

Utenfor rekkevidde



Helsevesenets hjelpsøkingmodell fungerer dårlig for ungdom med psykiske plager. Våre erfaringer forteller både om mulige forklaringer på hvorfor det er slik, og om grep som kan gjøre at flere unge får hjelp.

TEKST

Thormod Idsøe

Serap Keles

Görel Bringedal

Trygve Børve

Terje Ogden

PUBLISERT 2. desember 2018

Denne artikkelen tar opp spørsmålet om hvorfor helsetjenester i liten grad når ut til ungdom med psykiske plager (Helland & Mathiesen, 2009). Resultater fra Ungdata 2017-undersøkelsen viser en økning i selvrapporterte psykiske helseplager blant ungdom, og særlig blant jenter (Bakken, 2017). Dette er en indikasjon på at det kan være behov for kunnskapsbaserte hjelpetiltak for denne gruppen, der de fleste er i skolealder, og særlig i videregående skole.

Det norske helsevesenet jobber hovedsakelig etter en «reaktiv» eller hjelpsøkingmodell der den som søker hjelp, må erkjenne å ha et problem og deretter søke om hjelp. Denne modellen synes å fungere dårlig for ungdom og fører til at langt færre av de med begynnende psykiske helseproblemer søker og får et tilbud de kan ha utbytte av (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006). Dette ble en tankevekker for oss som arbeidet med programmet «Depresjonsmestring for

ungdom», og i denne artikkelen drøfter vi noen mulige forklaringer, men også løsningsforslag som kan bidra til at flere ungdommer får hjelp.

Hvorfor søker ikke ungdommene hjelp?

Internasjonal forskning om hjelpsøking viser at bare et mindretall av ungdom med vansker oppsøker hjelp (se f.eks. Verhulst & Van Der Ende, 1997; Zwaanswijk, Van der Ende, Verhaak, Bensing, & Verhulst, 2003). Det bekreftes også av en norsk studie, der det blant de 15-20 % av ungdommene som rapporterte om høye nivåer av psykiske problemer, bare var 17 % som hadde hatt kontakt med fagpersonell (Helland & Mathiesen, 2009). Dette kan ha langsiktige og negative konsekvenser for ungdommene og skaper også utfordringer for barne- og ungdomstjenestene. En kartlegging foretatt av WHO (Andrade et al., 2014) viste at opplevelsen av å ikke ha behov for hjelp var hovedbarrieren for hjelpsøking, og det var en utbredt tendens til at ungdom ønsket og stolte på at de kunne ordne opp i problemene selv.

En norsk studie blant 15–16-åringer viste at det var en sammenheng mellom hvor store angst- og depresjonsplager ungdom hadde, og tendensen til å søke hjelp. Mens 34 % av de med det høyeste symptomnivået (over 99 % cutoff) rapporterte at de hadde søkt hjelp, var det bare 24 % av de med det nest høyeste nivået (over 90 % cutoff) som gjorde det (Zachrisson et al., 2006). Disse tallene viser at problemene skal være store før ungdom søker hjelp, og selv de med det nest høyeste symptomtrykket unngår å søke hjelp for plagene sine. Det kan handle om manglende problembevissthet og vansker med å gi uttrykk for slike plager. Mange vil spontant snakke med venner om hva de sliter med, eller de tilskriver psykiske helseproblemer til det å være ungdom. Sosial stemping eller stigma ble rapportert som en av de sterkeste hindringene i en litteraturgjennomgang av foreldrerapporterte forhold (Reardon et al., 2017). En annen litteraturgjennomgang viste at stigmatisering og det å være brydd over å måtte søke hjelp var de sterkeste barrierene mot hjelpsøking blant unge (Gulliver et al., 2010). Det bekreftes også i en norsk undersøkelse, sammen med manglende kunnskap om at det er mulig å få hjelp (Helland og Mathiesen, 2009). Manglende tillit til helsevesenet kan også spille inn, særlig hvis ungdommene opplever at emosjonelle ungdomsplager blir avskrevet som «normalt for alderen». Noen gikk så langt som å rapportere frykt for å søke hjelp, men de som hadde hatt positive erfaringer med hjelpetjenestene, søkte lettere hjelp. Dette kan tyde på at det antagelig er behov for en langt større vektlegging av proaktive identifiseringsrutiner. Rekruttering av hjelpetrengende ungdommer bør være en av kommunenes og skolenes viktigste satsingsområder. Å kunne komme inn på et tidligere tidspunkt kan antagelig spare ungdommene og samfunnet for større utfordringer på lengre sikt.

Depresjon blant ungdom

I depresjon, som er tema for vår studie, inngår symptomer som påvirker, i betydningen reduserer, hjelpsøking (WHO, 1992). Symptomene omfatter tristhet eller melankoli, som sammen med lavt energi- og aktivitetsnivå, tretthet, svak selvfølelse og lav selvillit reduserer motivasjonen for selv aktivt å søke hjelp. Resultatet er ofte at ungdommen

unngår sosial kontakt og har en tendens til å isolere seg. Dette kombineres med tanker om skyld og verdiløshet, og bidrar ytterligere til å svekke motivasjonen for å søke hjelp.

Alt dette kjennetegner en depresjon. Samtidig er depresjonens kjennetegn også uforenlig med den tradisjonelle hjelpsøkningsmodellen og forklarer hvorfor deprimerte ungdommer er en spesielt vanskelig gruppe å nå for hjelpetjenestene. Som en strategi for å få flere til å søke hