mental Health in Schools" and targets high school students.

The purpose of this MA-thesis has been to investigate what experiences youths have around the topic of mental health, and the offer that is given to them in high school through the VIP program.

This is a qualitative study, where the sample consists of four youths. I've chosen a phenomenological hermeneutic approach to analyze and highlight the youth's experiences.

Mental health as a topic in high school revealed itself important to the youths. They express a desire for more focus on mental health than what is currently being offered through the VIP program. If the youths have problems, they seem to want to turn to their tutor. The relation between teacher and student is emphasized as important. The youths express healthy attitudes towards people with mental problem. At the same time the study reveals that there is a stigma attached to living with mental problems.

Key words: Mental health, youth, stigma, teacher-student relation, mental health literacy

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lang og krevende reise. Det å skrive om et tema som interesserer har heldigvis gjort skriveprosessen både spennende og lærerik, men mest av alt har det vært hardt arbeid. Det er mange som fortjener en takk for at denne oppgaven endelig kan leveres. Jeg vil først av alt takk de fire ungdommene som gav av sin tid og delte sine erfaringer med meg.

Min veileder Kjell Kristoffersen fortjener en stor takk for sitt engasjement. Gjennom faglige refleksjoner og konstruktive tilbakemeldinger har du gitt påfyll og vist vei i mitt arbeid.

En spesiell takk også til min gode venn Liv – Grethe K. Rajka, som med sin klokskap har bidratt med faglige diskusjoner, gode råd og støtte på veien.

Mine kollegaer ved Sørlandets fagskole har inspirert og støttet meg, og en spesiell takk til Hilde M. Aas og Kristin V. Wehus for sin fleksibilitet og praktiske tilrettelegging, uten dere hadde ikke dette vært mulig.

Tusen takk til min kjære søster i Stavanger, for alle «telefonpausene» hvor vi har delt gleder og frustrasjoner rundt hvert vårt masterprosjekt.

Sist men ikke minst – tusen takk til min mann, Ola for tålmodighet og støtte. Takk også til mine tre flotte ungdommer, Helene, Marie og Sondre som har bidratt med gode refleksjoner rundt et spennende tema.

Innhold

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2 Studies hensikt og forskningsspørsmål	2
1.3 Videre oppbygning av oppgaven	3
1.4 "Psykisk helse i skolen"	3
1.4.1 Skoleprogrammet VIP – veiledning og informasjon om psykisk helse.....	4
1.4.2 Andre skoleprogrammer rettet mot elever i videregående skole	6
1.5. Ungdom og psykisk helse	7
1.6 Begrepsavklaringer	9
2.0 Teori.....	11
2.2 Teorigrunnlaget for skoleprogrammet VIP	11
2.2 Annen aktuell teori	13
2.2.1 Mental health literacy	13
2.2.2 Holdninger til psykiske problemer/lidelser	14
2.3.3 Relasjonskompetanse.....	17
3.0 Forskning på feltet.....	17
4.0 Metodisk tilnærming	21
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring	21
4.2 Forforståelse og bakgrunnskunnskap	22
4.3 Utvalg	23
4.4 Data og datainnsamling	24
4.4.1 Gjennomføring av gruppeintervju.....	25
4.4.2. Gjennomføring av individuelle intervju.....	26
4.5 Etske og metodiske refleksjoner	26
4.5.1 Ungdom i forskning	27
4.5 Analyse	28
5.0. Studiens funn.....	30
5.1. Kunnskaper og forståelse av psykiske helse og psykiske problemer	31
5.2. Forståelsen av holdninger til psykisk helse og psykiske problemer	33
5.3. Søke hjelp - hjelpe andre.	37
5.4. Psykisk helse – en plass i skolen?	39
5.5 Oppsummering	43
6.0 Drøfting.....	44

6.1 Skolen som arena for «psykisk helse»	44
6.2 Hvor søker ungdom hjelp?	47
6.3 Holdninger - stigmatisering	51
6.4 Oppsummerende kommentar	54
7.0 Diskusjon og oppsummering	55
7.1 Metodekritikk – validitet og reliabilitet	55
7.2 Betydning for praksis	56
7.3 Tanker om videre forskning på feltet	56
7.4 Avsluttende kommentar	57
Litteraturliste:.....	58
Vedlegg:.....	61

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for studien

Som lærer i videregående skole opplever jeg at flere av ungdommene jeg møter har en krevende hverdag pga. stress, depresjon, psykosomatiske plager o.l. I folkehelseinstituttets rapport, *Psykiske lidelser i Norge*, kommer det frem at 15 – 20 % av barn og unge har så store utfordringer knyttet til psykisk helse at det går ut over deres daglige fungering (Mykletun et. al., 2008). Jeg opplever også at det er liten åpenhet blant ungdommene i videregående skolen rundt psykisk problemer. Min yrkeserfaring både som sykepleier og lærer har gjort meg mer og mer klar over hvilken betydning det har for ungdommer med god psykisk helse.

Det har vært en økende satsning på å bruke skolen som forebyggende og helsefremmende arena. Både i forhold til organisering og formidling kan skolen se ut til å være en passende arena for dette arbeidet. Det er et sted hvor man møter mange ungdommer og hvor intensjonen er læring (Andersen, 2011). Miljøet på skolen er av stor betydning. Det er store variasjoner mellom ulike skoler og det viser seg blant annet at andel deprimerte ungdommer samvarierer sterkt med miljøet på skolen (Haavet, 2005).

De fleste ungdommer som utvikler psykiske plager tilhører ikke spesielle risikogrupper, så universelle helsefremmende tiltak rettet mot psykisk helse ser ut til å gi størst helsegevinst (Mathisen et al, 2007; Helland og Mathisen, 2009). I 2003 kom Regjeringen med en strategiplan for barn og unges psykiske helse. Denne planen sammen med Opptappingsplanen for psykisk helse 1998-2008, (st.prp. nr 63, 1997-98) la grunnlaget for en satsning på forebyggende og helsefremmende arbeid, og prosjektet "Psykisk helse i skolen" kom som følge av denne strategiplanen. Norsk helsepolitikk er i dag, mer enn noen gang, opptatt av forebyggende og helsefremmende arbeid, dette kommer tydelig frem i ny Folkehelselov, ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i samhandlingsreformen. I Folkehelseinstituttets rapporten *Bedre føre var...*(2011) fremheves viktigheten av å se utover helsevesenet for å få til en forebyggingskultur innen feltet psykisk helse. Dette er også i tråd med internasjonal utvikling, der skolen blir brukt som arena for forebyggende og psykisk helsefremmede arbeid (Weist og Murray, 2007). Helsefremmende skoler, som kjennetegnes av et miljø der elevene er en del av fellesskapet, opplever mestring og ikke blir mobbet, blir av Folkehelseinstituttet vurdert, på bakgrunn av solide evidensgrunnlag, som en av de ti viktigste forebyggende og helsefremmende arenaene i forhold til psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2011). En av hovedutfordringene fremover vil

ifølge Thornicraft et al.(2007) være å identifisere hvilke program og tiltak som fører til atferdsendringer som reduserer diskriminering av mennesker med psykiske lidelser.

Skoleprogrammet VIP- veiledning og informasjon om psykisk helse, har de siste fem årene vært gjennomført ved den videregående skolen hvor jeg arbeider. Da jeg jobbet som kontaktlærer flere år tilbake var jeg selv med på å gjennomføre programmet. VIP er ett av fem elevrettede programmer i den nasjonale satsningen «Psykisk helse i skolen». Min interesse for ungdommer, psykisk helse og skole ledet meg inn på temaet for denne studien.

1.2 Studies hensikt og forskningsspørsmål

Min erfaring er at det er et stort behov for å sette fokus på psykisk helse i ungdomstiden. Jeg ønsker derfor i denne studien å utforske hvordan ungdommene selv erfarer nytten av det tilbudet som blir gitt dem i videregående skole. Det å bruke skolen som arena for forebyggende og helsefremmende arbeid krever tid og ressurser og høy grad av involvering og engasjement fra elever og skolens ansatte. Der er viktig at intervensjonene som blir gjennomført er av betydning for elevene. Evalueringsskjemaene som elevene fyller ut på slutten av intervensjonen gir en pekepinn på hva de mener om skoleprogrammet VIP, men gir ingen dypere forståelse av ungdommenes erfaringer rundt temaet «psykisk helse» i skolen. Hensikten med denne studien er ikke å evaluere selve gjennomføringen av VIP – programmet, eller effekten av intervensjonen. I denne studien ønsker jeg og åpent utforske ungdommenes erfaring, som da leder frem til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har ungdommer rundt temaet psykiske helse og det tilbudet som blir gitt dem i videregående skole, gjennom VIP – programmet?

Denne problemstillingen belyses gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver ungdommene kunnskaper, forståelse og holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser?
2. Hvilken erfaring har ungdommer med skoleprogrammet VIP - veiledning og informasjon om psykisk helse?

Denne kunnskapen vil jeg innhente ved å intervju ungdommer som har deltatt i skoleprogrammet VIP. Hvordan ungdommer forstår og tenker om psykisk helse kan være av betydning for å forbedre eksisterende programmer, utvikle nye programmer og øke forståelse for betydningen av helsefremmende og forebyggende programmer i skolen.

1.3 Videre oppbygning av oppgaven

Videre i dette kapitlet vil jeg presentere «psykiske helse i skolen» med hovedvekt på VIP – programmet. Jeg vil så presentere aktuell litteratur som belyser det og være ung knyttet opp mot psykisk helse. Til slutt i kapitlet vil sentrale begreper for oppgaven bli presentert.

I kapittel 2 presenteres aktuell litteratur. Her vil jeg beskrive teorigrunnlaget for VIP programmet som også er sentral for min studie. Jeg vil videre beskrive annen relevant teori som jeg anser som relevant for å belyse problemstillingen.

I kapittel 3 presenteres norsk og internasjonal forskning som er aktuell i forhold til problemstillingen.

I kapittel 4 reflekterer jeg først rundt den vitenskapelige forankring denne oppgaven kan forstås ut fra. Videre presenteres metoden som er valgt og den praktiske gjennomføring av undersøkelsen. Ethiske og metodiske refleksjoner vil også bli belyst.

I kapittel 5 presenteres studiens funn. Resultatene vil bli presentert i hovedtemaer med tilhørende undertemaer. Temaene som blir presentert har jeg ansett som mest sentrale for å belyse studiens problemstilling.

I kapittel 6 drøftes studienes funn i lys av tidligere forskning og aktuell teoretisk tilnærming og egne refleksjoner.

I kapittel 7 oppsummeres oppgaven. Metodekritikk, forslag til videre forskning og mulig betydning for praksis blir presentert

1.4 "Psykisk helse i skolen"

«Psykisk helse i skolen» er en nasjonal satsing (2004 -2008) på opplæringsprogrammer for elever på ungdomsskoler og videregående skoler. «Psykisk helse i skolen» skal styrke barn og unges Mental Health Literacy, som kort kan beskrives som den enkeltes kunnskaper og oppfatninger om psykiske problemer og lidelser.(Jorm, 2000). Dette begrepet vil bli nærmere utdypet under punkt 2.1: Aktuell teori. Satsningen er et resultat av samarbeid mellom Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, og fem ulike organisasjoner: Mental Helse, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Rådet for psykisk helse, Sykehuset Asker og Bærum HF og Voksne for Barn. Programmene er forankret i Strategi for læringsmiljø i grunnopplæringen, Prinsipper for opplæringen i Kunnskapsløftet, Opplæringsloven § 9A, Manifest mot mobbing, Regjeringens strategiplan for barn og unge;

Sammen om psykisk helse (2003) og Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008. (Lien, 2012)

Psykisk helse i skolen har tre programmer som retter seg mot elever i videregående skole. Venn 1, Drømmeskolen og VIP- veiledning og informasjon om psykisk helse. Det finnes flere andre helsefremmende og forebyggende programmer, som ikke er en del av denne satsningen, som blir gjennomført på videregående skoler i Norge.

1.4.1 Skoleprogrammet VIP - veiledning og informasjon om psykisk helse

VIP - Veiledning og Informasjon om Psykisk helse er et forebyggende og helsefremmende program rettet mot elever i 1. klasse på videregående skole. VIP startet opp i år 2000 etter et initiativ fra Brukerrådet på Blakstad sykehus. Bakgrunnen var at unge brukere mente at om de hadde hatt kunnskaper om psykiske problemer/lidelser og kjennskap til hvor de kunne søke hjelp før de ble syke kunne de ha taklet problemene bedre og søkt hjelp tidligere. Det ble etablert en prosjektgruppe bestående av en bruker, en representant fra Mental helse, psykolog, lege, sykepleier, opplæringsleder, prosjektleder og representanter fra skole og helseetater i 1. og 2. linjetjenesten. De arbeidet frem intervensjonens form, struktur og materiell. Programmet har siden blitt revidert og videreutviklet på bakgrunn av erfaringer og evalueringer (Lien, 2012). I samarbeid med Helsedirektoratet driftes programmet av Lærings- og Mestringscenteret, Vestre Viken H. De holder oppstartkonferanser og opplæring av VIP koordinatorene i hele landet.

I 2005 ble VIP en del av den nasjonale satsningen "Psykisk helse i skole", og ble i skoleåret 2011/12 gjennomført på 148 videregående skoler i hele landet (Lien, 2012). Det er inngått et samarbeid med Fylkesmannen der Fylkesmannen skal være pådriver for at programmet blir en del skolens arbeid. Det er likevel opp til den enkelte skole (rektors styringsrett) å avgjøre om de ønsker å gjennomføre programmet.

VIP programmet har et helsefremmende og forebyggende fokus med en universell tilnærming. Disse begrepene blir utdypet under punkt 1.6, begrepsavklaringer. Målet med intervensjonen er å oppnå noe for elever med begynnende plager, men også at "friske" ungdommer skal lære noe om seg selv og sine medmennesker.

VIP – programmet har en klar målsetning:

- Hovedmål

Gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.

- Delmål

Elevenes forhold til psykiske problemer og lidelser skal avmystifiseres og gjøres mer alminnelig. De skal lære mer om psykiske helse generelt, og få økt forståelse for det normale og alminnelige i det å ha psykiske problemer.

Elevene skal lære å kjenne signaler på psykiske problemer hos seg selv og sine medelever, og de skal lære å bli mer oppmerksomme på sine egne følelser.

Lærere, rådgivere og helsepersonell i skolen skal få økte muligheter til å kunne oppdage problemer hos elevene på et tidlig tidspunkt for deretter å kunne sette i verk egnede tiltak (Lien, 2012).

Gjennomføring av VIP - programmet

Gjennomføringen av VIP – programmet består av fem faser og det anbefales at skolene oppretter en koordinator som kan ta hovedansvar for intervensjonen. Programmet bygger på teorier om Salutogenese, Resiliens og Empowerment, hvor styrking av elevenes mestring og motstandskraft står i sentralt. VIP- programmet skal gi læreren mulighet til å påvirke beskyttelsesfaktorer rundt den enkelte elev. Gjennom psykoedukasjon skal elevene gis innsikt i egen psykisk helse og økt forståelse for psykiske problemer og lidelser. VIP - programmet ønsker å bidra til å øke evnene til å finne mulige løsninger og støtte i aktuelt hjelpeapparat. Tidlig intervensjon er av betydning for god prognose og VIP skal hjelpe med å oppdage og møte elever som strever psykisk. Kontaktlæreren har en viktig og sentral rolle i alle fasene av programmet.

Før førstegangs gjennomføring av VIP - programmet deltar lærere og andre involverte på en opplæringskonferanse i regi av Lærings- og Mestringssenteret, Vestre Viken HF (1dag). Her får de informasjon om programmet og opplæring i hvordan det kan gjennomføres. Det legges vekt på lærerens unike rolle i forhold til å positivt kunne påvirke elevens selvbylde og opplevelse av mestring. Videre fremheves betydningen av god kommunikasjon og det å lytte til ungdommens opplevelse av skolehverdagen. Fra år 2 med VIP – programmet er den enkelte skole selv ansvarlig for oppstartsmøte med felles forberedelser og erfaringsutveksling mellom kontaktlærer og involverte fra helsetjenesten.

Andre fase (2 timer) er et samarbeidsmøte mellom lærere og helsepersonell som deltar i gjennomføringen av programmet. Her gjennomgås elevheftet og lærerveiledningsheftet. Det legges vekt på at lærere ikke opptre som fagperson, men har en holdning som viser at dette er et tema som er viktig å jobbe med i klassen.

I tredje fase (3 timer), som foregår i klasserommet, arbeides det med temaet psykisk helse med utgangspunkt i elevheftene. Kontaktlærer er ansvarlig for denne gjennomføringen og i tillegg til faktainformasjon og filmer er det laget caseoppgaver slik at elevene selv kan jobbe aktivt med stoffet. Det ses som viktig at elevene selv kan arbeide med temaer innen psykiske helse som de er interessert i og at de kan drøfte dette med medelever og lærer. Elevene oppfordres til å skrive ned spørsmål, som de ønsker svar på fra fagpersonellet som kommer på besøk i klassen 1 til 2 uker etter fase tre.

I fjerde fase får hver klasse besøk av fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse sammen med skolens helsesøster. Innholdet i dialogen styres av temaer elevene ønsker å ta opp. Spørsmålene elevene har skrevet ned blir besvart og det blir informert om hvilket tilbud som finnes i nærmiljøet og hvordan de kan søke hjelp. Elevene kan også ta kontakt rett etter gjennomføring i klassen for eventuell oppfølging. Kontaktlærer deltar i timene.

I siste fase evaluerer elevene og lærerne tiltaket. Elevene svarer på et ferdig utarbeidet evalueringsskjema. VIP sentralt gir ut et verktøy for registrering og oppsummering av evalueringen. Lærere og andre involverte samles til et evalueringsmøte hvor oppsummeringen av elevresultatene deles og drøftes (Lien , 2012).

1.4.2 Andre skoleprogrammer rettet mot elever i videregående skole

I tillegg til VIP er det to programmer i satsningen "Psykisk helse i skolen" som retter seg mot elever i videregående skole. Jeg vil kort presentere disse to for å gi en oversikt over det arbeidet som gjøres i videregående skole i forhold til psykisk helse.

Venn1.no er et program utviklet av Mental Helse, som er en bruker- og sosialpolitisk interesseorganisasjon. Programmet henvender seg til elever på vg2/3 og det er en fordel om de har gjennomført VIP programmet på vg1. Målet for Venn1.no er å øke kunnskapen blant ungdommer om psykiske problemer, skape mer åpenhet og forebygge fordommer. Videre er målet at ungdommer vet hvor de kan søke hjelp og hvordan de kan være venn med en som har det vanskelig. (Mental Helse Norge 2006 s. 7)

Elevene gjennomgår en basispakke på 3 sammenhengende skoletimer som gjennomføres av en prosessansvarlig (lærer/helsesøster) med opplæring av Mental helse, og en ungdomskontakt fra Mental Helse som bidrar med egne erfaringer og informasjon om psykisk helse. Etter gjennomført basispakke kan skolen velge å gå videre med to andre tiltak, firkløver og A til Å-pakken. Firkløver knytter gjennom et undervisningsopplegg psykisk helse til fagene norsk, samfunnslære, kroppsøving og engelsk. A til Å-pakken gjennomføres som en prosjektuke rundt temaet *mental helse og samfunnet*, hvor resultatet legges frem på et foreldremøte. Mental Helse opplyser at *venn 1* ble gjennomført på 65 skoler i 2010/11. Til sammenligning ble det i 2007/2008 gjennomført på 23 skoler.

STEP- ungdom møter ungdom er også et program for elever i videregående skole. Programmet er utviklet av Voksne for Barn som er en ideell medlemsorganisasjon som arbeider for å ivareta barn og unges psykiske helse. Voksne for barn har i disse dager videreutviklet og spisset STEP til det som nå kalles Drømmeskolen. Siden Drømmeskolen nettopp er tatt i bruk finnes det ikke noen forskning/evaluering av dette prosjektet derfor velger jeg å presentere STEP- programmet.

STEP er et forbyggende program som skal bidra til å styrke det psykososiale miljøet på skolen hvor det fokuserer på elevenes tilhørighet, delaktighet og motivasjon. Det å være STEP – ungdom er frivillig, og de rekrutteres til å bli samtalepartnere og kunne bistå jevnaldrende og yngre ungdommer. STEP – ungdom får opplæring og veiledning fra helsesøster, rådgiver eller andre ressurspersoner og skal gjennom opplæringen bli mer bevisst på kommunikasjon og temaer som er aktuelle for ungdommer. Tiltaket gjennomføres hele skoleåret. (Voksne for Barn, 2007)

1.5. Ungdom og psykisk helse

Ungdommer på videregående skole er i en alder hvor det skjer mange endringer både biologisk, kognitivt og psykologisk. Forskning har vist at hjernen ikke er ferdig utviklet før i slutten av tenårene og midten av tjuårene. Dette kan vanskeliggjøre abstrakt tenkning som kan medføre at ungdommene ikke nødvendigvis ser sammenhenger og konsekvenser av sine valg (Bunkholdt, 2000). Andre kjennetegn ved ungdomstiden er betydningen av å være lik venner, tilhøre sosiale nettverk å få aksept for den man er. Hvordan andre oppfatter dem er viktig for ungdommer, og de er derfor vare for hendelser og kommentarer som kan virke sårende (Bunkholdt, 2000). Ungdomstiden er en sårbar alder, men også viktig for å forebygge, behandle og mestre sykdom. Helseutfordringer kan påvirke deltagelse i sosiale

nettverk og aktiviteter og kan være alvorlig for ungdom med tanke på at venner er svært viktig i denne tiden (Rajka, 2011).

Som nevnt innledningsvis er det så mange som 15 – 20 % av barn og unge som sliter med utfordringer knyttet til psykisk helse og hele 8 % av disse har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Major et. al., 2011). I følge Haavet (2005), er depresjon den lidelsen som i størst grad rammer og påvirker ungdommers utvikling. Det er mange forhold som har betydning for utvikling av ungdommers psykiske helse. I Folkehelseinstituttets rapport "Bedre føre var..." pekes det på risikofaktorer i miljøet som er av betydning for utvikling av barn og unges psykiske helse/lidelse. Disse faktorene er foreldre som er psykisk syke, rusmisbrukere eller voldelige, eller det å selv være flyktning, ha traumatiske opplevelser, ikke fullført skolen, være sosialt isolert eller utsatt for overgrep eller omsorgssvikt. Som rapporten påpeker er risikofaktorer hos individet selv manglende opplevelse av kontroll og mestring, lav selvfølelse, sårbar personlighet, somatisk sykdom og helsefarlig livsstil (Major et. al., 2011). Det understrekes i rapporten at 80 – 90 % av barn og unge med høyt symptomnivå kommer fra "vanlige familier" som er velfungerende uten kjennetegn på risiko og som har tilstrekkelige sosiale ressurser. Perioder med belastning og stress er normalt i alle familier og det viser seg at konfliktfylte forhold mellom foreldre, belastende livshendelser eller at foreldrene har psykiske problemer øker sannsynligheten for å utvikle symptomer (Major et. al., 2011. s 19).

I likhet med faktorer som er en risiko for utvikling av psykiske lidelser er det og viktig å se på faktorer som beskytter mot utvikling av psykiske lidelser, beskyttelsesfaktorer. Slike faktorer i miljøet er iflg. Major et. al. (2011) sosial kapital og integrering, kontroll over egen livssituasjon og mulighet til utfoldelse, sosial støtte og aktivisering. Beskyttende faktorer hos individet er individuelle mestringsressurser og positive temperamentstrekk.

Ungdom har mindre erfaring enn voksne i hva de kan søke hjelp for og ikke. De vet i mindre grad hva som er normalt og hva som er unormalt, og usynlige helseutfordringer med diffuse symptomer kan det være vanskelig å be om hjelp til. Ønsket om å være normal og lik sine venner og å unngå stigma er faktorer som kan hindre unge i å søke hjelp ved psykiske problemer. Blant ungdom er det fortsatt knyttet stigma til det å ha psykiske lidelser (Haavet, 2005). Det å hjelpe ungdom, kan i første omgang være å hjelpe noen som ikke ønsker hjelp eller ikke innser selv at de trenger hjelp. De er opptatt av hva som er intensjonen med hjelpen og hva de kan risikere ved å ta imot hjelp. Selv i en hjelpetrengende situasjon er opptatt å bevare sin integritet og posisjon (Haavet,2005).

Det viser seg at svært mange ungdommer med betydelige psykiske plager ikke blir fanget opp av lærere i skolen. Det er en sterk sammenheng mellom den støtte ungdommene får fra

læreren og hvordan de opplever trivsel og fungering i sin skolehverdag. En god oppfølging og støtte viser seg å være svært viktig i forhold til å forebygge psykiske plager blant ungdommer (Helland og Mathiesen 2009).

Rapporten fra folkehelseinstituttet, *Psykiske lidelser i Norge*, viser at symptombelastningen stiger og endres med økende alder, forekomsten av emosjonelle lidelser dobles, spesielt angst og depresjon, mens adferdsforstyrrelsene reduseres etter puberteten. Internasjonale studier tyder på 15 % av ungdommer har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Mykletun et. al., 2009). Disse tallene stemmer godt med funnene i en studie gjennomført blant 4046 Norske ungdommer i aldersgruppen 16 – 19 år fordelt på 45 videregående skoler hvor det bl.a. ble sett på forekomst av selvrapporterte psykiske vansker. Der rapporterte 19 % av jentene og 9 % av guttene at de hadde moderate til alvorlige følelsesmessige problemer, mens 21 % av jentene og 16 % av guttene svarte at de hadde konsentrasjonsproblemer. (Andersson et.al., 2010:1).

1.6 Begrepsavklaringer

Psykisk helse, psykiske lidelser, psykiske problemer, helsefremmende arbeid, forebyggende arbeid og læring er sentrale begreper i denne studien. Jeg vil her utdype hvilken teori jeg legger til grunn for min forståelse av begrepene.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse på følgende måte: "Mental health is not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community." Denne definisjonen beskriver på mange måter hva god psykisk helse er og ikke kapasiteten psykisk helse. Kapasiteten psykisk helse, kan slik jeg ser det, beskrives som de faktorer som påvirker og har betydning for menneskets bevegelse på et kontinuum mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2012) Jeg velger å ta med Andersens forståelse av begrepet psykisk helse siden han, slik jeg ser det beskriver kapasiteten psykisk helse: "det enkeltes individs mentale kapasitet for å realisere sine muligheter, og håndtere normale stress- situasjoner i livet. Dette omfatter individets kapasitet eller evne til deltagelse i arbeid på en fruktbar og produktiv måte og muligheten til å bidra ovenfor andre og i samfunnet ellers" (Andersen, 2011:16)

Psykiske problemer og psykiske lidelser er sentrale begreper i VIP programmet. Jeg velger i denne studien å forholde meg til de definisjonene som blir benyttet i programmet slik at det

blir et samsvar mellom min forståelse og den forståelsen som blir formidlet gjennom VIP - programmet. Psykiske problemer blir definert som problemer som gir høy symptombelastning, men ikke så høy belastning at det kan karakteriseres som en diagnose. Det kan være vanlige reaksjoner på vanskelige livssituasjoner. Psykiske lidelser referer til en symptombelastning som er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose. Man er da behandlingstrengende. (Lien, 2012)

Helsefremmende arbeid defineres av WHO som «den prosess som setter folk bedre i stand til å få økt kontroll over og forbedre og bevare sin helse» (Ottawa – charteret; WHO, 1986). Helsefremmende intervensjoner knyttet opp mot psykisk helse har som mål å bedre den psykiske helsen ved for eksempel å øke graden av mestring, selvbilde og velvære, og å øke evnen til å takle motgang og belastninger. Det kan også være tilrettelegging av støttende faktorer i miljøet for å øke livskvalitet og trivsel. (Major et. Al, 2011)

Forebygging er de tiltakene som settes i verk for å forhindre at uønskede tilstander eller hendelser skal opptre (Andersen, 2011). Sykdomsforebyggende arbeid har som mål å forebygge sykdom ved å redusere kjente risikofaktorer hos personen det gjelder eller i miljøet rundt. Det er altså de tiltak som settes i verk før diagnostiserbar sykdom eller høyt symptomnivå har oppstått. Sykdomsforebyggende arbeid kan deles inn i universell, selektiv og indikativ forebygging. Universell (befolkningsrettet) forebygging er rettet mot hele befolkningsgrupper uten spesielt definert risiko og kan komme alle til gode. Tiltakene har gjerne små effekter for den enkelte men stor effekt for samfunnet. Selektiv (grupperettet) forebygging rettes mot grupper som har en kjent risiko vurdert på grunnlag av både individbaserte og miljøbaserte helsedeterminanter. Tiltaket kan ha god effekt på den enkelte og gruppen. Indikativ (individrettet) forebygging er rettet mot individer med høy sykdomsrisiko eller symptomnivå og kan ha god effekt på den enkelte men har liten betydning for folkehelsen siden det er bare de med høy risiko eller symptomer som får tilbudet. (Major et. al., 2011)

Læring defineres ofte som endring i adferd, og som den prosessen som foregår når individet tilegner seg kunnskaper, egenskaper og holdninger, enten i et tradisjonelt adferds perspektiv eller i kognitivt perspektiv (Asbjørnsen et. al., 1999, s. 70). En slik definisjon peker på det komplekse i en læringsprosess. Dette kan ytterligere kompliseres ved at ungdommene har mindre erfaringer knyttet til temaet de skal lære noe om, samt at de utfordres i forhold til deres uferdige kognitive utvikling. Læring er en prosess som foregår i den enkelte og som krever aktivitet, en aktivitet som kan stimuleres ved valg av tema og formidling. I tillegg til en indre prosess er også læring en prosess i samspill med omgivelsene (Illeris, 2006, s.16).

Erfaringslæring kan betraktes som sosial læring, dvs læring som bidrar til at ungdommene får selvinnsikt og lærer om seg selv i forhold til andre. Ved at ungdommene diskuterer egne erfaringer og tanker i lys av andres erfaringer og teori kan de øke sin forståelse og kunnskap. Ved erfaringsbasert læring er dermed refleksjon sentralt og nøkkelen til å utvikle og endre denne meningen eller forståelsen (Lauvås og Handal, 2000).

2.0 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere aktuell teori. Teorigrunnlaget for VIP – programmet, sammen med teorier som har vist seg gjennom forskningsprosessen å være aktuelle for å belyse problemstillingen, danner den teoretiske rammen for denne oppgaven.

2.2 Teorigrunnlaget for skoleprogrammet VIP

Jeg vil her presentere teorier om salutogenese, empowerment og resilies, som sammen utgjør teorigrunnlaget for skoleprogrammet VIP (Lien, 2012).

Salutogenese

Den teoretiske modellen om salutogenese ble utviklet av den israelske professoren Aron Antonovsky på 80 tallet som en motvekt til patogenesen. Ordet salutogenese kommer fra det latinske ordet saluto som betyr helse, og det greske ordet genesis som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Teorien om salutogenese defineres helse som et kontinuum (graden av helse), med fokus på faktorer som kan føre til høyere grad av helse. Videre fokuserer teorien på personens historie med vekt på mestringsevnen i historien. Salutogenese vektlegger også aktiv adaptasjon (skreddersyng) i behandlingen (Antonovsky, 2012).

Et sentralt begrep i Antonovskys teori er "Sense of Coherence" (SOC). Det avgjørende for en persons grad av mestring, helse og velvære er hans/hennes opplevelse av sammenheng i tilværelsen. For å oppnå denne sammenhengen (SOC) må personen forstå situasjonen (forståelighet), ha tro på at han/hun har de nødvendige ressursene som skal til for å finne frem til løsninger (håndterbarhet) og oppleve utfordringene motiverende, verd investering og engasjement (mening). SOC henger sammen med personens generelle motstandsressurser (GMR). Generell motstandsressurs er det ved personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning i krevende situasjoner. Desto større personlige og kollektive motstandsressurs han/hun potensielt opplever å ha tilgjengelig og kan anvende, jo bedre SOC. Kultur, sosial støtte, fysiske ressurser, religion, kontroll, egoidentitet, mestringsstrategier og kognitive ressurser er eksempler på motstandsressurser, hvor egoidentitet og sosial støtte med nære emosjonelle bånd blir sett på som spesielt viktige (Antonovsky, 2012).

Antonovsky anbefaler at SOC (sense of coherence) blir brukt veiledende i forebyggende og helsefremmede programmer slik at de som deltar kan forstå sin situasjon, øke troen på at de har ressurser til å finne løsninger og at de finner mening i å prøve (Antonovsky, 1996).

Empowerment

Begrepet Empowerment ble introdusert i USA på 1960 – tallet med utspring i frigjøringsbevegelser for svakstilte grupper. Uavhengig av meningsinnhold bygger begrepet på et positivt menneskesyn, hvor menneske forstås som aktivt handlende for sitt eget beste hvis forholdene blir tilrettelagt. Ordet "power" kan bety både styrke, kraft og makt. I empowerment begrepet ligger det en forståelse av at mennesker som er i en avmaktssituasjon skal opparbeide seg styrke og kraft og komme seg ut av avmaktssituasjonen (Askheim og Starrin, 2007).

I et folkehelseperspektiv betyr empowerment at menneske ut fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og finner sine egne løsninger i fellesskap med andre. Empowerment defineres som en prosess hvor det skjer viktige endringer med deltagerne underveis og i folkehelsemeldingen understrekes det at lokalsamfunnet er den viktigste arenaen for å vinne kontroll over forhold som påvirker folkehelsen:

"Empowerment retter seg mot denne mangelen på kontroll ved å fremme deltagelse i aktiviteter i lokalsamfunnet, styrke følelsen av tilhørighet i lokalsamfunnets sosiale nettverk, og ved en tro hos folk på at de kan kontrollere sin egen verden. På denne måten vil empowerment også lede til sosial og miljømessig endring" (NOU 1998:16).

Resiliens

Resiliens er en fornorsket form av "resilience" og blir ofte oversatt med begrepene motstandskraft og mestring. Resiliens handler om menneskers evne til normal psykososiale fungering til tross for opplevelse av unormale forhold/risiko. Barn reagerer individuelt på stress eller risiko og resiliens dreier seg om å handle "riktig" i disse situasjonene og bestemmende for utfallet et kompleks samspill mellom barnet og de risikofylte omgivelsene. (Borge, 2010).

I resiliensforskningen fokuseres det mye på å identifisere beskyttelsesfaktorer. Sosial kompetanse, god intellektuell fungering, lett temperament, tiltro til egne muligheter for å løse oppgaver, egenverd, talenter, opplevelse av mening, nære relasjoner til omsorgspersoner og sosioøkonomiske fordeler viser seg å være faktorer som virker beskyttende under belastning (Major et al., 2011). I forebyggende intervensjoner bidrar resiliensbegrepet til økt fokus på ressurser og styrking av beskyttelsesfaktorer. utfordringer er å få kunnskaper om hvilke faktorer som virker for hvilke barn/ungdom i ulike risikosituasjoner (ibid).

2.2 Annen aktuell teori

Teorier om mental health literacy, stigmatisering og relasjonskompetanse har vist seg gjennom forskningsprosessen å være aktuelle for å belyse problemstillingen. Disse teoriene vil bli presentert her.

2.2.1 Mental health literacy

Begrepet *mental health literacy* kan kort beskrives som den enkeltes kunnskaper, oppfatninger og holdninger til psykisk helse, problemer og lidelser. Den allmenne kunnskapen om og holdningen til psykisk problemer/lidelser kan være avgjørende for om man gjenkjenner symptomer og søker hjelp (Jorm, 2000).

Mental health literacy kan ses på som en utvidelse av begrepet *health literacy* som Pettersen (2003, 2009) har oversatt til helsefremmende allmenndannelse. Helsefremmende allmenndannelse innebærer den enkeltes evne og mulighet til å få tilgang til basal helsekunnskap. Det handler også om å forstå, bruke og kritisk vurdere helseinformasjon for å fremme og opprettholde god helse. Det er allment akseptert at kunnskaper om forebygging og behandling av fysiske skader og sykdommer gir store helsegevinster. Denne type kunnskap har ikke fått samme oppmerksomhet når det gjelder psykisk problemer og lidelser (Finsbråten og Pettersen, 2009).

Den australske forskeren Jorm og hans kollegaer introdusert begrepet *mental health literacy* ble på slutten av 90 – tallet av. Mental health literacy består av flere komponenter og for å definere begrepet og gi en bredere forståelse av innholdet av begrepet har Jorm (2000) delt det i seks deler. 1. Evnen til å gjenkjenne problemer og lidelser. Manglende evne til å kjenne igjen symptomer på psykiske problemer/lidelser kan føre til at man ikke søker hjelp. Hvis man søker hjelp kan manglende bruk av «riktige beskrivelser» føre til at hjelpeapparatet ikke oppfatter det som psykiske problemer/lidelser. 2. Kunnskap og oppfatninger om risikofaktorer og årsaker. Hvilken oppfatning man har om risikofaktorer og årsaker kan ha betydning for om man søker hjelp og hvilken hjelp man søker. 3. Kunnskap og oppfatninger av hjelp til selvhjelp. Det viser seg at et mindretall av de som oppfyller diagnosekriteriene søker profesjonell hjelp. Det er av betydning at man har kunnskaper om hvordan man kan hjelpe seg selv og andre. De vanligste selvhjelpsintervensjonene er støtte fra familie og venner, delta i positive aktiviteter og fysisk aktivitet. 4. Kunnskap og oppfatninger om tilgjengelig profesjonell hjelp. Hvordan samfunnet og den enkelte ser på hjelpeapparatet og hvilken tro man har på om de kan hjelpe er av betydning for om man søker hjelp. Man kan ha for stor tro på eller for liten tro på hjelpeapparatet. Det viser seg å være virkningsfullt at andre personer anbefaler den med psykiske symptomer å søke hjelp. Det er et klart skille mellom

hjelpeapparatet og allmenhetens oppfatninger om psykiske plager og lidelser. De profesjonelle har spisskompetanse som er basert på vitenskapelig dokumentasjon mens allmenheten bygger sine oppfatninger på personlige og andres erfaringer, medieoppslag og pålitelige kilder.5. Holdninger som gjør en i stand til å oppdage psykiske lidelser og søke riktig hjelp. Det er stigma knyttet til det å ha psykiske lidelser, dette kan være et hinder for å søke hjelp. Selv det å oppsøke hjelpeapparatet kan for mange oppleves som skamfullt siden de er redde for hvordan de vil bli oppfattet. 6. Kunnskap om hvordan man kan søke informasjon om psykisk helse. Det finnes mang kilder til kunnskap om psykisk helse, bøker, nettsteder, intervensjoner, blader, brosjyrer, media, bekjente med psykiske lidelser/problemer, tv, kino... Utdfordringen er å søke kilder som er av god kvalitet og som ikke er misvisende, media for eksempel har en tendens til og bare fokusere på negative sider (Jorm, 2000).

Når en person opplever symptomer på psykiske lidelser enten hos seg selv eller hos andre, vil personen selv vil være den sentrale i å lindre sine symptomer. Det profesjonelle hjelpeapparatet vil bare være en av mange strategier personen prøver for å håndtere dette. Den enkeltes *Mental health literacy* vil påvirke hvordan man håndterer symptomene, det er derfor av betydning å øke allmenhetens og den enkeltes Mental health literay, for å være bedre rustet til å oppdage, mestre og forebygge psykisk problemer/lidelser (Jorm, 2000).

2.2.2 Holdninger til psykiske problemer/lidelser

Samfunnets og den enkeltes syn på psykiske lidelser har gjennom tidene vært preget av negative holdninger. Historisk sett har psykiske lidelser blitt sett på som uhelbredelige og skamfulle tilstander (St. meld. nr. 25, 1996-97). Selv om det i opptrappingsplanen for psykiske helse (1999-2008) ble uttrykt et behov for ny forståelse og endring av holdninger til mennesker med psykiske lidelser viser det seg fortsatt å være en del tabu og stigmatisering knyttet til dette hos ungdom (Andersson et.al., 2010:1).

Stigmatisering

Stigmatisering er et komplekst begrep og sosiolog Erving Goffmans forståelse blir ofte benyttet for å beskrive begrepet. I det som har blitt et klassisk verk; "Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity" (Goffman, 1963), sier han at stigmatisering er å tillegge individet en negativ egenskap på bakgrunn av et bestemt kjennetegn som er dypt diskrediterende, et «stigma». Det relasjonelle har stor betydning når man skal definere noe som et stigma. Dette forklarer han ved at den samme egenskap kan være stigmatiserende for den ene mens for den andre kan det være bekreftelse på normalitet. Hvilke egenskaper som forstås som diskrediterende vil variere siden det i alt sosialt liv foreligger normer for hva

som defineres som normalt og hva som oppfattes som det motsatte, altså et spørsmål om perspektiv og ikke virkelighet (Goffman, 1963).

Corrigan og Watson (2002) trekker inn begrepet offentlig stigma som kan forstås som de reaksjonene allmennheten viser mot en gruppe basert på stigma om denne gruppen. I vårt samfunn er det vanlig å skille mellom grupper med forskjellige egenskaper og i de fleste tilfeller er dette uproblematisk, det blir først problematisk når det fører til en sosial seleksjon av hvilke menneskelige kvaliteter som skal aksepteres. Denne merkingen blir et skille mellom «oss» og «dem» som kan føre til en oppfattelse av at «de» er fundamentalt forskjellige fra «oss» og at «de» er sin merking, sitt stigma. I motsetning til mange andre stigmatiserte grupper er ofte ikke psykiske problemer/lidelser et synlig stigma, men så fort man søker hjelp i det offentlige hjelpeapparatet blir det en synlig etikett (Corrigan og Watson, 2002). En diagnose innen psykisk helse kan fort bli en merking som kan redusere hele mennesket til en kategori. Man blir en diagnose, «engstelig, depressiv, schizofren, man blir en av «dem» og ikke en av «oss» (Rusch, et al. 2005). I følge Corrigan et.al. (2000) synes det som mennesker med psykiske lidelser i større grad enn mennesker med fysiske sykdommer blir sett på som ansvarlige for selv å forårsake sine lidelser.

Selvstigmatisering

Corrigan og Watson (2002) beskriver selv-stigma som en internalisering av denne offentlige stigma, en internalisering av skam, håpløshet, skyld og forbundet med psykiske lidelser. Det er en prosess, enten bevisst eller ubevisst, der personen med psykiske lidelser aksepterer redusert forventningene både for og av seg selv. Selvstigma kan kort beskrives som fordommer som mennesker med psykiske lidelser vender mot seg selv.

Personer som befinner seg i en stigmatisert gruppen reagerer svært forskjellig på det offentlige stigma. Corrigan og Watson (2002) fokuserer på tre mulige reaksjoner på denne situasjonen; lav selvfølelse /mestringstro, berettiget sinne (righteous anger) og likegyldighet. Ikke alle utvikler lav selvfølelse som følge av å være utsatt for stigma, men de som opplever denne diskrimineringen som legitim viser seg ofte å ha lav selvfølelse og lav mestringstro. De menneskene som reagerer på den offentlige stigma med sinne og ser på det som urettferdig/urimelig og i tillegg identifiserer seg med gruppen av psykisk syke vil reagere med empowerment og motstand og selvfølelsen antas å være intakt. De som ikke identifiserer seg med gruppen av psykisk syke vil ofte være likegyldige til stigma siden de ikke tror at det offentlige stigma er rettet mot dem (Corrigan og Watson, 2002, Rusch et al. 2005).

Teoretisk sett kan man si at offentlig stigma og selvstigma består av tre deler; en kognitive, en affektiv og en atferdsmessig komponent, her vist i tabell 1.

Offentlig stigma	Selvstigma
Kognitiv Stereotype <ul style="list-style-type: none"> Negativ oppfatninger av en gruppe som for eksempel inkompetente, farlige, svak karakter Fordommer	Kognitiv Stereotype <ul style="list-style-type: none"> Negativ oppfatninger av seg selv som for eksempel inkompetent, farlig, svak karakter
Affektiv Fordommer <ul style="list-style-type: none"> Negative følelsesmessige reaksjoner som aversjon, frykt, skam, aggresjon, forlegenhet 	Affektiv Fordommer <ul style="list-style-type: none"> Negativ følelsesmessig reaksjon som lav selvfølelse og lavt selvbilde
Atferd Diskriminere <ul style="list-style-type: none"> For eksempel, unngå personen, tilbakeholde muligheter for jobb og bolig, holde tilbake hjelp 	Atferd Diskriminere <ul style="list-style-type: none"> Trekke seg fra fellesskapet, unnlata å følge opp arbeid og bolig, unnlata å søke hjelp
(Byrne, 2000, Corrigan og Watson, 2002)	

Stereotypier inneholder felles meninger om en gruppe mennesker og er en effektiv måte å kategorisere informasjon om ulike grupper og gir et raskt inntrykk og forventning til personer som tilhører gruppen. Man trenger ikke være enig i de stereotypiene man er klar over, men personer med fordomsfulle holdninger vil støtte opp om de negativ stereotypiene. Disse fordommene kan føre til en diskriminerende atferd. I tillegg til stereotype oppfatninger og fordommer er sosial, økonomisk og politisk makt en forutsetning for stigmatisering (Rusch et.al., 2005).

I følge sosialpsykologisk litteratur er det i hovedsak tre tilnærminger som blir benyttet for å redusere stigma, protest, utdanning og kontakt. Protest handler om å hindre stigmatiserende atferd og stoppe uttalelser og medieoppslag som sprer direkte eller indirekte feil informasjon om psykiske lidelser og psykisk helsefeltet. Protest har vist seg å ha liten effekt på å endre folks holdninger og er mest nyttig for å redusere stigmatisering fra det offentlige. Utdanning som forbedrer mental health literacy ved å utfordre mytene rundt psykiske lidelser i kombinasjon med faktakunnskap om psykiske helse og lidelser viser seg å være effektivt for å redusere stigma. Kontakt handler om å redusere negative holdninger gjennom direkte kontakt med mennesker som har psykiske problemer eller lidelser. Kontakt viser seg å være den mest lovende tilnærmingen for å redusere stigma spesielt i kombinasjon med utdanning (Rusch et al., 2005).

2.3.3 Relasjonskompetanse

En læreres relasjonskompetanse vil ha betydning for samspillet mellom lærer og elev. Linder og Mortensen definerer profesjonell relasjonskompetanse som «evnen til å etablere, fastholde, og avvikle kontakt, og ut fra denne kontakten ta ansvar for å skape et utviklingsstøttende og lærende samspill» (Linder og Mortensen 2006, s.60). Begrepet handler altså om å forstå og samhandle med andre på en måte som ivaretar den andre, det handler også om å forstå det som skjer i samhandlingen. Disse kvalifikasjonene gjenspeiler seg i alle handlingselementene til en lærer og utgjør sammen med kunnskaper og ferdigheter den samlede yrkeskompetansen (Røkenes og Hanssen, 2012).

Anerkjennelse er av betydning for en god lærer – elev relasjon og forutsetter et gjensidig og likeverdig mellommenneskelig forhold der læreren forstår, lytter bekrefter og aksepterer eleven. I kraft av sin profesjon er det læreren som har ansvar i relasjonen, og det er av betydning at læreren ikke devaluerer eleven som person. Videre er tillit et kjennetegn på en god relasjon. Tillit innebærer en tiltro til den andre om at man vil hverandre vel og er som et lim i relasjonen. Ved å være forutsigbar, rettferdig, forståelsesfull og pålitelig tar læreren, som den profesjonelle, ansvar for at eleven skal få tillit til han/henne (Drugli, 2012). En fagperson som har utviklet relasjonskompetanse er bevisst på hvordan egne erfaringer og forutsetninger spiller inn i møte med den andre og er opptatt av at den andre skal føle seg sett, hørt, forstått og anerkjent. Denne innsikten i hvordan man selv virker i samhandlingssituasjonen er selve kjernen i det å være relasjonskompetent (Røkenes og Hanssen, 2012).

Relasjonen mellom lærer og elev blir generelt sett mindre nær etter hvert som elevene blir eldre. Dette kan forklares ved at eldre elever henvender seg mer mot venner, læreren er mer fagorientert enn relasjonsorientert, eller at læreren har færre timer med hver klasse. Selv om kontakten avtar viser det seg at relasjonskvaliteten mellom tenåringer og lærere er svært betydningsfull. Ungdommer er i en sårbar utviklingsfase og deres forhold til blant annet læreren har betydning for hvordan de har det, takler ulike utfordringer og opplever tilhørighet (Drugli, 2012).

3.0 Forskning på feltet

Jeg vil i dette kapitlet kort presenter tidligere forskning. Jeg velger å se nærmere på studier som retter seg mot tilbud i ungdomskolen og videregående skole, da dette er mest aktuelt i forhold til eget studie. Forskningen presenteres etter tema.

Det er flere norske studier som omhandler forebyggende virksomhet i skolen

Skoleprogrammet Veiledning og Informasjon om Psykisk helse for ungdom (VIP) er effektevaluert av doktorgradsstipendiat Bror Just Andersen i regi av Asker og Bærums HF/Folkehelseinstituttet. Hovedfunnene i denne evaluering viser at på kort sikt gir programmet klare effekter når det gjelder kunnskaper om psykisk helse og hjelpeapparatet. Kunnskaper om psykisk helse holder seg godt første året mens kunnskaper om hjelpeapparatet synes å glemmes. Det observeres liten effekt på hjelpsøking 6-12 mnd etter intervensjonene. Programmet viser seg å ha en signifikant gunstig effekt på forekomst av problemer (Andersen, 2011)

Opplæringsprogrammene Venn1.no og STEP- ungdom møter ungdom (Drømmeskolen) har blitt effektevaluert av SINTEF (Andersson et al., 2010:2). Hovedfunnene viser at skoler som har deltatt i opplæringsprogrammene har på kort sikt dvs. 6-9 mnd etter oppstart/gjennomføring av prosjektet en bedring i det psykososiale skolemiljøet, på lang sikt dvs. 1.5 år etter er forandringen små. Elever som har gjennomført programmene rapporterer i noe større grad om økt kjennskap til- og bruk av hjelpeapparatet, sammenlignet med kontrollskolene. Elevene ved programskolene rapporterte på kort sikt om økt kunnskap om psykisk helse, om hjelpeapparatet og betydningen av vennskap, sammenlignet med kontrollskolene. På kort sikt økte forekomsten av selvrapporterte psykiske vansker hos elevene på programskolene, mens på lang sikt viser det seg at denne forskjellen mellom program – og kontrollskoler har jevnet seg ut. Evalueringsrapporten viser videre at videregående skolen kan være en viktig arena for helsefremmende og forebyggende tiltak når det gjelder ungdoms psykisk helse. Det er da viktig med en forankring i skolens virksomhet og planapparat.

Skre et al. har foretatt (2013) et ikke randomisert klynge kontrollert studie av skoleprogrammet «Psykisk helse for alle», som er et 3 dagers program rettet mot elever i ungdomskolen (13- 15 år). Hovedfunnene i denne studien er at mental health literacy, her beskrevet som identifikasjon av symptomer, fordomsfulle holdninger og kunnskaper om hvor man kan søke hjelp, har forbedret seg etter intervensjonen. Studiet viser også at ungdommer med fordomsfulle oppfatninger var vanskeligere å nå med programmet. Det viste også en sammenheng mellom fordommer og lave kunnskaper om hvor man kan søke hjelp og at fordommer ikke bare var et hinder for å søke hjelp selv men også for å hjelpe andre. Videre viste studien at de yngste hadde mer fordomsfulle oppfatninger enn de eldste. De konkluderer med at fordommer bør snakkes om før man formidler informasjon om psykiske problemer.

Weare og Nind (2011) har gjennomført en internasjonal metastudie hvor de så på effekten av helsefremmende og forebyggende programmer i skolen. Studien omhandlet 52 vurdering fra USA, England, Nederland, Tyskland, Canada, Australia, Norge og New Zealand. Den statistiske effekten av intervensjonene var fra liten til moderat, men effekten var stor i når det gjaldt reelle konsekvenser. Studien viser at intervensjonen må være nøyaktig og fullstendig gjennomført for at den skal ha effekt. Programmer med et positivt fokus på psykisk helse der elevene blir engasjert i praktiske oppgaver og aktiviteter har større sannsynlighet for å lykkes sammenlignet med programmer der det bare undervises. Andre faktorer som viste seg å ha positiv effekt var en kombinasjon av universell og målrettet tilnærming og at intervensjonen startet når barna var små og fortsatte til de ble eldre. Det var også av betydning at denne tenkningen gjenspeilte seg i alle skolens aktiviteter som for eksempel lærerplaner og pedagogisk tilnærming (Weare og Nind, 2011).

I en studie gjennomført blant 4046 Norske ungdommer i aldersgruppen 16 – 19 år fordelt på 45 videregående skoler, undersøkte Andersson et al. (2010:1) forekomst av selvrapporterte psykiske vansker og fordomsfulle holdninger. Studien viser en relativt høy forekomsten av psykiske vansker og fordomsfulle holdninger til psykiske lidelser blant ungdommer. Jentene rapporterte mer psykiske problemer enn guttene (19%, 9%) mens fordomsfulle holdninger var mer fremtredende hos guttene ($P < 0,01$). Ungdommer som har foreldre med høy utdanning og som kom fra høyere sosiale lag hadde mindre fordommer. Videre viste studien at jentene søker mer hjelp for sine psykiske problemer enn guttene. Forskerne mener kjønnsforskjellene som ble rapportert i denne studien viser behovet for kjønnsdifferensierte programmer (Andersson et al. 2010:1)

I en systematisk gjennomgang av 43 vitenskapelige rapporter fra hele verden så Schahter et al. (2008) på hvilken effekt skolebaserte intervensjoner har på stigmatisering knyttet til psykisk helse. Fem begrensede faktorer innen evidensgrunnlaget hindrer Schahter og kolleger å komme med klare konklusjoner, men de mener likevel at evidensgrunnlaget er sterkt nok til å anbefale undervisningsprogrammer som iverksettes i tidlig alder, der intervensjonen blir gjentatt flere ganger i løpet av skoleåret og går over flere år. De mest lovende programmene er de som fremmer utvikling av empati og sosial inkludering ved å tilrettelegge for interaksjon som fører til direkte og strukturert kontakt mellom barna, og hvor følelser og atferd blir engasjert. Når barna blir eldre anbefales det en samhandling med mennesker som har erfaringer med psykiske vansker og som ungdommen kan identifisere seg med. På denne måten kan man forhindre at diskriminering oppstår og redusere/eliminere slike holdninger der de allerede eksisterer (Schahter et al. 2008).

Lally et al.(2013) har foretatt et tverrsnittstudie blant 735 universitetsstudenter i Irland hvor de undersøkte hvordan offentlige stigma og personlig stigma påvirket studentenes intensjon om å søke hjelp for psykiske problemer/lidelser. Personlig stigma blir her forklart som den enkeltes fordommer og stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser, uavhengig av om de har erfaringer med psykiske problemer/lidelser. Denne studien viser at det oppfattede offentlige stigmaet ikke hadde signifikant innvirkning på intensjonen å søke hjelp, mens personlig stigma var betydelig assosiert med en redusert sannsynlighet for fremtidige hjelpesøken. Denne studien tyder på at personlig stigma, til forskjell fra oppfattet offentlig stigma er en betydelig barriere mot å benytte hjelpeapparatet. Lally et. al. sier videre at dette bør fremtidige antistigma kampanjer og intervensjoner rettet mot ungdommer, ha et strategisk fokus på. (Lally et.al., 2013)

I en studie gjennomført av Hartman et.al.(2013), ble effekten av et antistigma program gjennomført i videregående skole undersøkt. Undersøkelsen inkluderte 254 elever på fire skoler i Canada. Antistigma programmet var en 75 minutters interaktiv presentasjon om psykisk helse. Presentasjonen inneholdt blant annet informasjon om diagnoser, stigma og selvstigma gitt av en lege, korte filmsnutter om konsekvenser av stigma og en fortelling fra en person med psykisk lidelse. Studien viser at et kort antistigma program som dette kan gi signifikante forbedringer i kunnskaper om psykiske lidelser, selvstigma og sosial eksklusjon (Hartman et.al., 2013)

Murberg og Brun (2008) gjennomførte en studie i Norge blant 198 ungdommer i alderen 16 – 18 år, hvor de fokuserte på elevenes mentale helse og opplevelser i skolehverdagen. Studien viser at godt forhold til læreren, der læreren gir omsorg og emosjonell støtte hjelper eleven til å bevare selvrespekten ved stressede livshendelser. Studien viser også en signifikant effekt av forholdet mellom lærerstøtte, negative livshendelser og senere symptomer på depresjon.

Roorda et.al.(2011) har i en internasjonal metaanalyse av 99 studier fra 1. klasse til og med videregående skole rettet søkelyset mot lærer – elev relasjonen. De finner blant annet at positive lærer – elev relasjoner har størst effekt for tenåringer, og synes å bety aller mest for de eldste elevene. Elever i ungdomskolen og videregående skole som har lærere som inngår i positive relasjoner til dem, vil kunne ha svært stor nytte av dette, både faglig og psykososialt. De finner videre at relasjon til lærer betyr like mye for gutter som for jenter, men at det er høyere andel gode relasjoner mellom lærer og jenter enn lærer og gutter.

I en systematisk gjennomgang av internasjonal forskning har Gustafsson et. al.(2010) sett på sammenhengen mellom elevenes erfaringer i skolen og deres læring og psykisk helse. Man finner at det er en sammenheng mellom prestasjoner i skolen og psykisk helse. Både internaliserende og eksternaliserende psykiske problemer har negative effekter på skoleprestasjoner. Videre finner man at gode resultater i skolen har positiv effekt på selvbildet. Godt selvbilde bidrar ikke direkte til bedre resultat men relaterte faktorer til selvbilde, som motivasjon og kontroll, påvirker læring. Gustafssons et al. (2010) finner videre i denne studien at positive relasjoner mellom lærer og elev kan bidra til å beskytte risikoutsatte elever mot å utvikle psykiske problemer. Negative relasjoner mellom lærer og elev viser seg å ha sammenheng med både dårlige skoleprestasjoner og utvikling av psykiske problemer.

4.0 Metodisk tilnærming

I dette kapitlet vil jeg presentere studiets vitenskapelige forankring, metodiske valg og forskningsprosessens fremgangsmåte.

4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Den vitenskapsteoretiske forankring en studie bygger på har betydning for hva forskeren søker informasjon om, og den danner grunnlaget for forståelsen som forskeren utvikler (Malterud, 2011). I denne studien ønsker jeg å utvikle kunnskap om VIP – programmets betydning, gjennom ungdommenes egen erfaring ved deltagelse i intervensjonen. Metoden jeg velger må ses i sammenheng med hva jeg ønsker å belyse, og det var derfor naturlig å benytte en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv. Kvalitativ metode egner seg godt for utforskning av dynamiske prosesser der målet er forståelse og gir mulighet til å utforske fenomener med stor grad av åpenhet uten forhåndsbestemte svarkategorier (Malterud, 2011).

Kvalitativ metode er blant annet forankret i fenomenologiske teori som innebærer en forståelse av at menneskets erfaringer og livsverden gir gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Fenomenologisk tilnærming forstår sosiale fenomener ut fra menneskets eget perspektiv og en forståelse av at virkeligheten er det menneske oppfatter at det er (Kvale og Brinkmann, 2010, s 45).

Den hermeneutiske forståelsen i denne studien bygger på hvordan meningsuttrykkene blir tolket og forstått ut fra en kontekst. For å komme frem til en dypere forståelse/mening fortolkes handlinger og meningsuttrykk gjennom hele forskningsprosessen. En hermeneutisk tolkning må ha et subjekt som meningen refereres til og som danner forståelsens sentrum,

dette subjektet er forskeren selv (Kristoffersen, 1998, s.38). Innenfor hermeneutikken er det en grunntanke at det forskeren forstår blir forstått på grunnlag av ulike forutsetninger. Forskeren møter aldri handlinger eller tekst uten *forforståelse* eller *for-dommer* og er en forutsetning for at forståelse skal være mulig. Dette forklares med at forskeren må starte med en ide om hva oppmerksomheten skal rettes mot (Gilje og Grimen, 1993). Det hermeneutiske forholdet er et forhold mellom to subjekter med ulik forståelseshorisont, en hos den som tolker og forstår og en hos den som blir tolket og forstått (Røkenes og Hanssen, 2012). Gjennom intervju med elevene får jeg del i deres forståelse som igjen vil endre min egen forståelse. Vi vil sammen skape de data som er utgangspunkt for videre analyse.

Den *hermeneutiske spiral* blir ofte brukt som begrep på de prosesser som skjer i det hermeneutiske tolkningsarbeidet og bygger på tanken om at helheten forstås gjennom delene, og delene forstås gjennom helheten. Spiralen viser til en kontinuerlig dialog mellom det kjente og ukjente, mellom førforståelse og ny forståelse. Det som er skjult eller fremmede blir gjort kjent og forståelig, ved at forståelsesprosessen ikke møter seg selv men blir en annen for hver gang. Dette omfatter det som skjer i intervjusituasjonen, i tolkning av data til tekst og så vel som i analysen (Kristoffersen, 1998).

4.2 Forforståelse og bakgrunnskunnskap

Som beskrevet over vil min forforståelse og bakgrunnskunnskap påvirke hele forskningsprosessen. Malterud (2011) understreker betydningen av at forskeren har en bevisst holdning til egen bakgrunn og forforståelse gjennom hele prosessen, siden dette har betydning for den kunnskap som utvikles. Kulturell virkelighetsoppfatning, etisk grunnsyn, verdier, menneskesyn, fagkunnskap, selvforståelse og tenkemåte er alle faktorer som er med på å forme vår forforståelse (Røkenes og Hanssen, 2012). Gjennom min yrkeserfaring både som sykepleier og lærer har jeg blitt mer og mer opptatt av hvilken betydning det har for ungdommer å ha en god psykisk helse og hva som fremmer psykisk helse. Jeg har tidligere vært delaktig i gjennomføring av VIP – programmet ved vår skole og har en oppfatning av at forebyggende og helsefremmende arbeid er viktig også i skolen. Mine tanker, fagkunnskaper, erfaringer, følelser og bakgrunn, med andre ord min forforståelse vil alltid prege hvordan jeg forstår de menneskene jeg møter. Røkenes og Hanssen (2012:15) uttrykker dette godt i utsagnet: «*Du ser aldri en person slik hun er, men slik du opplever at hun er, på bakgrunn av din egen forforståelse*».

Som nevnt under punkt 1.2.1., svarer alle elevene som har deltatt i VIP- programmet på et ferdig utfylt evalueringsskjema. Denne studien ble gjennomført 1 år etter at elevene hadde

deltatt i intervensjonen så jeg var derfor kjent med resultatene fra denne evalueringen. Dette gir meg en bakgrunnskunnskap om hvordan VIP – programmet ble mottatt av denne elevgruppen. Resultatene viste at elevene generelt sett var godt fornøyd med intervensjonen og opplevde å få mer kunnskap om psykiske lidelser og problemer og hvor de kunne søke hjelp. De viste også at de hadde fått mindre fordommer og større forståelse for mennesker med psykiske lidelser.

Jeg har forsøkt å være meg bevisst min forforståelse og bakgrunnskunnskap gjennom alle fasene i arbeidet, men spesielt i intervju situasjon og analysearbeidet, så jeg ikke forsterker eller undergraver etter som det passe med min forforståelse.

4.3 Utvalg

Alle elevene ved den videregående skolen gjennomfører VIP- programmet første året (Vg1). Det er ikke mulig, og heller ikke ønskelig å intervju alle. Malterud (2011) understreker hvor viktig det er at utvalget er sammensatt slik at det gir tilstrekkelig gode data for å belyse problemstillingen. Jeg ønsket å innhente data fra elevene ett år etter gjennomført intervensjonen, siden de da har fått litt avstand til gjennomføringen av programmet og man kan se hvilke kunnskaper og holdninger som er integrert.

Det ble foretatt et strategisk utvalg der 2 kontaktlærer fra samme klasse spurte de elevene de mente kunne bidra til å belyse problemstillingen. Det eneste utvalgs kriteriet var at elevene hadde deltatt på hele VIP – programmet. Jeg ønsket en gruppe på 4 – 6 elever, siden dette er en god størrelse for gruppeintervju (Malterud, 2012). Fem elever sa ja til å delta i studien, to gutter og tre jenter, jeg kontaktet dem og samlet alle fem til en samtale. Hensikten med samtalen var å informere om studien og avtale tid og sted for gruppeintervjuet. Det at elevene og jeg hadde hilst på hverandre før selve gruppeintervjuet så jeg på også på som et viktig tiltak for å skape en trygghet i gruppen før selve intervjuet. I gjennomgangen av informasjons- og samtykkeskjemaet ble det presisert at det er frivillig å delta i et forskningsprosjekt som dette og selv om de sier ja til å delta i studien kan de når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke tilbake sitt samtykke (vedlegg 1). Alle elevene som var med i studien er over 16 år og har dermed samtykkekompetanse. I følge helseforskningsloven § 17 har ungdommer mellom 16 og 18 år rett til selv å samtykke til deltagelse i medisinsk og helsefaglig forskning når forskningen ikke innebærer legemsinngrep eller legemiddelutprøving. Opplysninger om elevenes egen helse, diagnoser eller behandlingskontakt med helsevesenet er ikke av interesse i denne undersøkelsen.

Det var fire elever som møtte til selve gruppeintervjuet, tre jenter og en gutt. De tre jentene deltok også i individuelle intervju som ble gjort noen uker etter gruppeintervjuet.

4.4 Data og datainnsamling

Jeg valgte i utgangspunktet å innhente kvalitative data gjennom fokusgruppeintervju da dette gir gode mulighet for å få utfyllende data om ungdommenes felles erfaringsgrunnlag rundt temaet «psykisk helse i skolen» og VIP - programmet (Malterud, 2011). Dataskapningen i et fokusgruppeintervju skjer ved at medlemmene i gruppa beskriver og reflekterer over egne opplevelser, erfaringer og holdninger til et gitt tema (Lerdal, 2008). Målet med fokusgruppeintervju er ikke å få frem en felles forståelse, men å få frem elevenes forskjellige opplevelse og erfaring gjennom interaksjon med hverandre. Gruppedynamikken brukes bevisst for å fremskaffe data, ved at deltagerne samtaler fritt rundt temaet (Malterud 2012). Gruppeprosessen er en viktig del av datainnsamlingen og må ses i sammenheng med analysen. I etterkant av studien uttrykte de elevene som hadde deltatt at denne dynamikken i seg selv ga dem en ny og utdypende forståelse av intervensjonen og «psykisk helse i skolen».

Jeg var også oppmerksom på at denne formen for datainnsamling kan ha sin begrensning, ved at elevene ikke tørr å være åpne og si sin mening, eller danne seg grupperinger innad i gruppa som fører til negativ gruppedynamikk og utøvelse av makt (Malterud, 2012). Elevene går i samme klasse men kommer fra forskjellige private miljøer. De har gjennomført VIP-programmet sammen og kan gjenkjenne hverandres erfaring, og dermed unngå strategisk kommunikasjon. Jeg mener at dette kan betraktes som en homogen gruppe noe Malterud (2012) trekker frem som styrke i gruppedynamikken.

Etter en grundig gjennomlesning av dataene jeg hadde innhentet i gruppeintervjuet, var det noen temaer som utmerket seg og som jeg ønsket å utforske mer i dybden. For å få et mer utfyllende datamateriale bestemte jeg meg for å gjennomføre nye intervjuer med de samme ungdommene i forhold til de aktuelle temaene. Ungdommene var innforstått med og hadde sagt seg villig til å delta i nye intervjuer hvis det viste seg at jeg hadde behov for mer utfyllende data. Det viste seg å være praktisk vanskelig å samle alle til et nytt gruppeintervju, så jeg valgte å gjennomføre individuelle intervjuer. Selv om jeg i utgangspunktet ønsket å være tro mot min opprinnelige metode, ser jeg at det kan være noen fordeler ved å gjennomføre individuelle intervjuer. Temaene jeg ønsket utdypende data om, blant annet stigmatisering, kan for noen ungdommer være følsomme og det kan oppleves som vanskelig å komme frem med personlige tanker og meninger i en gruppe. Det kan også tenkes at de i større grad tørr å være åpne og si sin mening om temaet, og at det kan være lettere og fokusere på det som er viktig for dem, når bare de selv og forskeren er tilstede. Dette inntrykket opplevde jeg at også ble bekreftet i de individuelle intervjuene. I denne interaksjonen vil det kunne utvikles ny og utdypende data om de temaene som allerede ble omtalt i gruppeintervjuet. Som nevnt under punkt 4.3, har jeg i denne studien ikke fokus på

isensitive opplysninger som elevenes egen helse, diagnoser eller behandlingskontakt med helsevesenet i denne studien, noe som også er viktig å være seg bevisst i de individuelle intervjuene.

Denne prosessen, som jeg tidligere har beskrevet som den hermeneutiske spiral, er en naturlig prosess i kunnskapsutviklingen. Det er en kontinuerlig dialog mellom det kjente og ukjente, det vi forstår - virker inn på det vi forstår ut fra og fører til ny forståelse (Kristoffersen, 1998). Studiens tema, problemstilling og intervjuguide gjenspeiler min forforståelse. Min forståelse ble utvidet gjennom de data gruppeintervjuet ga og denne nye forståelsen dannet grunnlaget for de individuelle intervjuene som igjen førte til ny forståelse. Dette medførte også et behov for underveis i prosessen å søke opp ny aktuell litteratur og forskning. Gjennom denne forståelsesprosessen beveget jeg meg fra helhet til delene og tilbake til helheten igjen, ikke med samme forståelse men med en ny forståelse av elevenes erfaringer.

4.4.1 Gjennomføring av gruppeintervju

Som avtalt i førsamtalen ble intervjuet gjennomført på skolen etter undervisningstid. En av elevene møtte ikke opp til gruppeintervjuet. Som tidligere nevnt er det frivillig å delta i prosjektet og elevene kunne når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke seg, så jeg var forberedt på at en slik situasjon kunne oppstå. Intervjuet ble gjennomført med de fire ungdommene som møtte. Etter å ha plassert oss rundt et bord der alle kunne se alle, tok jeg initiativ til en uformell samtale for skape en trygg ramme rundt situasjonen, samtidig som lagde alle navnelapper og forsynte seg med drikke. Iflg. Malterud (2012) er introduksjonen viktig for å skape gode rammer rundt samhandlingen. Jeg ønsket alle velkommen og introduserte prosjektets problemstilling og hvor viktige deltagerens erfaringer er for å utvikle ny kunnskap. Ved erfaringsbasert læring er refleksjonen sentral og nøkkelen til å utvikle eller endre forståelsen (Lauvås og Handal, 2000) Hvis man lykkes i å gjøre alle deltagerne medansvarlig for at alles erfaringer er like viktige blir det en god samhandling i gruppen (Malterud, 2012). Det ble presisert at jeg ikke ønsket informasjon om ungdommenes egen helse og diagnoser. Alle var i førsamtalen informert om at intervjuet ville bli tatt opp på bånd, dette ble gjentatt og det ble presisert hvordan dataene videre vil bli behandling og oppbevart.

Min rolle som moderator i gruppeintervjuet var å lede gruppeprosessen og oppmuntre til diskusjon og samtale mellom elevene. Hvor trygg jeg er i min rolle mener jeg vil ha betydning for hva elevene uttrykker. Jeg forsøkte hele tiden å skape en trygg og åpen atmosfære så elevene skulle tørre å uttrykke personlige og motstridende synspunkter samtidig som jeg ikke uttrykte forventninger om at de skulle være mer åpne enn de ønsket. Det at jeg er vant til å snakke med grupper av ungdommer kan være en fordel, men det kan og være hemmende for noen at jeg er lærer på skolen, selv om jeg ikke arbeider med denne elevgruppen nå. Jeg

jobbet hele tiden med å være bevisst min egen forforståelse, i og med at jeg har vært med å gjennomføre VIP – programmet tidligere som lærer i skolen. Jeg har erfaringer men ønsker ikke at de overdøver den kunnskapen datamaterialet gir (Malterud, 2011). Jeg så deg likevel som en fordel å ha gode kunnskaper om og innsikt i temaet, da dette gjorde meg godt «rustet» til å håndtere ventede og uventede svar og lede det inn på temaet.

VIP programmet har en klar målsetning som er i trå med studiens forskningsspørsmål. Jeg valgte å utarbeide en intervjuguide med åpne og vide spørsmål med utgangspunkt i de tre forskningsspørsmål slik at jeg innenfor denne rammen åpent kunne utforske elevenes erfaringer med intervensjonen. Intervjuguiden ble brukt som støtte for å sikre meg svar på problemstillingen. (Vedlegg 2) For å svare på den aktuelle problemstillingen trenger jeg et godt datamateriale, der elevene uttrykker sine erfaringer med «psykisk helse i skolen» gjennom deltagelse i VIP programmet.

4.4.2. Gjennomføring av individuelle intervju

Tre av de fire ungdommene som deltok i gruppeintervjuet sa ja til å delta i individuelt intervju. Disse intervjuene ble også gjennomført på skolen, i elevenes fritimer. I disse intervjuene var ungdommene og jeg kjente for hverandre og de var også kjent med studiens problemstilling. Intervjuet startet med en liten introduksjon om hvilke temaene jeg ønsket en utdypende forståelse av. Ved å velge ut spesielle temaer velger en samtidig bort temaer som kan være viktige, jeg la derfor stor vekt på en åpen dialog der elevenes svar var med på å styre retningen innenfor temaene. Jeg var om mulig enda bedre forberedt til de individuelle intervjuene. Siden jeg i disse intervjuene kunne gi all min oppmerksomhet til den ene, var det enklere å være det som Kvale og Brinkmann beskriver som følsom i intervjusituasjonen. Fange opp små nyanser ved å høre hva som blir sagt, hvordan det blir sagt, for så å få det nærmere beskrevet (Kvale og Brinkmann, 2010: 177). Evnen til innlevelse i ungdommenes livsverden og den kontakten som oppstår vil være påvirket av et samspill mellom faglige, personlige og mellommenneskelige faktorer og ha betydning for hvilken kunnskap som skapes (Kristoffersen, 1998).

4.5 Ethiske og metodiske refleksjoner

Innenfor forskning er man underlagt regler, forskrifter og etiske standarder. Dette for å sikre høy kvalitet i alle faser av forskingsarbeidet. I kvalitative studier der møtet mellom mennesker sentralt, kan dette være spesielt utfordrende (Malterud, 2011). For å sikre høy kvalitet og etisk standard må alle masterprosjekter godkjennes av FEK -Fakultetets etikkomite. FEK vurderte prosjektet til å være interessant og aktuelt men ønsket en vurdering av REK –

regional etisk komité, siden studien omhandlet ungdom og psykisk helse. Jeg stilte meg undrende til dette siden det kom tydelig frem i informasjonsskrivet til elevene at; *«opplysninger om evt. egen helse, diagnoser eller behandlingskontakt med helsevesenet er jeg ikke ute etter i denne undersøkelsen»*. Prosjektet ble vurdert av REK til ikke å være fremleggpliktig jf. helseforskningslovens § 2 og 4 og kunne gjennomføres uten godkjenning fra REK. (Vedlegg 3) Prosjektet ble videre godkjent av NSD - Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. (Vedlegg 4)

4.5.1 Ungdom i forskning

Forskningens mål om kunnskapsutvikling handler ikke bare om oppnåelse av kunnskap om ungdommer, men også om det å søke kunnskap sammen med ungdommer. Jeg vil her belyse ulike sider ved ungdommers deltagelse i forskningsprosessen.

Informasjon og samtykke

I forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap og humaniora punkt 12, beskrives barn og unges rett til alderstilpasset informasjon og frivillighetsprinsippet (NESH, 2005) I utarbeidelsen av informasjonsskriv og samtykkeerklæring la jeg vekt på ha en form og et språk som var forståelig for målgruppen. Dette kan skape en åpenhet og forståelse som er viktig for at ungdommen skal føle seg delaktige i forskningen og ikke et objekt for forskning. Elevene som deltok i denne studien var 16 og 17 år og kunne selv samtykke til deltagelse i studien. I følge helseforskningsloven § 17 har ungdommer mellom 16 og 18 år rett til selv å samtykke til deltagelse i medisinsk og helsefaglig forskning når forskningen ikke innebærer legemsinngrep eller legemiddelutprøving. Det er lett å tenke at ungdommer på 16 -17 år er voksne, men utviklingsteorien understreker at ungdommers evne til å se sammenhenger og konsekvenser av sine handlinger for mange ikke er utviklet før midten av tjueårene (Bunkholdt , 2000). Det ble derfor viktig å presisere for ungdommene at de kunne trekke seg fra studien når som helst i prosessen, noe en av ungdommene valgte å gjøre.

Forskerkompetanse

Før oppstart av denne studien ble prosjektets hensikt og mulige konsekvenser for informantene vurdert. Det har hele tiden vært tydelig formidlet at hensikt med studien ikke er å innhente data om ungdommens egen psykiske helse, samtidig må man være klar over at samhandlingen i et gruppeintervju kan føre til uforutsette situasjoner. Selve samtalen påvirker klimaet og kan avgjøre hvilken kunnskap som deles (Malterud 2011, 2012). Siden ungdommene i denne studien skulle fortelle om sine erfaringer og opplevelser med en intervensjon som omhandler psykisk helse måtte jeg være forberedt på at sensitive temaer om egen psykisk helse kunne komme opp. Får å få frem best mulig data la jeg vekt på god kontakt med ungdommen slik at de skulle føle seg trygge i intervjusituasjonen. Nettopp det at

jeg viser interesse kan føre til at ungdommene åpner seg mer enn de egentlig ønsker og forteller om egne problemer. Man kan ikke forvente at ungdommer har ikke full oversikt over konsekvensene av å komme med denne informasjonen. Det i følge Befring (2007) ikke uvanlig at slike situasjoner oppstår og setter forskeren i et etisk dilemma. Det at jeg selv er sykepleier og har kunnskaper og erfaring med ungdommer og psykiske problemer/lidelser ser jeg på som en styrke i intervju situasjonen. Det gjør meg kompetent til å forstå og etisk vurdere å håndtere de situasjonene som kan oppstå. I denne studien er det en gutt og tre jenter som er mine informanter, jeg velger å anonymisere dem ved og ikke benevne dem med kjønn, men som ungdom eller elev.

4.5 Analyse

Analyse av kvalitative data kan ikke ses på som en egen prosess. Det er en prosess som starter med forskerens første møte med litteraturgrunnlaget, det første møte med forskningsdeltageren, det første intervjuet eller den første observasjonen (Postholm 2005). Det er en kontinuerlig prosess som pendler mellom datainnsamling og dataanalyse, noe som også har preget denne studien. I analysen blir virkeligheten omformet til tekst (transkripsjon), en tekst som videre tolkes (Malterud, 2011). En diktafon ble benyttet til opptak av intervjuene. Båndopptaket hadde god kvalitet og gjorde det lett å høre og forstå hva informantene sa. For å skille mellom de ulike informantene ble de nummerert og min egen stemme ble stående i *kursiv*. Når informantene tok pauser i talen ble dette markert med korte eller lange pauser i teksten. Intervjutraskripsjonen ble gjort umiddelbart etter intervjuene. Malterud (2011) understreker viktigheten av at teksten i størst mulig grad gjengir informantenes meninger slik de blir formidlet og forstått, noe jeg har forsøkt å gjøre gjennom min skriftlige gjengivelse av min samtale med informantene. Det var viktig for meg å beholde ungdommens språk som for eksempel «en sånn lærer» samtidig som jeg så behovet for en tydeliggjøring når noe var uklart slik at ikke min egen tolkning og forståelse skulle ligge til grunn. Jeg er likevel klar over at man kun kan gi et avgrenset bilde av fenomenet man studerer og at meninger kan gå tapt eller blir forvrengt i prosessen. Formålet med fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap gjennom å tolke og abstrahere det informantene har formidlet (Malterud, 2011). Jeg har under hele prosessen brukt tid på å reflektere med andre for og i den grad det er mulig sikre en best mulig tolkning og gjengivelse av datamaterialet.

En gjennomtenkt og systematisk analyse er det som kjennetegner en vitenskapelig tilnærming uavhengig av metode. Malterud (2011) har utviklet en fire trinns analysetilnærming, kalt *systematisk tekstkondensering*, som bygger på Amedero Giorgis fenomenologiske analysemetode.

Dette er en empiristyrte tilnærming hvor hensikten er å frembringe kunnskaper om informantenes erfaringer. Jeg velger å bruke Malteruds analysetilnærming i denne studien fordi systematisk tekstkondensering er et godt redskap for tverrgående analyse, der informasjon fra flere informanter skal sammenfattes (Malterud. 2011). Denne tilnærmingen har et fenomenologisk – hermeneutisk perspektiv. De fire trinnene i prosessen er:

- Danne et helhetsinntrykk
- Identifisere meningsbærende enheter
- Abstrahere innholdet
- Sammenfatte betydningen (Malterud. 2011, s. 111).

Danne et helhetsinntrykk

Første trinn i dataanalysen handler om å danne seg et helhetsinntrykk av de innhentede dataene, jeg startet derfor med å lese gjennom datamaterialet så åpent og fordomsfritt som mulig (Malterud 2011). Jeg leste gjennom materialet flere ganger for å gjøre meg kjent med innholdet, så noterte jeg usystematisk ned temaer som vekket min interesse, uten noen form for systematikk. I følge Malterud (2011) er det et godt tegn på kreativ analyse at ikke temaene sammenfaller for mye med intervjuguidens hovedtemaer. Eksempler på temaer som jeg noterte meg fra teksten var «mer VIP i skolen», «relasjon til lærer», «åpenhet om psykiske problemer». Etter å ha oppsummert, så jeg at det var flere temaer som kunne knyttes til problemstillingen.

Fra helhetsinntrykk til meningsbærende enheter

Det neste trinnet i prosessen var å finne relevant tekst – *meningsbærende enheter* – som kunne belyse problemstillingen. Det ble på dette trinnet foretatt en utvelgning, der kun den teksten som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap ble inkludert (Malterud, 2011). De foreløpige temaene fra første trinn var utgangspunktet for en systematisering av de meningsbærende enhetene, en koding. I dette kodearbeidet brukte jeg ulike farger for å identifisere hvilke meningsbærende enheter som kunne knyttes til de ulike temaene fra første trinn i analysen, fremdeles frigjort fra intervjuguiden. Her måtte jeg trekke inn min forforståelse og teoretiske referanseramme for å sortere de meningsbærende enhetene under riktig kode.

Fra kode til mening

I en systematisk tekstkondensering vil en i følge Malterud (2011) jobbe videre med en og en kodegruppe og de tilhørende meningsbærende enhetene. Det ble det nå laget subgrupper for å få frem meningsaspektet i materialet. Malterud (2011) uttrykker at vårt faglige

perspektiv og ståsted vil være med på å prege hvilken subgruppe vi fester oss ved og at flere tolkninger er mulig. Med utgangspunkt i et rikt og uttrykksfullt utsagn i hver subgruppe skrev jeg ned tilhørende meningsbærende enheter, dette ble til en tekst som gjenga innholdet i materialet (dekontekstualisering). Det viste seg i dette arbeidet at tema og meningsbærende enheter gikk noe om hverandre. Det ble i denne fasen viktig å kunne gå tilbake til en komplett versjon av materialet som ikke var kodet eller dekontekstualisert for å se på hvilken sammenheng et utsagn hørte hjemme i og hvilke spørsmål som hadde ledet til hva.

Sammenfatning

I det siste trinnet i analysen skal man sammenfatte funnene i form av gjenfortellinger som kan deles med andre og som er lojale mot informantene. Det legges vekt på at gjenfortellingene formidler essens fra flere historier som er sammenfattet gjennom analysen (Malterud, 2011). Etter å ha meningsfortolket datamaterialet gjorde jeg noen valg om tematisering av mine funn. Som presentasjonen av studiens funn viser er det ikke noen «vanntette skott» mellom disse, men inndelingen ble gjort for å formidle det sentrale i datamaterialet på en oversiktlig og forståelig måte. Her ble det nok en gang viktig å gå tilbake til det opprinnelige datamaterialet for å se at den analytiske teksten kan tilbakeføres og at det ikke er data som motsier den sammenfattingen jeg har kommet til. Malterud (2011) vektlegger betydningen av å vurdere analysens resultater mot allerede eksisterende empiri og teori. I presentasjon av analysearbeidet ble det først gjort en deskriptiv formidling av funn som videre ble sammenlignet med hva andre studier beskriver rundt lignende temaer som igjen ble drøftet mot aktuell teori. Temaet som omhandler holdninger vil bli viet størst plass i denne presentasjonen siden det ved gjennomgang av datamaterialet viste seg å være det ungdommene var mest opptatt av.

5.0. Studiens funn

I det følgende kapitlet vil jeg presentere studiens funn. Elevenes utsagn er analysert og rekonstruert så empirinært som mulig og egen forforståelse og teoretisk perspektiv er forsøkt lagt til side der det er nødvendig (se Kap.4). Funnet presenteres gjennom fire hovedtemaer og vil være en indirekte formidling av ungdommenes erfaringer med skoleprogrammet VIP og deres forståelse og holdninger rundt temaet psykisk helse. Hovedtemaene er: 1) Kunnskaper og forståelse om psykiske helse og psykiske problemer 2) Forståelsen av holdninger til psykisk helse og psykiske problemer. 3) Søke hjelp – hjelpe andre. 4) VIP – en plass i skolen? . Erfaringer og opplevelser knyttet til VIP – programmet må, slik jeg forstår det, ses i sammenheng med de tre tidligere nevnte hovedtemaene. Under hvert hovedtema

blir den sammenfattede teksten presentert i forma av gjenfortellinger, samtidig som direkte sitater fra teksten blir brukt for å utdype sammenfatningen og gjøre fremstillingen mer fargerik. Under hvert hovedtema har jeg valgt å presentere undertemaer. Jeg velger i denne fremstillingen å bruke betegnelsen psykiske problemer for å beskrive både problemer og lidelser. Jeg velger videre og betegne mine informanter som ungdommer og elever.

5.1. Kunnskaper og forståelse av psykiske helse og psykiske problemer

Denne delen av empirien er ment å belyse ungdommenes kunnskaper og forståelse av psykisk helse og psykiske problemer.

Psykisk helse – psykiske problemer

Innledningsvis vil jeg kort beskrive hvordan ungdommene forstår begrepet psykisk helse, siden dette er et sentralt begrep i denne studien. Elevene har en klar forståelse av at psykisk helse innebærer en bevegelse på et kontinuum mellom helse og uhelse. «*Det er å være frisk og syk og noe imellom*» uttrykker en av ungdommene. En annen sier: «*Psykisk helse er både det å ha det bra og ikke ha det bra*». Selv om ungdommene gir uttrykk for at psykisk helse dreier seg om både god og dårlig helse presiserer to av ungdommene at det likevel har en negativ klang: «*det kommer nesten bare opp i sammenheng med noe negativt*», «*tenker fort på at da sliter man litt psykisk*». Disse utsagnene viser at psykisk helse kan bli assosiert med dårlig psykisk helse og negative holdninger.

Alle elevene i min undersøkelse mener at den psykiske helsen påvirker den læringen som skal foregå i videregående skole. Om det å ha god psykisk helse sier en elev: «*man får mer energi og klarer å gjøre mer*». En annen uttrykker; «*du har mer troa på deg selv og tro på at du kan få det til og kanskje du gjør det bedre fordi du tør og vise mer av deg selv*». På samme måte som at prestasjonene stiger ved god psykisk helse mener de at prestasjonene synker ved dårlig psykisk helse noe en av elevene sier på denne måten:

Hvis du for eksempel prøve å konsentrere deg i kjemi, som er et veldig vanskelig fag, og det kommer opp andre tanker hele tiden, klarer du ikke å fokusere på hva som skjer oppe på tavla, og kanskje føler du deg enda dårligere og lei deg når du skal prøve å regne oppgaver etterpå og du ikke får til det heller.

Videre mener en av ungdommene at dårlig psykiske helse ikke bare går utover den enkelte time og det enkelte fag, men at det også kan påvirke hele skolegangen:

Tenker meg at skolen ofte blir nedprioritert, det blir litt smått i forhold til de psykiske problemene. Det er viktigere med psykisk helse enn med skole og det tenker kanskje de som sliter og derfor nedprioriterer skolen.

Det er stor variasjon i hvilke kunnskaper ungdommene uttrykker at de har om ulike symptomer og diagnoser. Men alle var enige i, som en av dem uttrykker det; «*vi vet så mye*

mer om fysiske sykdommer, det er litt mer konstante fakta». Den kunnskapen de oppgir å ha om psykiske problemer, har de i hovedsak fått fra venner som sliter. En sier det sånn: *«jeg har noen venner som har hatt en del problemer så (...) ja, jeg kan noe om akkurat det».* Mens en annen sier: *«jeg vet ikke så mye om depresjoner egentlig, kjenner ingen som har det (...) vil kanskje tenke meg at er du deprimert så kommer du deg ikke ut av det».* Denne variasjonen i kunnskap viser at ungdommene opplever at de har kunnskap om det de forholder seg til i hverdagen. Dette understrekes fra en av ungdommene som sier:

Jeg kunne ganske mye om sykdommer og sånn etter vi hadde hatt det VIP - opplegget, men det er jo så lenge siden (...) så glemmer man det etter som tiden går.

Selv om ungdommene generelt gir uttrykk for å ha for lite kunnskaper om psykiske problemer mener de at de ville merket hvis noe var galt. En av dem uttrykker: *«(...)det hadde gått mer på hva jeg hadde følt enn hva jeg hadde merket av symptomer»*

Årsaker til psykisk uhelse

Ungdommene jeg intervjuet har en forståelse av at det er mange faktorer som påvirker den psykiske helsen og kan være årsaker til at man får psykiske problemer. Faktorer de trekker frem er «trivsel», «gode venner», «godt miljø» og «selvfølelse. En av ungdommene fremhever oppveksten som en annen viktig faktor, noe alle under intervjuet nikket bekreftende til:

Miljøet man vokser opp i og familien du har rundt deg er viktig. Hvis du hele tiden blir minna på at du er verdifull og at du er verdt noe, tror du på det selv etter hvert og (...) ja, jeg tror det har veldig mye med familie og venner og gjøre.

Dette sitatet viser også hvordan de vektlegger oppvekstens betydning for utvikling av selvfølelsen. En av ungdommene trekker inn en annen mulig årsak til at man utvikler psykiske problemer:

Jeg hadde følt at jeg kunne ha gjort noe med det selv for å unngå det. Det hadde på en måte vært hvordan jeg er, eller hvordan jeg har det rundt meg som hadde gjort det (...) det er ikke noe man bare blir rammet av, og ikke kan noe for.

Eleven sier her at man er ansvarlig for sin egen psykiske helse og at det ikke nødvendigvis bare er miljøfaktorer som er årsaken til psykiske problemer. En annen elev på sin side har noen andre refleksjoner rundt hvilket ansvar man har selv i utvikling av psykiske problemer:

Man kan på en måte tenke at det er noe man har gjort for at man har fått det selv, men samtidig så går ikke det an å tenke sånn. Du kan ikke påføre deg en depresjon men du kan jo selv ut fra hvilke handlinger du gjør påvirke om det blir bedre eller verre.

Disse to utsagnene viser en felles forståelse av at den enkelte har et ansvar og en mulighet til å påvirke egen psykisk helse.

5.2. Forståelsen av holdninger til psykisk helse og psykiske problemer.

Denne delen av empirien er ment å belyse ungdommenes tanker og erfaringer rundt holdninger til psykisk helse og psykiske problemer. Det vil her fremkomme hvilken kompleksitet og utfordring som er knyttet til nettopp dette forholdet. Jeg vil presentere sentrale utdrag av hvordan ungdommene reflekterte rundt temaet.

Ungdommenes egne holdninger

Det å ha gode holdninger til mennesker med psykiske problemer uttrykker ungdommen som viktig. Begreper som: «respekt», «toleranse», «å forstå den andre», «ærlighet» og «åpenhet» blir brukt for å beskrive hva de mener med gode holdninger. De forteller at de har venner og bekjente som har, eller har hatt psykiske problemer. Videre sier de at det er noe de fleste kommer bort i enten, med seg selv eller andre. «*Det er faktisk et nokså normalt problem*», uttrykker en av ungdommene og en annen bruker ordene: «*det kan jo skje oss alle, og det trenger vel ikke å være så veldig alvorlig heller?*» Ungdommene er også opptatt av hvordan holdningene kommer til uttrykk i møte med den som har psykiske problemer, og påpeker hvor viktig det er å se mennesket og ikke tenke på de som en diagnose. Følgende sitat viser dette:

Hvis noen er psykisk syke, for eksempel deprimert så er det jo viktig at man har sånne holdninger som gjør at man ikke trykker ned personen mer, at du på en måte tolererer det og legger det til siden når du prater med personen og ikke sier og tenker; det er hun som er deprimert, eller det er hun som har tvangslidelser.

Ungdommene gir uttrykk for at de selv har gode holdninger og høy toleranse for andre mennesker som sliter med psykiske problemer. En av ungdommene uttrykte det på denne måten; «*Hun så ned på seg selv, men vi så ikke sånn på henne jeg ville heller hjelpe henne ut av det, og ville ikke sett ned på henne*».

Stigmatisering – være åpen

Det å være åpen om psykiske problemer og lidelser kommer opp som et tema når ungdommene snakker om holdninger. «*Tror det er litt tabu – det er ikke mange som ville kommet og sagt at de er deprimert eller noe sånn*», uttrykker en av ungdommene. Selv om de, som jeg tidligere har beskrevet, gir uttrykk for at det er «normalt» å ha psykiske problemer er de alle noe betenkt i forhold til å være åpne om problemene. En av ungdommene beskriver dette dilemmaet på denne måten:

Det er sikkert flere som sliter enn det man først skulle tro---men jeg tror ikke man står opp og sier «jeg har en depresjon» selv om det sikkert ville blitt veldig akseptert og sånn (...) Jeg tenker det er greit at andre står frem, men ingen vil vel være den som står frem først, selv om det hadde blitt akseptert av alle andre.

Under intervjuene har ungdommene mange tanker og refleksjoner rundt hvorfor det er så utfordrende å være åpen om psykiske problemer. I følge dem handler den psykiske helsen

om: « tanker og følelser», « hvordan livet er», «hvordan man har det» «om man er fornøyd med seg selv», og det er det som gjør det ekstra utfordrende. Det handler ikke bare om en sykdom, men også om hvem du er som person og en av ungdommene uttrykker det slik:

«Psykiske lidelser er inne i hodet, det er jo hjernen og det er på en måte der det kommer fra hvem du er og sånn, det er jo ikke armen som avgjør hvem du er liksom»

Dette viser at psykisk helse og psykiske problemer blir av ungdommene knyttet opp mot hvem du er. En av dem sier «vi vil jo være normale». Det å være «normal», og lik andre trekker ungdommene frem som en viktig faktor når vi snakker om det å være åpen om psykiske problemer. En uttrykker det slik: «Det kan jo være en grunn til at man ikke vil si noe om at man sliter - for man vil at ting skal være normalt». Flere av ungdommene understreker dette. «Det handler om å ikke bli sett på som annerledes, man vil være lik andre og med i gjengen» sier en, og en annen sier: «man kan være redd for å bli oppfattet som om man synes veldig synd på seg selv og at man ikke takler ting» Disse uttalelsene viser hvor viktig det er for ungdommene både å være normale og bli oppfattet som normale. I ungdomstiden kan en av utfordringene være å finne sin identitet, og de tilbakemeldingene man får fra andre er viktige. Redselen for hva andre vil tenke kan hindre ungdom fra å være åpne om sine problemer. Sitatet under viser hva en av ungdommene tenker om dette:

Jeg hadde følt meg litt alene, det er ikke mange som har for eksempel depresjon. Jeg ville prøvd å skjule det fordi man vil være litt anonym når det kommer til sånne ting (...) man er jo sårbar, jeg bryr meg veldig mye om hva folk tenker om meg og at det kanskje vil endre deres syn på meg. Men hadde jeg vist at ingen ville endret sitt syn på meg og at det hadde vært greit for alle å snakke om sånn så hadde jeg sikkert sagt det.

Dette utsagnet viser videre at psykiske problemer er noe ungdommene snakker lite om, og kan være en ensom prosess å gå igjennom. En av ungdommene sier det slik: «jeg tror det kan være vanskelig å få sagt det til noen». En annen sier det på denne måten: «hvis jeg har en dårlig dag, altså psykisk, snakker jeg ikke om det med andre, da legger jo andre merke til det». Det fremkommer i intervjuene at det snakkes lite om psykiske problemer generelt og noen av ungdommene har liten tro på at andre er interessert i deres psykiske helse. En av ungdommene uttrykker det på følgende vis:

Jeg ville nok jeg ville trodd at ingen ville høre om det hvis jeg hadde psykiske problemer, så da ville jeg holdt det for meg selv, samtidig ville jeg vært redd for at folk skulle se på meg som den som er psykisk syk at jeg ikke er normal på en måte og kanskje ville vike unna.

En av ungdommene trekker i intervjusituasjonen frem at negative følelser knyttet til det å ha psykiske problemer kan være et hinder for å snakke åpent om problemene mens de pågår og sier: « Det er kanskje lettere å snakke om noen år etter at du var deprimert enn akkurat når du er det, for da er det veldig skamfullt». En av de andre ungdommene følger opp dette

utsagnet ved å si: «Hvis du har kommet deg ut av depresjonen, kan du si at du var sånn da men er ikke sånn nå - for selvtilliten er bedre nå enn da du var deprimert».

Stigmatisering – bli en diagnose

Ungdommene i mitt materiale er også opptatt av hvordan man ved å få psykiske problemer står i fare for å bli sett på som en diagnose og ikke som det mennesket man egentlig er. De gir uttrykk for bekymring for at andre skal endre syn på dem hvis de forteller om sine psykiske problemer. En ungdom sier på den ene siden: *så tror jeg det ville blitt akseptert og at man ikke nødvendigvis ble sett ned på*, men på den andre siden: *«så ville nok folk ha sett annerledes på deg»*. Det å bli sett på som annerledes beskriver en av ungdommene slik:

Hvis man er deprimert for eksempel hadde jeg på en måte følt at folk så på meg som den som er deprimert (...) man blir den deprimerte og folk ser ikke resten av personen, og det hadde jeg ikke likt.

En annen ungdom sier det på denne måten:

Det er ikke mange som ville kommet og sagt at de var deprimerte og sånn (...) og tenker at det er fordi man ikke vil at det er det som kjennetegner deg som person. Vil ikke at de som ikke kjenner deg så god, ser på deg som deprimert eller en med spiseforstyrrelser.

Ungdommene opplever ikke alle diagnosene som like belastende. Dette kommer tydelig frem i intervjuene. De uttrykker at de diagnosene man blir sykest av er de man aller minst vil bli identifisert med. En sier det sånn:

Det er forskjell på hva som er problemet. Tvangstanker for eksempel er ikke så ille det er bare noe du må gjøre, mens depresjon er verre, og psykoser ja, det tror jeg er det verste.

Alle ungdommene jeg intervjuet er som tidligere beskrevet opptatt av å ha gode holdninger til mennesker med psykiske problemer. De er likevel åpne om at det kan være utfordrende å se forbi diagnosen. Som en av ungdommene uttrykker det: *« Det kan være vanskelig å ikke henge seg opp i det på en måte, selv om man prøver»*. Om man ser mennesket bak diagnosen mener ungdommene blant annet henger sammen med hvor godt man kjenner den det gjelder. Det å kjenne personen før han/hun ble syk blir fremhevet som viktig:

Men hvis man kjenner personen godt og har kjent personen før han ble syk er det noe helt annet (...) da er det lettere å se resten av personen og ikke bare den «deprimerte».

Hvordan man blir sett på når man har psykiske problemer mener en av ungdommene også kan henge sammen med hvem man er og uttrykker det slik: *«det kommer an på hvem det er om man blir sett ned på, noen blir akseptert uansett hva det er, eller hva de gjør»*. Når man vet at noen har psykiske problemer vil det gjøre noe med oppmerksomheten man retter mot personen. *«Noen ville kanskje tatt litt avstand og vært litt redde for å ha så mye med deg å*

gjøre, mens andre kunne blitt mer støttende og hjelpsom», uttrykker en av ungdommene. Oppmerksomheten kan være god eller dårlig for den det gjelder. Dette avhenger av relasjonen mellom dem. Her er et eksempel på hvordan en av ungdommene beskriver dette:

Hvis man tror at en person sliter så vil man bli ekstra oppmerksom på den personen og følge litt mer med. Det kan være både positivt og negativt. For det første kommer det an på hvor gode venner dere er og hvilken person du er, om du er typen som vil hjelp, trekke deg unna eller oppføre deg annerledes. Det er ikke alle som trives med å snakke om sånne ting.

Selvstigma – se ned på seg selv

Ungdommene jeg intervjuet var ikke bare opptatt av hvordan man kan bli sett på av andre når man har psykiske problemer, de hadde også mange refleksjoner rundt hvordan man kan se på seg selv i en sånn situasjon. En av ungdommene uttrykker: « *det kan være vanskeligere å akseptere selv at man har psykiske problemer*».

Som tidligere beskrevet mener ungdommene at det kan være mange negative følelser knyttet til det å ha psykiske problemer. Begrepet «skamfullt» ble brukt av flere ungdommer og en av dem beskriver det slik: «*tror ikke jeg ville snakket så mye om det hvis jeg hadde problemer, det er på en måte skamfullt (...) man er ikke akkurat stolt av å slite med psyken*» Det å føle skyld er også noe ungdommene snakker om i intervjuet. En av dem sammenligner psykisk sykdom med fysisk sykdom og sier:

Det er annerledes med fysiske sykdommer for de kunne jeg ikke forårsaket selv. Det er bare noe som skjer med kroppen min på en måte, mens det psykiske hadde jeg følt at jeg kunne ha gjort noe med selv for å unngå. Det hadde på en måte vært hvordan du er, eller miljøet rundt deg som hadde gjort det, og ikke at man bare ble rammet av det.

Dette utsagnet kan forstås som at man selv er skyld i sine psykiske problemer. Begreper som «*dårlig selvtillit, mindreverdige og annerledes*» ble også brukt av ungdommene for å beskrive hvilke følelser som mennesker med psykiske problemer kan ha om seg selv. Disse følelsene som er beskrevet over kan slik en av ungdommene uttrykker det føre til at: «*man ser ned på seg selv og vil nok ikke være en belastning for andre*». En av ungdommene underbygger dette ved å uttrykke:

Ja, man kan ha dårlig selvtillit, man ser bare feil ved seg selv eller man ser ikke likheter med dem som er rundt (...) det blir da vanskelig å være åpen og sosial.

Dette utsagnet viser videre hvordan det å føle seg annerledes kan føre til at man trekker seg fra fellesskap med andre. I sin beskrivelse av en venn som har psykiske problemer sier en av ungdommene: «*hun føler at hun er så annerledes og ikke passer inn (...) hun vil ikke vise*

seg frem», og en annen trekker frem: «*man kan slutte å gå på skolen*» som en konsekvens av å ha psykiske problemer.

En av elevene mener at de som har psykiske problemer også kan påvirke hvordan de blir oppfattet og behandlet av andre:

Noen gjemmer seg bak sykdommen og kutter alt vekk og tenker at nå er ingen ting greit lenger, mens andre prater åpent om det og sier at de ikke ønsker å bli sett på som den personen som er psykisk syk.

Ungdommene jeg intervjuet fremhever at det ofte ikke er samsvar mellom den oppfatningen man har om seg selv når man har psykiske problemer og den oppfatningen andre har om deg, slik det her blir sagt: «*Når du selv er psykisk syk så tror jeg fort at man kan tenke at alle andre ser på deg og tenker på det, men så er det kun deg selv som sitter og tenker på det egentlig*».

5.3. Søke hjelp - hjelpe andre.

Denne delen av empirien er ment å belyse ungdommenes tanker og erfaringer rundt det å søke hjelp for psykiske problemer.

Profesjonell hjelp

Et av hovedmålene med VIP – programmet er at elevene som gjennomfører intervensjonen skal bli mer oppmerksomme på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer. Det er ingen tvil om at ungdommene som deltar i min undersøkelse har gode kunnskaper om hvor de kan søke profesjonell hjelp: «*vi har alltid fått fortalt at vi kan komme til helsesøster og familiesenteret*» sier en og en annen sier: «*vi kan gå til den sykepleieren på skolen som er spesialist på dette*». «*Ellers kan man jo gå til psykolog eller fastlegen (...) og hvis jeg var i tvil ville jeg søkt på nettet*» uttrykker en tredje.

Gjennom intervjuene kommer det frem at det å søke hjelp av det profesjonelle hjelpeapparatet «*sitter lang inne*» som en uttrykker det. En annen sier: «*Jeg ville gått til helsesøster fremfor en psykolog (...) men helst ville jeg prata med noen jeg kjenner og har et godt forhold til*». På den andre siden uttrykker en av ungdommene at: «*det kan være vanskelig å komme til familien eller en av vennene og si at du har problemer*». Alle er samstemte i at det å gå til psykolog føles vanskelig. En av elevene trekker frem det å gå til psykolog som et tegn på at man er alvorlig syk: «*Det høres ut som noe er veldig ille hvis noen har vært hos psykologen*». Ungdommene mener videre det kan være flere årsaker til man ikke søker hjelp, en sier det slik: «*Jeg tror det er mange ikke søker hjelp fordi de ikke innser selv at det er noe psykisk*» en annen sier det på denne måten: «*man kan få hjelp men*

det er ikke alle som vil ha hjelp – eller som klarer å innse selv at du ikke blir bedre av å gå der å gruble over ting»

Læreren

Læreren blir av flere fremhevet som en de kunne tenke seg å snakke med hvis de hadde problemer, en av elevene uttrykker dette slik:

Jeg ville kanskje snakket med læreren min, hvis du har hatt den samme læreren og det er en du kan stole på, de skal jo være profesjonelle og det er jo en voksen person du kan gå til.

Videre sier en av elevene at det å snakke med læreren gjør at problemene oppleves mindre alvorlige: *«læreren er en del av hverdagen det føles ikke som det er så alvorlig om man snakker med han/hun»*. En annen utfyller dette ved å si: *«da kan man snakke om ting før det blir store problemer»*.

Ungdommene har klare forventinger til hvordan en lærer må være for at de skal kunne prate med han/henne. Flere av ungdommene mener det kunne være naturlig å snakke med kontaktlæreren. En uttrykker det slik *«vi har jo elevsamtaler, og er det en på skolen man skulle kunne prate med så må det være kontaktlæreren»*. I denne sammenheng skyter en av elevene inn: *«min kontaktlærer har jeg ikke i noen fag, noe jeg synes er veldig dumt, for skal man kunne snakke så må man jo bli litt kjent og føle seg trygg»*. For å få en god relasjon til læreren mener alle ungdommene at tidsperspektivet er viktig. En sier det slik: *«Kontaktlærer kan man få et godt forhold til hvis du har den samme i tre år»*

«Jeg tror mange kunne tenkt seg å snakke litt mer med læreren sin hvis de har problemer, men de gjør det ikke for læreren er ikke interessert» uttrykker en av elevene. Det å ha en god relasjon til læreren viser seg å være viktig for ungdommene for å kunne snakke med dem om hvordan de har det. En av ungdommene beskriver en «sånn lærer» på følgende måte: *«En man har en god tone med, som ser litt forbi karakterer og sånn»*. En annen fremhever: *«en som hører og er åpen for å høre på problemene mine og se om det er noen i miljøet som kan hjelpe»*. Elevene mener det er lett å merke om en lærer er interessert og en man kan snakke med:

Man merker det på hvordan de oppfører seg hvordan de prater med elevene om du føler at du kan betro deg til han eller henne. Noen føler man at man kan prate med og med andre er det vanskeligere

Hjelp til selvhjelp

I følge ungdommene i mitt materiale, og som jeg tidligere har beskrevet i oppgaven, er det mange som ikke søker profesjonell hjelp for sine psykiske problemer. Mange velger isteden å snakke med noen de har et godt forhold til. Læreren definerer de som noe midt i mellom

det profesjonelle og det private «hjelpenettverket». En av ungdommene beskriver det slik: «læreren er jo profesjonell som lærer, men han er ikke psykolog eller noe sånn». Hvem de vil velge å snakke med beskriver en av ungdommene i dette sitatet:

Jeg tenker at det kom an på problemene men at jeg ville starta med å prate med noen jeg kjenner og har et godt forholdt til for eksempel tanta mi eller en venninne eller kanskje læreren min

Gode venner viser seg å være viktige samtalepartnere når ungdommene har psykiske problemer. En av ungdommene fremhever det slik:

Det er veldig viktig å ha ordentlige venner, en som prøver å forstå (...) at man kan kommuniserer ordentlig og være ærlig mot hverandre og tåle å høre det negative.

Hvem ungdommene velger å snakke med når de har psykiske problemer eller hvem de velger å hjelpe er avhengig av relasjoner. En av ungdommene beskriver sitt forhold til en venn som sliter med psykiske problemer på denne måten: «vi snakker faktisk ganske ofte om psykiske problemet, ja man kan si at hun har tiltro til meg» Videre kommer dette frem i utsagnet under som er fra en av de andre elevene:

Hvis du går mye med den personen så er du den rette til å hjelpe (...) hvis dere er veldig gode venner eller kjærester så er du nok den rette til å snakke om det, men hvis du ikke kjenner den personen så godt og vet ikke helt konkret hva den personen sliter med da blir det vanskelig.

5.4. Psykisk helse – en plass i skolen?

Denne delen av empirien er ment å belyse ungdommenes erfaringer med skoleprogrammet VIP og hvilken plass de mener temaet «psykisk helse» bør ha i skolen. Ungdommenes erfaringer rundt dette, må slik jeg forstår det, ses i sammenheng de tre hovedtemaene som er belyst tidligere i dette kapittelet.

VIP – lenge siden

Alle ungdommene som deltar i denne studien mener skoleprogrammet VIP er bra selv om det er noe ulikt hvor mye de konkret husker fra programmet. En av ungdommene sier: «Husker at jeg syntes det var bra når vi hadde det, men husker ikke så mye nå av det vi lærte» En annen ungdom husker mer detaljer og knytter det opp mot behovet for kunnskap der og da:

Jeg husker at akkurat på den tiden hadde jeg faktisk en god venn av meg som slet psykisk med dårlig selvbilde og jeg husker at da fikk jeg spurt om det jeg lurte på, og så fikk jeg snakket med en person etterpå og brukte mye av det jeg lærte der. (...) Det passet veldig god for meg da, det var noe jeg trengte.

Som beskrevet under punkt 5.1 knytter ikke ungdommene kunnskapen de har et år etter intervensjonen direkte til VIP - programmet. Tidsaspektet er en viktig faktor og en ungdom sier det slik: «*Jeg kunne ganske mye om sykdommer og sånn etter vi hadde hatt det VIP - opplegget, men det er jo så lenge siden (...) så glemmer man det etter som tiden går*». En av de andre ungdommene understreker dette ved å si: «*det har gått litt i glemmeboka etterpå, det er jo ganske lenge siden og man lærer jo så mye nytt hele tiden*». De gir alle uttrykk for at det er lenge siden de hadde VIP programmet og en sier: «*det burde vært gjort slik at man ikke glemmer det (...) vi burde hatt det alle tre åra*». En annen sier: «*En gang er ikke nok*», mens en tredje elev på sin side uttrykker: «*Om vi trenger mer, er nok veldig individuelt (...) men det skader ikke å ha noe om det*»

Psykisk helse – tema i skoletiden

Det er ingen tvil om at ungdommene mener at temaet «psykisk helse» hører hjemme i skolen en sier: «*Det kunne absolutt vært mer (...) og det er i hvert fall bra at det blir gjort noe i første klasse*». En annen sier det på denne måten: «*Jeg synes vi må lære noe om psykisk helse og da er skolen et bra sted*». En tredje uttrykker: «*det er viktig å snakke om det før videregående også tror det er enda mer fordommer da*», noe de andre tre elevene nikker bekreftende til.

Utfordringer knyttet til psykisk helse og det å være ungdom fremhever en av ungdommene som en viktig grunn for å ha «psykisk helse» som temaet i skolen, sitatet under viser dette:

Jeg synes så absolutt det har noe i videregående skole å gjøre. Statistikken viser at det er veldig mange som sliter spesielt i den alderen vi er i så jeg synes det kunne vært enda oftere.

Det at skolen er et sted hvor man lærer allmennkunnskap mener en av elevene gjør skolen godt egnet til å lære om psykisk helse. «Psykisk helse» kan alminneliggjøres ved å ha det som et fag på lik linje med andre fag foreslår fler av elevene og en sier:

(...) det er jo allmennkunnskap man lærer på skolen, og det vi lærer om på skolen vet vi er vanlig. Det med det psykiske er noe alle trenger å vite noe om for det kan skje med mange.

En av de andre ungdommene trekker i denne sammenheng inn at det å snakke om det på skolen kan være med på å redusere stigma knyttet til psykiske problemer:

(...) for at det ikke skal være tabu, og ikke bli tabu må det kanskje bli tatt opp oftere i hverdagen til folk.

Det er flere faktorer som trekkes frem som bra med VIP – programmet. En av ungdommene sier: «*Når man lærer om tegn og symptomer på ting så blir man mer oppmerksom på om andre og en selv har de symptomene*» Denne økte kunnskapen kan som en elev uttrykker

det: « (...) gjøre at det er lettere å skjønne om noe er galt og kanskje søke hjelp» samtidig uttrykker begge disse ungdommene at det kan være en fare for at man blir for opptatt av å se etter symptomer både hos seg selv og andre. Anonyme spørsmål og det å få snakket med noen som er profesjonelle ble også fremhevet som viktig, sitatet under fra en av ungdommene beskriver dette:

Anonyme spørsmål er veldig bra (...) og at de som svarer har greie på det – det at det er mulig å stille spørsmål og får svar. Når det er anonymt er det lettere å åpne seg, det er også lettere å stille mer personlig spørsmål hvis folk ikke vet hvem det er fra.

Elevene har også klare formeningene om hva som ytterligere kan gjøres i videregående skole i forhold til temaet psykisk helse. I tillegg til å få mer faktakunnskaper om tegn og symptomer, mener flere av ungdommene det kunne vært nyttig å få besøk av mennesker som har eller har hatt psykiske problemer. En av elevene uttrykker det som er beskrevet her:

Man lærer mye av at folk kommer med personlige historier eller at de forteller om andres historier og ikke bare fakta om det.

Andre forslag som kommer opp er: «å lage stands», «gjøre noe stort ut av det sånn som det klimaseminaret » eller som en annen foreslår:

Vi har jo basistimer, så vi kunne jo ha jobbet litt med det i de timene. Vi kunne for eksempel få vite hvem vi kan prate med og ta kontakt med, og kanskje snakket litt om de forskjellige sykdommene».

Et annet forslag som en av ungdommene kommer med er å gjøre slik de gjorde med miljøprosjektet:

(...) de delte oss i tilfeldige grupper så fikk vi et oppdrag som vi skulle vise fremt til slutt, det hjalp meg til bli kjent med folk i klassen som jeg ikke kjente – det gjør at man kan blir litt mer åpen for andre, hvorfor ikke gjøre noe sånn i forhold til psykisk helse?

En annen elev mener dette forslaget kan være bra for å få et godt klassemiljø der man hører til og uttrykker: «Det verste en person kan oppleve er jo å være ensom og føle seg aleine mens man ser på alle andre som har det bra. Det er viktig å tilhøre en klasse. Være en del av noe».

Psykisk helse i skoletiden – noen utfordringer

Som beskrevet tidligere i dette kapittelet mener alle ungdommene jeg intervjuet at VIP – programmet har sin plass i videregående skole og at det burde vært enda mer fokus på psykisk helse i skolen. De kommer samtidig med noen refleksjoner og utfordringer knyttet til det å ha fokus på psykisk helse og psykiske problemer i skoletiden. Dette uttrykkes slik av en av ungdommene: «Hvis man ikke sliter selv tror jeg det er bare bra å ha mye om det på skolen» videre uttrykker samme ungdom på den andre siden at:

(...) det er ikke sikkert at det bare er positivt. Hvis det er noen som sliter med sin psykiske helse kan de synes at det blir litt mye snakk om det (...) de vil egentlig ikke tenke så mye på det at de sliter med psykisk helse og får kanskje høre at det er mer alvorlig enn de trodde, så jeg tror det kan gå begge veier.

Dette sitatet viser at det å ha mer «psykisk helse» i skolen kan oppleves som utfordrende for de som har psykiske problemer, en elev uttrykker en bekymring for at «*det kan føre til at folk vil skjule det for ikke å få oppmerksomhet*». En annen elev uttrykker bekymringen rundt det å ha fokus på og snakke om lidelser i når hele klassen er samlet:

Jeg tenker at det som er vanskelig på en skole og i en klasse er at det kan være nettopp noe som har det problemet eller sykdommen som man snakker om. Jeg vet ikke hvordan det ville vært for den personen, man ville kanskje følt det veldig ubehagelig. Når du selv er psykisk syk tror jeg fort at man kan tenke at alle andre ser på meg og tenker på det.

Hvordan en klasse taklet det å snakke om psykiske problemer sier en av ungdommene er: «*avhengig av miljøet i klassen og de personene som er der. Dersom det er et godt miljø der man er åpne med hverandre og at det som en annen elev uttrykker: «ikke er noen stygge kommentarer og sånn ville i hvert fall ikke jeg hatt problemer med å snakke om det, det er jo sunt å få det litt rett inn også»*

5.5 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet presentert en sammenfatning av ungdommenes beskrivelse av kunnskaper, forståelse og holdninger til psykisk helse og psykiske problemer og deres erfaringer med skoleprogrammet VIP. En oppsummering av presenterte hovedtemaene med tilhørende undertemaer vises i tabellen under.

Problemstilling				
<ul style="list-style-type: none"> Hvilke erfaringer har ungdommer rundt temaet psykiske helse og det tilbudet som blir gitt dem i videregående skole, gjennom VIP – programmet? 				
NIVÅ 1 Hovedtema	Kunnskaper og forståelse av psykiske helse og psykiske problemer	Forståelsen av holdninger til psykisk helse og psykiske problemer.	Søke hjelp - hjelpe andre.	Psykisk helse – en plass i skolen?
NIVÅ 2 Undertema	Psykisk helse – psykiske problemer	Ungdommenes egne holdninger	Profesjonell hjelp	VIP – lenge siden
		Stigmatisering – være åpen	Læreren	Psykisk helse – tema i skoletiden
		Stigmatisering – bli en diagnose	Hjelp til selvhjelp	Psykisk helse i skolen – noen utfordringer
	Årsaker	Selvstigma – se ned på seg selv		

Det er mange av de presenterte temaene som kunne vært spennende å fordype seg i. For å belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmål har jeg valgt tre temaer som jeg med til videre drøfting.

1. Skolen som arena for «psykisk helse»
2. Hvor søker ungdom hjelp?
3. Holdninger – stigmatisering

6.0 Drøfting

I dette kapitlet presenteres drøftinger av studiens funn knyttet til problemstilling, forskningsspørsmål, relevant teori og tidligere forskning.

6.1 Skolen som arena for «psykisk helse»

Det er en økt satsningen, både nasjonalt og internasjonal, på å bruke skolen som forebyggende og helsefremmende arena i forhold til temaet psykisk helse (Andersen, 2011, Weist og Murray, 2007). Skolen er et sted hvor man møter mange ungdommer og hvor intensjonen er læring (Andersen, 2011). Dette mener mine informanter gjør skolen til « et godt egnet sted for å lære om dette» og at temaet psykisk helse «så absolutt har noe i videregående skole å gjøre». Satsningen på «psykisk helse i skolen» er forankret både faglig og politisk og har som mål å styrke den enkeltes mental health literacy, som kort kan beskrives som den enkeltes kunnskaper, oppfatninger og holdninger til psykisk helse og lidelser (Jorm 2000). I et helsefremmende perspektiv kan dette bety at den psykiske helsen bedres ved å øke graden av mestring, selvbilde og velvære, og å øke evnen til å takle motgang og belastninger. (Major et. Al, 2011)

Det å alminneliggjøre psykisk problemer ved å ha det som tema i skoletiden synes å være viktig for mine informanter. Utsagn fra ungdommene som for eksempel dette: «(...) det er jo allmennkunnskap man lærer på skolen, og det vi lærer om på skolen vet vi er vanlig» kan forstås som at det å integrere temaet psykisk helse som en del av undervisningen er med på normalisere og ufarliggjøre det. Dette er elementer som også gjenkjennes som delmål forskolegrammet VIP både med tanke på alminneliggjøring, men også i forhold til økt forståelse. Å alminneliggjøre psykiske problemer kan ses som viktig for å øke kunnskapen, redusere stigma og senke terskelen for å søke hjelp. Alle ungdommene har en psykisk helse, som de trenger kunnskaper, holdninger og ferdigheter i tilknytning til. Et mindretall har psykiske problemer og lidelser og for de som har den type utfordringer er bildet ofte sammensatt og komplekst. En generell alminneliggjøring kan innebære en fare for å

underkommunisere kompleksiteten knyttet til dette. Samtidig som alle er tjent med kunnskap, både for å søke hjelp når man trenger det, men også fordi kunnskap kan være en styrke for nettverket rundt noen som sliter.

Rapporten fra folkehelseinstituttet, *Psykiske lidelser i Norge*, viser at symptombelastningen stiger og endres med økende alder, forekomsten av emosjonelle lidelser dobles, spesielt angst og depresjon, mens adferdsforstyrrelsene reduseres etter puberteten. (Mykletun et. al., 2009). Disse utfordringer knyttet til ungdomstiden fremhever mine informanter som en viktig grunn for å ha temaet «psykisk helse» i videregående skole. «Veldig mange sliter spesielt i den alderen vi er i, så jeg synes det kunne vært enda oftere» uttrykker en av ungdommene. Dette forstår jeg som at ungdommene ønsker et bredere tilbud enn det som blir gitt dem gjennom VIP – programmet, et tilbud som kan støtte dem gjennom en tid med mange utfordringer. Dette underbygges ved at det i empirigjennomgangen fremkommer at ungdommene ønsker mer fokus på temaet psykisk helse «gjennom alle tre åra».

Ungdommene uttrykker at det føles lenge siden VIP – intervensjonen og at de ikke husker så mye konkret. «Jeg kunne ganske mye om sykdommer og sånn etter vi hadde hatt det VIP - opplegget, men det er jo så lenge siden (...) så glemmer man det etter som tiden går». Med tanke på at intervensjonen gjennomføres bare to ganger i løpet av 14 dager, kan man diskutere om dette er nok for å oppnå læring? I læringsteorien fremheves det at læring er en prosess og at læring skjer når man tilegner seg kunnskaper, egenskaper og holdninger (Asbjørnsen, 1999). I ungdomstiden er det flere ungdommer som har liten egen erfaring knyttet til psykiske problemer, noe som kan være med på komplisere læringsprosessen (Illeris, 2006). Det kan for eksempel være vanskelig å skille mellom normale variasjoner i følelser og reelle psykiske problemer. I effektevaluering av VIP – programmet finner Andersen (2011) at programmet har klare effekter på kunnskaper om psykisk helse hos elevene 6 -12 måneder etter gjennomføringen

Skoleprogrammet VIP har en universell tilnærming, det betyr at programmet er rettet mot alle ungdommer i skolen og ikke bare mot dem som har definert risiko (Major et.al., 2011). Mens selektiv (grupperettet) forebygging rettes mot grupper som har en kjent risiko hvor tiltaket kan ha god effekt på den enkelte og gruppen (Major et.al., 2011) Skoleprogrammet VIP er en intervensjon alle skal være med på og hvor ingen skal oppleve å skille seg ut.. Målet er å oppnå noe for ungdommer med begynnende plager men også at «friske» ungdommer skal lære noe om seg selv og sine medmennesker (Lien, 2012). I ungdomstiden er det å være lik de andre av stor betydning (Bunkholdt, 2000), noe også mine informanter er opptatt av. De uttrykker blant annet: «man vil at ting skal være normalt» og «man vil være lik andre og med i gjengen». De fleste ungdommer som utvikler psykiske plager tilhører ikke spesielle

risikogrupper og i følge Folkehelseinstituttets rapport (2011) kommer 80 – 90 % av barn og unge med høyt symptomnivå fra «vanlige familier» uten kjennetegn på risiko. Det er likevel slik at konfliktfylte forhold mellom foreldre, belastende livshendelser eller at foreldrene har psykiske problemer øker sannsynligheten for å utvikle symptomer (Major et. al., 2011. s 19). Mitt materiale viser også at noen av ungdommen har betenkeligheter rundt det å snakke om psykiske lidelser i klasserommet, altså en universell tilnærming. Forskningen viser litt forskjellig når det gjelder hvilken type intervensjon som gir best helsegevinst. I følge Mathisen et al, (2007) og Helland og Mathisen,(2009) kan det se ut som universelle helsefremmende tiltak rettet mot psykisk helse gir størst helsegevinst . Weare og Nind (2011) derimot har i sin internasjonale metastudie funn som tyder på at en kombinasjon av universell og selektiv tilnærming har mest positiv effekt.

«Jeg tenker at det som er vanskelig på en skole og i en klasse er at det kan være nettopp noe som har det problemet eller sykdommen som man snakker om. Jeg vet ikke hvordan det ville vært for den personen, man ville kanskje følt det veldig ubehagelig»

Sitatet over viser at mer «psykisk helse» i skolen kan oppleves som utfordrende for de som har psykiske problemer, en elev uttrykker en bekymring for at «det kan føre til at folk vil skjule det for ikke å få oppmerksomhet». Hvordan en klasse taklet det å snakke om psykiske problemer sier en av ungdommene er: «avhengig av miljøet i klassen og de personene som er der. Dersom det er et godt miljø der man er åpne med hverandre og at det som en annen elev uttrykker: «ikke er noen stygge kommentarer og sånn ville i hvert fall ikke jeg hatt problemer med å snakke om det, det er jo sunt å få det litt rett inn også». Miljøet på den enkelte skole og i den enkelte klasse viser seg å være viktig. Folkehelseinstituttet vurderer skoler som kjennetegnes av et miljø der elevene er en del av fellesskapet, opplever mestring og ikke blir mobbet, som en de viktigste forebyggende og helsefremmende arenaene i forhold til psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2011).

Ved at temaer knyttet til psykisk helse tas opp i skolen, kan det bidra til å øke den enkeltes allmenndannelse, mental health literacy. En alminneliggjøring av temaet kan i helsefremmende og forebyggende perspektiv bidra til at kunnskap og tiltak kan nå unge mennesker som har psykiske helseutfordringer og bidra til at de kan søke hjelp. Tiltaket kan også bidra positivt ved at venner, som et nettverk rundt den unge, kan opptre støttende Ungdommene som deltar i denne studien har alle vært med på gjennomføringen av VIP, noe de mente var veldig bra. Som tidligere nevnt ønsket de mer om dette temaet, noe de uttrykte på denne måten: «det kunne absolutt vært mer», «en gang er ikke nok» og « vi skulle hatt det alle tre åra». De uttrykte også et ønske om mer faktakunnskap om tegn og symptomer, og de kom med konkrete forslag: «å lage stands», «gjøre noe stort ut av det, sånn som det

klimaseminaret » eller «bruke noen av basistimene til å snakke om temaet». Dette støttes av forskning, der Weare og Nind (2011) i en internasjonal metastudie finner at programmer med et positivt fokus på psykisk helse der elevene blir engasjert i praktiske oppgaver og aktiviteter og hvor de kombinerer universelle og selektive tilnærminger har større sannsynlighet for å lykkes. Videre er det av betydning at intervensjoner starter når barna er små og fortsetter til de ble eldre og at det var forankret i lærerplaner og pedagogisk tilnærming.

6.2 Hvor søker ungdom hjelp?

Det var et gjennomgående inntrykk i mitt materiale at det «*sitter langt inne*» for ungdommene jeg intervjuet å søke hjelp fra det profesjonelle hjelpeapparatet. Generelt sett er det bare et mindretall av de som oppfyller diagnosekriteriene som søker profesjonell hjelp (Jorm, 2000). Effektevaluering av VIP – programmet viser at intervensjonen har liten effekt på hjelpsøking 6-12 måneder etter gjennomføring (Andersen, 2011), til tross for at forskningen viser at mange ungdommer sliter med psykiske problemer. Så mange som 15 – 20 % av barn og unge, har å store problemer knyttet til psykisk helse, at det går ut over daglig fungering (Mykletun et.al., 2008). Mitt materiale ser ut til å ha sammenfallende funn, som Andersen (2011), hvor ungdommene uttrykker at de kjenner godt til hvor de kan søke hjelp for sine problemer, men at det føles vanskelig å oppsøke profesjonell hjelp.

Lærer en «brobygger»

Jorm (2000) fremhever at personer som opplever symptomer på psykiske lidelser enten hos seg selv eller hos andre, vil selv være den sentrale i å lindre sine symptomer. Det profesjonelle hjelpeapparatet vil bare være en av mange strategier personen prøver for å håndtere dette. Empirigjennomgangen viser nettopp dette, at ungdommene opplever at de har et ansvar selv for å håndtere sine symptomer. I mitt materiale trer læreren, spesielt kontaktlæreren, frem som en person ungdommene ønsker å snakke med hvis de sliter med psykiske problemer. Dette kan forstås som at det å oppsøke læreren er en viktig mestringsstrategi for elevene for å håndtere symptomer, spesielt når funnene tyder på at de ikke ønsker å oppsøke det profesjonelle hjelpeapparatet. Antonovsky (2012) peker i sin teori på generelle motstandsressurser hos personen som kan fremme effektiv mestring av krevende situasjoner. Kultur, sosial støtte, fysiske ressurser, religion, kontroll, egoidentitet, mestringsstrategier og kognitive ressurser er eksempler på motstandsressurser som vil være av betydning for grad av mestring. Desto større personlige og kollektive motstandsressurs personen potensielt opplever å ha tilgjengelig og kan anvende, jo bedre opplever personen en sammenheng i sin situasjon. SOC. Den enkeltes Mental health literacy vil påvirke hvordan man håndterer sine symptomer, det er derfor av betydning å øke den enkeltes Mental health

literacy, for å være bedre rustet til å oppdage, mestre og forebygge psykisk problemer/lidelser (Jorm, 2000). Mitt totale inntrykk av intervjuene var en økt Mental health literacy hos ungdommene. De har gode kunnskaper om hvor de kan søke hjelp og klare formeninger hvor de ønsker å henvende seg ved problemer. De synes programmet var bra og ønsker mer om temaet psykisk helse i skolen og gir inntrykk av å ha en forståelse og innsikt i temaet

At elevene oppfatter læreren som en de «*kan snakke med om ting før det blir store problemer*» gir læreren en helt unik mulighet til å bidra til god håndtering av problemer som ungdommer sliter med, i en tidlig fase. Det viser seg imidlertid at svært mange ungdommer med betydelige psykiske plager ikke blir fanget opp av lærere i skolen (Helland og Mathisen, 2009). Et av delmålene med VIP – programmet, er nettopp det at læreren skal få økte muligheter til å kunne oppdage problemer hos elevene på et tidlig tidspunkt, for deretter å kunne sette i verk egnede tiltak (Lien, 2012). Dette er en problemstilling jeg ikke kommer nærmere inn på i min studie.

Ungdommene ser på læreren som enklere å henvende seg til enn en psykolog som de uttrykker: «føles vanskelig». Hvis læreren er mottakelig for disse henvendelsen, vil det slik jeg ser det, være flere ungdommer som kan få hjelp med sine problemer. Læreren kan da bli en «brobygger» mellom eleven og det profesjonelle hjelpeapparatet. I forberedelsens til gjennomføring en av VIP legges det vekt på at læreren ikke opptrer som fagperson innenfor psykisk helse. Ved at læreren er bevisst sitt kompetanseområde og hvilket hjelpeapparat som er tilgjengelig ved skolen, kan gode samarbeidsløsninger etableres i samarbeid med ungdommen.

Skolens helsesøster og to personer fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse er involvert i fjerde fase av intervensjonen. Dette er i tråd med samhandlingsreformen intensjon om et tettere samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten, og målet om å kunne tilby kompetanse der den enkelte bor. Slik jeg forstår det, og som også mine informanter uttrykker det: «vi har alltid fått fortalt at vi kan komme til helsesøster» gis det en forventning til helsesøster tilgjengelighet gjennom intervensjoner, noe som kan være en utfordring med tanke på hvilke resurser som er avsatt til bruk i videregående skole. I henhold til problemstillingen avgrensers jeg meg fra videre drøfting rundt dette temaet.

Relasjon til læreren

Ungdommene forutsetter at det er en god relasjon mellom lærer og dem selv, for at de skal ta kontakt angående psykiske helse og psykiske problemer. Det må være «en sånn lærer». En sånn lærer kan ut fra elevenes beskrivelser forstås som en lærer med profesjonell

relasjonskompetanse. Profesjonell relasjonskompetanse beskrives i litteraturen som evnen til å etablere kontakt og ta ansvar for å skape et utviklingsstøttende og lærende samspill (Linder og Mortensen, 2006). Slik jeg tolker mine funn fremstår anerkjennelse og tillit som viktige faktorer i lærer - elev relasjonen. «En som hører», «en du kan stole på», «en som ser forbi karakterene» og «en du har en god tone med» er måter ungdommene uttrykker dette på. I følge Drugli (2012) er det nettopp dette som beskriver en god lærer – elev relasjon. Anerkjennelse forutsetter et gjensidig og likeverdig forhold der læreren lytter, bekrefter og aksepterer eleven og ikke devaluerer eleven som person. Videre sier hun at ved å være forutsigbar, rettferdig, forståelsesfull og pålitelig har læreren, som den profesjonelle, ansvar for at eleven skal få tillit til han/henne (ibid). Dette støttes av Murberg og Brun (2008) som i sin studie finner at et godt forhold til læreren, preget av omsorg og emosjonell støtte hjelper elevene til å bevare selvspekten.

Elevene i mitt materiale utaler at det er lett å se om en lærer er interessert gjennom «måten han/hun oppfører seg på og prater med elevene». Lærerens handlinger kan være av betydning for om elevene opplever at det er greit å ta kontakt med læreren for å snakke om sine problemer. Det å samhandle med den andre og forstå det som skjer i samhandlingen, gjenspeiler seg i følge Røkenes og Hansen (2012) i alle handlingselementer til en lærer og vil sammen med kunnskaper og ferdigheter utgjøre lærerens samlede yrkeskompetanse. Gjennom samhandling synliggjøres det om læreren er opptatt av at eleven skal føle seg sett, hørt, forstått og anerkjent (ibid). Flere studier underbygger relasjonens betydning og fremhever lærer – elev relasjonens betydning for ungdommens selvspekt, psykiske helse, faglige utvikling, og psykosial fungering. (Murberg og Brun, 2008, Roorda et. al.2011 og Gustafsson, 2010). Elevene uttrykker gjennom denne studien at ikke alle opplever å ha en kontaktlærer de kan snakke med hvis de har problemer. I en systematisk gjennomgang av internasjonal forskning finner Gustafssons et al. (2010) at positive relasjoner mellom lærer og elev kan bidra til å beskytte risikoutsatte elever mot å utvikle psykiske problemer. Negative relasjoner mellom lærer og elev viser seg å ha sammenheng med både dårlige skoleprestasjoner og utvikling av psykiske problemer. Dette støttes av rapporten fra Folkehelseinstituttet (Helland og Mathisen, 2009) som viser en klar sammenheng mellom ungdommers psykiske helse og den støtten de opplever å få fra lærer. Da lærerrollen kan oppleves å være under press med både faglige, relasjonelle og organisatoriske krav, er det etter min forståelse viktig at denne type forskning legges til grunn for å underbygge hvilken betydning et godt psykososialt miljø har både helsemessige og læringsmessige.

Kontaktlæreren har en aktiv rolle i gjennomføringen av VIP – programmet Selv om jeg i denne studien ikke undersøker selve gjennomføringen av VIP – programmet kan ikke tiltaket,

slik jeg ser det, forstås løserevet fra selve gjennomføringen. Slik jeg forstår det vil de mellommenneskelige relasjoner mellom lærer og elev i selve gjennomføringen være av betydning for hva tiltaket innebærer for den enkelte og den kontakt som blir etablert. Ungdommene i mitt materiale uttrykker at «det tar tid» å få et godt forhold til læreren. Slik jeg ser det kan selve gjennomføringen av intervensjonen, som foregår på høsten i første klasse, være en mulighet for kontaktlærer til å bygge opp en god relasjon med elevene. Min erfaring fra tiden som kontaktlærer er at det var stor variasjon i lærerens kompetanse og holdning til det å snakke med elevene om psykiske problemer. Dette vil kunne påvirke hvordan læreren fremstår i gjennomføringen, og om de gir signaler om at det er ok å ta kontakt for å snakke om psykiske problemer. Lærerens holdninger til psykiske problemer og den kunnskapen som blir formidlet gjennom intervensjonen, vil slik jeg ser det, kunne påvirke tilliten, som er en viktig forutsetning for en god relasjon mellom lærer og elev (Drugli 2012). VIP – programmet bygger på empowerment, som innebærer det å se og anerkjenne elevens egen kompetanse. I programmet inviteres elevene til å stille spørsmål, være aktive i bruk av elevheftet og påvirke hva timene skal inneholde. (Askheim og Starrin, 2007). Ved at elevene påvirker deler av programmets innhold og gjennomføring, ved å fremme egne ønsker og synspunkter, kan bidra til ny innsikt for læreren. Det at læreren ser på eleven som aktivt handlende for sitt eget best i fellesskap med andre, kan være en viktig forutsetning for relasjonskompetanse og for at ungdommene henvender seg til kontaktlæreren ved problemer.

Empirigjennomgangen viser at flere av ungdommene ønsker en god relasjon til kontaktlæreren, slik at de kan snakke med han/henne om «hvordan de har det», og gjerne «før problemene blir for store» I den sammenheng er det betenkelig at lærer – elev relasjonen generelt sett viser seg å avta etter hvert som elevene blir eldre. Dette kan skyldes mange forhold, som for eksempel færre timer med kontaktlærer, elevene er eldre og søker ikke så mye kontakt med læreren eller faglærere som har fokus på fag og ikke relasjon (Drugli, 2012). Forskning gjennomført av Roonda et al.(2011) viser at relasjon mellom lærer – elev absolutt er av betydning for elever i videregående skole. Lærerrelasjonen viser seg å ha større betydning for tenåringer enn for yngre elever og synes å bety aller mest for de eldste elevene, både faglig og psykososialt (ibid)). Dette kan tyde på at relasjonskvaliteten ikke er mindre betydningsfull selv om kontakten er avtagende. Slik jeg forstår ungdommene i min studie, kjenner de selv på utfordringene knyttet til det å etablere en god lærer – elev relasjon ut ifra hvordan videregående skole er organisert. Utfordringer knyttet til timeplanlegging og kontinuitet i kontaktlærerrollen blir fremhevet av elevene. En ungdom sier: «*min kontaktlærer har jeg ikke i noen fag, noe jeg synes er veldig dumt, for skal man kunne snakke, så må man jo bli litt kjent og føle seg trygg*».

Det fremstår som tydelig for meg i gjennomgangen av mitt materiale at ungdommene jeg intervjuet ønsker en god relasjon til kontaktlæreren sin. En person de har tillit til og kan snakke med om hvordan de har det. Det fremstår samtidig som utfordrende at relasjonen er sårbar, med tanke på lærerens kompetanse, personlig egnethet og skolens organisering og tilrettelegging for å prioritere denne type arbeid.

6.3 Holdninger - stigmatisering

Historisk sett har psykiske lidelser blitt sett på som uheldredelige og skamfulle tilstander (St. meld. nr. 25, 1996-97). Det viser seg fortsatt å være en del tabu og stigmatisering knyttet til dette hos ungdom og befolkningen for øvrig (Andersson et.al., 2010:1).

Stigma

Holdninger knyttet til mennesker med psykiske problemer og lidelser er komplekst, dette kommet tydelig frem i empirigjennomgangen. På den ene siden uttrykker ungdommene at de har gode holdninger til mennesker med psykiske helseutfordringer. Ord som: «respekt», «toleranse», «å forstå den andre», «ærlighet» og «åpenhet» beskriver dette. Samtidig er ungdommen jeg intervjuet, tydelige på at de synes det ville være vanskelig å være åpne hvis de selv hadde psykiske problemer. Følgende sitat fra en av ungdommene viser nettopp kompleksiteten i dette: «Jeg tenker det er greit at andre står frem, men ingen vil vel være den som står frem først». Dette kan forstås som at det er stigma knyttet til det å ha psykiske problemer. I følge Goffman (1963) er stigmatisering å tillegge individet en negativ egenskap på bakgrunn av et bestemt kjennetegn som er dypt diskrediterende, et «stigma». Corrigan og Watson (2002) trekker inn begrepet offentlig stigma som kan forstås som de reaksjonene allmennheten viser mot en gruppe basert på stigma om denne gruppen. Å skille mellom grupper i samfunnet blir først problematisk når det fører til en sosial seleksjon av hvilke menneskelige kvaliteter som skal aksepteres (ibid). Redselen for hva andre vil tenke og aksepterer kan hindre ungdom fra å være åpne om sine problemer, en av ungdommene sier: «(...) man er jo sårbar, jeg bryr meg veldig mye om hva folk tenker om meg og at det kanskje vil endre deres syn på meg». Et kjennetegn ved ungdomstiden er et stort fokus på hvordan de tror andre ser på dem, og de er derfor vare for hendelser og kommentarer som kan virke sårende (Bunkholdt, 2000). Stigma knyttet til psykiske lidelser kan føre til et skille mellom «oss» og «dem» som igjen kan føre til en oppfattelse av at «de» er fundamentalt forskjellige fra «oss» (Corrigan og Watson, 2002). Slik jeg tolker mine informanter, ønsker de ikke å bli identifisert med «dem» som i denne sammenheng er mennesker som har psykiske problemer, i frykt for hva andre skal tro og tenke. I motsetning til mange andre stigmatiserte grupper er ofte ikke psykiske problemer/lidelser et synlig stigma, men så fort man søker hjelp

i det offentlige hjelpeapparatet blir det en synlig etikett (Corrigan og Watson, 2002). Det å dele sine problemer med andre kan åpne for støtte, både ved at man opplever å ikke være alene med det, men også fordi man kan få hjelp. Med et fortsatt stigma knyttet til psykiske lidelser, vil terskelen for å oppsøke hjelp fortsatt være høy.

Fra psykisk helse til psykiatrisk diagnose

En diagnose innen psykisk helse kan fort bli en merking som kan redusere hele mennesket til en kategori. Man blir en diagnose, «engstelig, depressiv, schizofren, man blir en av «dem» og ikke en av «oss» (Rusch, et al., 2005). Denne bekymring uttrykker også mine informanter, gjennom blant annet dette sitatet:

«Hvis man er deprimert for eksempel hadde jeg på en måte følt at folk så på meg som den som er deprimert (...) man blir den deprimerte og folk ser ikke resten av personen, og det hadde jeg ikke likt.

Ungdommene peker her på utfordringer rundt det å få en diagnose. Det kan i dennes sammenheng forstås som en bekymring i forhold til å bli satt i «bås». De uttrykker at dette ikke bare handler om det å bli assosiert med en diagnose, men at psykiske lidelser, til forskjell fra fysisk sykdom, sier også noe om hvem du er som person. En ungdom sier det på denne måten: «psykiske lidelser er inne i hodet, det er jo hjernen og det er på en måte der det kommer fra hvem du er og sånn, det er jo ikke armen som avgjør hvem du er liksom» I stedet for å bli sett på som det mennesket man egentlig er, blir man plassert i en forhåndsdefinert gruppe.

Det relasjonelle har stor betydning når man definerer noe som et stigma. I følge Goffmann (1963) vil egenskaper som forstås som diskrediterende variere, siden det i alt sosialt liv foreligger normer for hva som defineres som normalt og hva som oppfattes som det motsatte. Dette kan forstås dit hen, at det hos mine informanter ligger en ikke uttalt forventning om at mennesker rundt dem vil reagere negativt hvis de er åpne om psykiske problemer og diagnoser, altså en selvstigmatisering. Mitt materiale viser at ord som «mindreverdige, annerledes, dårlig selvtilitt og skamfull» ble brukt for å beskrive hvordan man kan se på seg selv når man har psykiske problemer. Dette blir i litteraturen beskrevet som selvstigma. Selvstigma kan beskrives som fordømmer mennesker med psykiske lidelser vender mot seg selv (Corrigan og Watson, 2002). Teoretisk sett kan man si at offentlig stigma og selvstigma består av det kognitive, følelser og handlinger. (Byrne, 2000 og Corrigan og Watson, 2002). I mitt materiale kan utsagn som: «sett på som annerledes», «synes synd på seg selv» og «ikke takle ting», tyde på at ungdommene er klar over hvilke negative stereotyper som er forbundet med psykiske lidelser, selv om de uttrykte at de ikke er enige i dem. Rusch, et al., (2005) peker på at diskriminerende handlinger først kommer til

uttrykk når man har fordomsfulle holdninger ovenfor denne gruppen. Dette kan slik jeg forstår det, være forklarende i forhold til at mine informanter uttrykker gode holdninger ovenfor mennesker med psykiske lidelser men ønsker ikke å være en av dem selv.

Endring av holdninger

En studie gjennomført blant 4046 Norske ungdommer viser en relativt høy forekomst av fordomsfulle holdninger til psykiske lidelser (Andersson, 2010:1). Endringer av holdninger knyttet til stigma viser seg å være komplekst. Det å snakke om psykiske problemer på skolen, mener flere informanter, kan være med på redusere stigma knyttet til psykiske problemer, en sier «(...) for at det ikke skal være tabu, og ikke bli tabu må det kanskje bli tatt opp oftere i hverdagen til folk». Dette er også en av grunnene til at de ønsker mer om temaet psykiske helse enn hva de blir tilbudt gjennom VIP – programmet. Forskning viser at det ikke nødvendigvis trenger å være omfattende intervensjoner, men at interaktive antistigma programmet på 75 minutter også kan gi signifikante forbedringer i kunnskaper om psykiske lidelser, selvstigma og sosial eksklusjon (Hartman et al., 2013).

Ifølge Thornicraft et al.(2007) er nettopp utfordringen å identifisere hvilke program og tiltak som kan fører til atferdsendringer og reduksjon av diskriminering. Slik jeg ser det, kan et endringsarbeid med fordel omhandle alle tre komponentene i et stigma, det kognitive, affektive og atferden. Ved at man gjennom erfaringslæring reflekterer rundt stereotype oppfatninger, fordommer og diskriminerende atferd som er forbundet med mennesker med psykiske problemer og lidelser kan ny forståelse skapes. Erfaringslæring kan bidra til at ungdommene får selvinnsikt og lærer om seg selv i forhold til andre. Ved at de diskuterer egne erfaringer og tanker i lys av andres erfaringer og teori kan de øke sin forståelse og kunnskap. Ved erfaringsbasert læring er refleksjon sentralt og nøkkelen til å utvikle og endre meninger eller forståelser (Lauvås og Handal 2000). Forskning viser at ungdommer med fordomsfulle holdninger er vanskeligere å nå med skoleprogrammer og det anbefales derfor å ta opp tema knyttet til fordommer før man underviser om psykiske problemer (Skre et al., 2013). Lally et al., (2013) finner i sin tverrsnittstudie blant 735 ungdommer, at den enkeltes fordommer og stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser er en betydelig barriere for å benytte hjelpeapparatet. Forskningen viser, slik jeg ser det, at stigma må tas på alvor i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Ungdommene jeg intervjuet mener det kunne vært nyttig å få besøk i skoletiden av noen som har brukererfaring, noe som ikke er en del av VIP – intervensjonen. En ungdom uttrykker det slik: «Man lærer mye av at folk kommer med personlige historier eller at de forteller om andres historier». Dette støttes av Schachter et al.(2008) som ved gjennomgang av 43 vitenskapelige rapporter finner at samhandling med mennesker som har erfaring med psykiske vansker og som ungdommen kan identifisere seg

med, kan forhindre at diskriminering oppstår og redusere slike holdninger der de allerede eksisterer. De trekker videre frem intervensjoner som går over flere år og som blir gjentatt flere ganger i året som effektive i forhold til stigmatisering (ibid). I følge sosialpsykologisk litteratur er det hovedsak tre tilnærminger som blir benyttet for å redusere stigma; protest, utdanning og kontakt. Protest handler om å hindre stigmatiserende atferd og uriktig informasjon om psykiske lidelser. Kontakt handler om å redusere negative holdninger gjennom direkte kontakt med mennesker som har psykiske problemer eller lidelser og viser seg å være den mest lovende tilnærmingen for å redusere stigma spesielt i kombinasjon med utdanning som forbedrer mental health literacy (Rusch et al., 2005). Ungdommer er ikke en isolert gruppe som opplever å knytte stigma til psykiske sykdommer, og endringer for å redusere stigma vil forutsette tiltak i store deler av samfunnet vårt.

6.4 Oppsummerende kommentar

I dette kapittelet har jeg i hovedsak drøftet ungdommenes erfaringer med skolens som arena for «psykisk helse», hvor de ønsker å søke hjelp ved problemer, og holdninger og stigmatisering knyttet til psykiske helseutfordringer.

Psykiske helse som tema i videregående skole viser seg å være viktig for ungdommene. De er positive til det tilbudet som blir gitt med gjennom VIP programmet i første klasse, men uttrykker et ønske om mer fokus på psykisk helse gjennom hele videregående. Ved at temaer knyttet til psykisk helse tas opp i skolen, kan det bidra til å øke den enkeltes mental health literacy. En alminneliggjøring av temaet kan i helsefremmende og forebyggende perspektiv bidra til at kunnskap og tiltak kan nå både de ungdommene som har psykiske helseutfordringer og de som ikke har det.

Det fremstår som tydelig i mitt materiale at ungdommene jeg intervjuet ønsker en god relasjon til kontaktlæreren sin. Kontaktlæreren fremtrer også som betydningsfull i forhold til hvem ungdommene ønsker å henvende seg til ved problemer. Dette forutsetter en relasjon preget av anerkjennelse og tillit. Det fremstår samtidig som utfordrende at relasjonen er sårbar, med tanke på lærerens kompetanse, personlig egnethet og skolens organisering og tilrettelegging for å prioritere denne type arbeid.

Ungdommene uttrykker gode holdninger til mennesker som har psykiske helseutfordringer. Samtidig kommer det frem at det er stigma knyttet til det å leve med psykiske helseproblemer. Endringer av holdninger knyttet til stigma viser seg å være komplekst, noe som også støttes av læringsteori og forskning på feltet.

7.0 Diskusjon og oppsummering

I dette kapittelet vil jeg diskutere studiens validitet og reliabilitet, resultatenes betydning for praksis og forslag til fremtidig forskning.

7.1 Metodekritikk – validitet og reliabilitet

Målet for all forskning er kunnskapsutvikling.. Målet for denne studien er å utvikle kunnskap om ungdommers forståelse av psykisk helse og psykisk lidelse og hvordan VIP - intervensjonen oppleves. Mental health literacy, stigmatisering og relasjonskompetanse utgjør hoveddelen av det teoretiske rammeverket i denne studien. Hensikten var ikke å studere teorien men å studere ungdommenes opplevelser i lys av denne teorien.

Validering dreier seg iflg. Malterud (2011) om å stille reflekterende spørsmål til hele forskningsprosessen om hvor *gyldig* kunnskapen er. Det sentrale spørsmålet i forhold til en studies validitet er om de metodiske valgene som ligger til grunn, undersøker det man har som intensjon å undersøke (Kvale og Brinkmann, 2010). For å belyse studiens validitet kan man stille seg spørsmål som: ”var det dette jeg lurte på, hvilke kunnskap har ungdommen gitt meg innsikt i, er den teoretiske referanserammen egnet til å forstå det jeg vil lære noe om, hva forteller forskjellige tolkninger meg og gir funnene relevante svar på problemstillingens spørsmål. Kapittel 4 beskriver de metodiske valgene som er gjort, og gir sammen med analyseresultatene i kapittel 5 et grunnlag for å belyse studiens interne validitet.

Informantene i denne studien ble plukket ut av kontaktlærere som er med på å gjennomføre intervensjonen, noe som kan svekke studiens validitet. Siden denne studien ikke er en evaluering av selve gjennomføringen, og dermed ingen evaluering av de involverte lærerne vil det ikke være stor fare for at dette svekker studiens gyldighet. Og som Malterud (2011) understreker er det viktig at utvalget er sammensatt slik at det gir tilstrekkelig gode data for å belyse problemstillingen. Det viste seg gjennom analysearbeidet at de utvalgte ungdommene ga meg et godt og grundig datamateriale for å belyse problemstillingen. Utvalget i denne studien består av informanter fra begge kjønn, en gutt og tre jenter. Jeg har valgt å ikke kategorisere dataene ut fra kjønn fordi jeg ved analysen så at det hadde liten betydning. Dette var også viktig for å anonymisere mine informanter.

I kvalitative studier som dette, beskriver Kvale og Brinkmann (2010, s. 268) den kontekstavhengige kunnskapen som mer verdifull enn universell kunnskap. Denne forståelsen vil være gjeldene for denne studien med et utvalg bestående av fire ungdommer. Ungdommene representerer seg selv med sine erfaringer med intervensjonen og sin generelle forståelse av temaet «psykisk helse» I hvilken grad kunnskapen som utvikles er overførbart til andre tilsvarende eksterne kontekster betegnes som ekstern validitet (Malterud

,2011). Det er ønskelig at mine funn kan være overførbare til andre skoler som ønsker å jobbe med temaet psykiske helse og til den aktuelle skolen, hvor mine informanter er elever. Det er et ønske at de kan bruke den kunnskapen som er opparbeidet til å øke forståelse om «ungdom og psykisk helse» .

Reliabilitet handler om forskerresultatenes troverdighet, hvor presise, korrekte og troverdige funnene er (Kvale og Brinkmann, 2010). Det styrker studiens reliabilitet dersom forskeren klarer å forholde seg noenlunde likt i intervjusituasjonen, samtidig med å tilpasse seg de ulike relasjonene som oppstår. Analysen av dataene viser at en av informantene gir mindre informasjon enn de andre med det resultat at denne deltageren noe sjeldnere refereres i teksten. Ved å synliggjøre forskningsprosessen vil man kunne styrke funnenes troverdighet (Malterud 2011). Redegjørelse og muligheter for innsyn i de prosedyrene som blir brukt i analysen, styrker reliabiliteten. Dette materiale, tilhørende denne studien, foreligger og det er fullt mulig med innsyn i alle deler av analysearbeidet.

Min rolle som moderator i intervjusituasjonen kan påvirke studiens pålitelighet. Under gruppeintervjuet forekom det nonverbal kommunikasjon mellom elevene, noe som ga en mening i samtalen, men som ikke kom frem på opptaket. Ifølge Malterud (2011) kan dette føre til en motsetning mellom gyldighet og pålitelighet, der gyldigheten blir svekket hvis vi skriver nøyaktig det som blir sagt. Jeg hadde ikke med assistent under gruppeintervjuet, noe jeg ser var en metodisk svakhet da dette kan ha ført til at jeg gikk glipp av nonverbal kommunikasjon som kunne utdypet forståelsen av elevenes utsagn.

7.2 Betydning for praksis

Gjennom denne studien har jeg tilegnet meg ny kunnskap som jeg ønsker å bringe tilbake til fagfeltet. Jeg tenker det vil være aktuelt å formidle mine funn på « VIP – programmets » oppstartsmøte til høsten. Kontaktlærere og involverte fra helsetjenesten deltar på dette møtet hvor de forbereder seg til gjennomføringen og deler erfaringer. Her vil jeg spesielt vektlegge lærerens betydning og formidle studiens funn med fokus på viktigheten av lærer – elev relasjon, utfordringer knyttet til å oppsøke hjelpeapparat og ungdommenes ideer til videre arbeid i skolen. Jeg vil også ta kontakt med LMS – Vestre Viken og presentere funnene for dem hvis de ønsker det.

7.3 Tanker om videre forskning på feltet

Det foreligger klare føringer nasjonalt for å bruke skolen som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid innfor temaet psykisk helse. Læreren fremtrer i denne studien som

betydningsfull for ungdommene i forhold til hvem de ønske å søke hjelp hos. Det foreslås at fremtidige studier knyttet til psykisk helse i skolen undersøker hvordan lærerens ser på sin egen rolle i forhold til ungdommers psykiske helse. Opplever lærerne at de har den kompetansen de trenger, er det tilrettelagt fra skolens side, og ønsker de å ha denne rollen?

Tidligere forskning i likhet med denne studien viser at det er stigma knyttet til det å ha psykiske problemer. Endringer av holdninger knyttet til stigma viser seg å være komplekst, noe som også støttes av læringsteori og forskning på feltet. Et område for videre forskning vil være å undersøke hvilke program og tiltak som kan fører til atferdsendringer og reduksjon av diskriminering hos ungdom. På bakgrunn av mitt arbeid ser jeg verdien av å trekke frem ungdommenes erfaringer, noe som også videre forskning kan utvikle ny kunnskap av.

7.4 Avsluttende kommentar

Det er en økende satsning på å bruke skolen som forebyggende og helsefremmende arena. Skolen er et sted hvor intensjonen er læring og hvor man møter mange ungdommer. I forhold til formidling og organisering kan skolen se ut til å være en passende arena for dette arbeidet. (Andersen, 2011). «Psykisk helse i skolen» er en nasjonal satsing på opplæringsprogrammer for elever, som har som mål å styrke barn og unges Mental Health Literacy. I 2005 ble VIP en del av den nasjonale satsningen "Psykisk helse i skole", og ble i skoleåret 2011/12 gjennomført på 148 videregående skoler i hele landet (Lien, 2012). Målet med intervensjonen er å oppnå noe for elever med begynnende plager, men også at "friske" ungdommer skal lære noe om seg selv og sine medmennesker. Fra mitt perspektiv, og som denne studien funn også peker på, mener jeg temaet psykisk helse har en plass i videregående skole. At «psykisk helse i skolen» er en nasjonal satsning tenker er bra. Det er likevel betenkelig at det er opp til hver enkelt skole (rektors styringsrett) å avgjøre om de ønsker å tilby intervensjoner om psykisk helse til sine elever. I vårt eget fylke er det svært ulikt hvilket tilbud elevene får ut fra hvilken videregående skole de går på. Noe som medfører at ikke alle ungdommer får et helsefremmende og forebyggende tilbud knyttet til psykisk helse. Ved å gjennomføre enkeltstående skoleprogrammer som for eksempel VIP, kan man tenke at «psykisk helse» er ivaretatt. Mine erfaringer gjennom denne studien, som også støttes av tidligere forskning, viser at dette krever et systematisk arbeid over tid.

Litteraturliste:

Andersen, B. J. (2011). Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler. *Institutt for psykologi*, Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo

Andersson, H. W., Bjørngaard, J. H., Kaspersen, S. L., Wang, C. E., Skre, I., & Dahl, T. (2010:1). The effects of individual factors and school environment on mental health and prejudiced beliefs among Norwegian adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 569-77.

Andersson, H W., Kaspersen, SL., Bungum, B, Bjørngaard, HJ., Buland T. Psykisk helse i skolen. Effektevaluering av opplæringsprogrammene, Hva er det med Monica?, STEP – ungdom møter ungdom og Venn 1.no. *Sintef – rapport A1491*. Trondheim 2010:2.

Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium. Den salutogene modell*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Asbjørnsen, A., Manger, T., Ogden, T. (1999). *Skole- og opplæringspsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Askheim, Ole Petter & Bengt Starrin (red.) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag.

Befring, E. (2007) *Forskningsmetode med etikk og statistikk: (2. utgave)* Oslo: Samlaget

Borge, A. I. H. (2010) *Resiliens - risiko og sunn utvikling: (2. utgave)* Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Bourget, B. & Chenier, R. (2007). Mental health literacy in Canada: Phase One Draft Report Mental Health Literacy Project. Retrieved October 26th 2013 from: http://www.camimh.ca/files/literacy/MHL_REPORT_Phase_One.pdf

Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget

Byrne, P. (2000) Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Adv. PsychTreatment*, (6):65–72.

Cause A.M, Srebnik D. (2003) Before treatment: Adolescent Mental Health Help-Seeking. *The Prevention Researcher*. Volume 10 Number 4

Corrigan PW, Watson AC: The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:35—53, 2002

Corrigan P.W., River LP., Lundin R.K., Wasow Ski K. U., Champion J., Mathisen J., et.al. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Community Psychol*. 28: 91 – 102

Drugli M. B. (2012). *Relasjonen lærer og elev – avgjørende for elevens læring og trivsel*. Oslo: Cappelen Damm AS

- Finsbråten, H. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien* 97(5), 60-63.
- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled identity*
- Gustafsson, J.E., Westling, A.M., Alin Åkerman, B., Eriksson, C., Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, P., Ljungdal, S., Ogden, T. & Persson, R.S. (2010). *School, learning and mental health*. A systematic review. Stockholm: Hälsoutskottet, Kungliga Vetenskapsakademien.
- Hartman, L.I., Michel, M.N., Winter, A., Young, R.E., Flett, G.L., Goldberg, J.O.(2013) Self-Stigma of Mental Illness in High School Youth. *Canadian Journal of School Psychology*, 2013:28
- Helland, M. J. og Mathiesen, K. S. (2009) *13 – 15 - åringer i Norge – hverdagsliv og psykisk helse* (Rapport 1). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Haavet, O.R., (red). (2005) *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget
- Illeris, K. (2000) *Læring – aktuell læringsteori i spenningsfeltet mellom Piaget, Freud og Marx*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag
- Jorm, A.F. (2000). Mental Health Literacy. Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
- Kelly, C. K., Jorm, A. F. Wright, A., (2007) Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal Australia* 187: 26-30
- Kroger, J., Martinussen, M., Marcia, J. (2010): Identity status change during adolescence and young adulthood: a meta-analysis. *J. Adolesc* 2010, **33**:683698.
- Kristoffersen, K.(1998): *Pårørende og søsken i psykisk helsevern*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. og Brinkmann, S.(2010) *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske
- Lally, J., O'Conghaile, A., Quigley, S., Bainbridge, E.and McDonald, C.Stigma of mental illness and help-seeking intention in university student. *The Psychiatrist Online* 2013, 37:253-260.
- Lauvås, P. og Handal, G (2000) *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Damm
- Lerdal A.(2008) Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning* 3 (3)
- Lien, M. V., Tvedt, A G. (2012) Diverse grunnlagsdokumenter om VIP Lastet ned 23.09.12 fra <http://www.vipweb.no/index2.html>
- Linder, A og Mortensen, S. B.(2006). *Glædens pedagogikk*. Fredrikshavn: dafolo forlag og forfatterne

Major, E F., Dalgard, O S., Mathisen, K S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. og Aarø, L E.(1011) *Beder føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo Nasjonalt folkehelseinstitutt

Malterud, K.(2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K.(2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget

Mathisen, K. S., Kjeldsen, A., Skibstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., og Helgeland, H. (2007) *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. (Rapport nr. 5) Oslo: Folkehelseinstituttet

Mental helse Norge (2006). *Venn1.no. Veileder og kokebok*. Oslo. Mental Helse Norge
Lastet ned 15.09.12 fra:

<http://www.psykiskhelseiskolen.no/postmann/dbase/bilder/venn1.no%20veileder%20og%20kokebok%20revidert%202006.pdf>

Murberg, T. A. og Bru, E. (2008) The relationships between negative life events, perceived support in the school environment and depressive symptoms among Norwegian senior high school students: a prospective study. *Social Psychology of Education*. 12 (3), 361 – 370.

Mykletun, A., Knudsen, A. K. og Mathiesen, K. (2009) *Psykiske lidelser i Norge. Et folkehelseperspektiv*. Oslo Nasjonalt folkehelseinstitutt

NESH, Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi.(2005) Lastet ned 29.03.14 fra:

www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/

Petterson, S. (2003) *Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? I: Bungum B, Jorde D (red.) Naturfagdidaktikk. Perspektiver – Forskning – Utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 273-88.

Postholm, M.B. (2005). Observasjon som redskap i kvalitativ forskning på praksis. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*. 89(2), 146-158.

Rajka, L.G. (2011). Bare du ikke ligner læreren min! I: Lerdal, A. og Fagermoen, M.S. (Red.). *Læring og mesting*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Roorda, D.L., Koomen, H.M.Y., Spilt, J.L. & Oort, F.J. (2011). 'The influence of affective teacher–student relationships on students' school engagement and achievement: A meta-analytic approach'. *Review of Educational Research*, 81 (4), 493–529.

Rusch, N. Angermeyer, M. C. Corrigan P.W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiative to reduce stigma. *Eur Psychiat*, **20**:529 – 539

Røkenes, O. H. og Hanssen, P. H. (2012) *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Schachter, H.M., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A.B., van Berkomp, J., Gill, R.(2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* **2**:18.doi:10.1186/1753-2000-2-18

St. meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet*.

St. prp. 63 (1997 -98) *opptrappingsplan for psykisk helse*

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Brit J Psychiat*. **190**: 192-193

Weare K, Nind M. (2011). Mental health promotion and problem *prevention* in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*. **26** (Suppl 1): i29 - i69.

Voksne for Barn (2007). *STEP – ungdom møter ungdom*. Lastet ned 16.09.2012 fra <http://www.psykiskhelseiskolen.no/postmann/dbase/bilder/Faktaark%20om%20STEP19.06.07.pdf>

Weist, M. og Murray, M. (2007). Advancing School Mental Health Promotion (1) 2-12. *Advances in School Mental Health Promotion*.

WHO's definisjon av "Mental Health" Lastet ned 08.09.2012 fra <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>

Vedlegg:

Vedlegg 1: Informasjon og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Tilrådning fra FEK og REK

Vedlegg 4: Tilrådning fra NSD

Til

Elever som har deltatt i skoleprogrammet VIP skoleåret 2011/12, ved Dahlske videregående skole.

Informasjon og forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt om ungdom og psykisk helse, knyttet opp mot skoleprogrammet VIP.

Bakgrunn og hensikt

Du var vårsemesteret 2012 med på skoleprogrammet VIP – veiledning og informasjon om psykisk helse. Dette er et helsefremmende og forebyggende tiltak som er en del av den nasjonale satsningen "Psykisk helse i skolen". VIP programmet har som mål å øke elevenes kunnskaper om psykisk helse, og hvordan og hvor man kan søke hjelp. Målet er også mer åpenhet rundt psykiske problemer og økt forståelse ovenfor mennesker med psykiske lidelser.

Jeg ønsker å undersøke hvilken betydning VIP – programmet har, og det er dere elever som er den viktigste kilden til informasjon om dette.

Opplysninger om evt. egen helse, diagnoser eller behandlingskontakt med helsevesenet er jeg ikke ute etter i denne undersøkelsen.

Dette forskningsprosjektet er min masteroppgave i psykisk helsearbeid ved UIA. Og det er jeg, Gunnbjørg Tveiten Engehagen, som skal gjennomføre studien. UIA har det overordnede ansvaret.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Jeg vil samle informasjon gjennom grupperintervju. Det betyr at du vil være sammen med fire andre elever under gjennomføringen av intervjuet. Du deltar i ett intervju som varer i ca 60 - 90 minutter. I gruppeintervjuet beskriver og reflekterer du sammen med de andre over egne opplevelser, erfaringer og holdninger til spørsmål rundt temaet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil.

Hva skje med informasjonen fra deg?

Opplysningene fra deg vil bli behandlet konfidensielt. Under intervjuet vil det bli brukt kun fornavn, og det er bare jeg og min veileder Anne Brita Thorød som vil ha tilgang til lydopptakene. Lydopptakene vil bli oppbevart kryptert og vil bli slettet når studiet er gjennomført (november 2013). Det du og dine medelever formidler vil danne grunnlaget for undersøkelsen, og det kan være aktuelt å bruke sitater fra det du har sagt i gruppeintervjuet i min masteroppgave og eventuelt andre former for publisering. Alle dataene vil bli anonymisert.

I masteroppgaven og eventuell publisering vil det være kjent hvilken skole dette gjelder.

Studiet er godkjent av personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig

datatjeneste (NSD).

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Selv om du har sagt ja til å delta i studien kan du når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke tilbake ditt samtykke.

Har du spørsmål, eller om det skulle være aktuelt å trekke seg fra studien på et senere tidspunkt kan du ta kontakt med meg, Gunnbjørg T Engehagen, på mobil 95829399, eller mail: gunnbjorg.tveiten.engehagen@dahlske.vgs.no

Vennlig hilsen

Gunnbjørg T Engehagen
Mastergradsstudent
Universitetet i Agder

Samtykke til å delta i forskningsprosjektet av skoleprogrammet VIP

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

Sted:

Dato:

Underskrift elev:

Introduksjon

Introdusere meg selv og studiet jeg tar

Kort gjennomgang av formålet med undersøkelsen, knyttet opp til informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Hvordan jeg tenker selve gjennomføring av gruppeintervjuet skal foregå

Gruppeintervju

Hva forstår/legger dere i begrepet psykisk helse?

Hvordan påvirker den psykiske helsen skolehverdagen (positivt/negativt)?

- I forhold til læring
- I forhold til det sosiale/relasjoner

Hvilken nytte mener dere deltagelse i VIP – programmet har hatt? Gi eksempler

- Snakke om psykiske problemer
- Sette ord på følelser
- Ta vare på egen psykisk helse
- Kunnskap om hvor jeg kan søke hjelp
- Holdninger - fordommer

Hvilken betydning har deltagelse i VIP - programmet hatt for klassemiljøet? Gi eksempler

VIP er et forebyggende og helsefremmende program i forhold til psykisk helse, hva tenker dere om å bruke **skoletiden** på programmer om psykisk helse?

- Er det for mye/lite /passe fokus på psykisk helse i videregående skole?
- Er VIP – programmet tilstrekkelig/dekkende i forhold til behovet for fokus på psykisk helse på skolen?

Har dere forslag til forbedring av VIP - programmet?

Har dere forslag til eventuelle andre aktiviteter/tiltak på skolen i forhold til psykisk helse?

Tilbakemeldingen fra FEK

Til Gunnbjørg Tveiten Engehagen. FEK behandlet din prosjektsøknad " Ungdom og psykisk helse, forebyggende og helsefremmende program i videregående skole.21.01.13. Vi synes prosjektet er interessant og aktuelt. Vi anbefaler deg før vi kan godkjenne det å ta kontakt med REK for å få en vurdering på om det er fremleggspliktig. Fokusgruppeintervju med ungdoms erfaringer med et prosjekt du beskriver synes vi bør vurderes av andre enn FEK. Vi hører fra deg igjen.
Mvh Anne Skisland

Tilbakemelding fra REK

Hei!

Viser til henvendelse mottatt 25.01.2013 vedrørende spørsmål om fremleggingsplikt til REK.

Prosjektbeskrivelse

Dette masterprosjektet er en evaluering av det forebyggende programmet VIP - (veiledning og informasjon om psykisk helse). Det har vært en økende satsing på å bruke skolen som forebyggende og helsefremmende arena, og VIP er en del av den nasjonale satsingen "Psykisk helse i skolen" som har som mål å øke kunnskapen om psykisk helse, og hvordan barn/unge kan søke hjelp.

Hensikten med studien er å gi kunnskap som kan brukes til å videreutvikle gjennomføringen av VIP – programmet. Studien vil også beskrive hvordan elever opplever betydningen av VIP som et forebyggende og helsefremmende skoleprogram.

REKs vurdering

Dette prosjektet baserer seg på elevers oppfatning av VIP-programmet, og fremstår som kvalitetssikring av dette tilbudet. Det faller derfor utenfor REKs mandat.

Prosjektet er dermed ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning fra REK.

Mvh.
Emil Lahlum
REK sør-øst

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anne Brita Thorød
Institutt for psykososial helse
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSSAND S

Vår dato: 23.04.2013

Vår ref:34157 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34157	<i>Ungdom og psykisk helse, forebyggende og helsefremmende program i videregående skole</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Brita Thorød</i>
Student	<i>Gunnbjørg Engehagen</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Venlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
✓ Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Gunnbjørg Engehagen, Lilleheia 11, 4790 LILLESAND

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34157

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Personvernombudet tar høyde for at det kan bli samlet inn og registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c.

Som hovedregel må barn/ungdom under 18 år ha samtykke fra foresatte for å kunne delta i forskningsprosjekter. Personvernombudet finner imidlertid at behandlingen av personopplysninger om ungdommene i dette prosjektet kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 første ledd samtykke og 9 a). Til grunn for denne vurderingen ligger at behandlingen er nødvendig for formålet og at spørsmålene dreier seg om deres opplevelse av hvordan VIP-programmet har hatt. Det vises her til pasientrettighetslovens bestemmelser om at 16-åringer har egen samtykkekompetanse (jf. pasientrettighetsloven § 4-3) og til helseforskningslovens bestemmelser om samtykkekompetanse (jf. helseforskningsloven § 17). Videre vises det vises her til at ungdom fra de er 15 år uten samtykke fra foresatte kan melde seg inn og ut av foreninger (barneloven), bl.a. kristne organisasjoner samt at valg til videregående skole er noe ungdommen i dag selv samtykker til uten foreldrenes samtykke. Ungdommene i dette prosjektet er alle 16 år eller eldre, og etter personvernombudets vurdering, skal ha gode forutsetninger for å forstå hva deltagelse innebærer.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.11.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Prosjektet har vært fremlagt for REK sør-øst som har vurdert prosjektet til ikke å være fremleggelsespliktig jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4.

Vi viser til mottatt statusskjema den 29.11.2013 og bekrefter med dette at prosjektperioden forlenges fra 15.11.2013 til 05.05.2014. Merk at ved en eventuell ytterligere forlengelse av prosjektperioden må det påregnes å informere utvalget.

Vi legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret. Du vil motta en ny statushenvendelse ved prosjektslutt.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,
Anne-Mette Somby - Tlf: 55 58 24 10
Epost: anne-mette.somby@nsd.uib.no

Personvernombudet for forskning,
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80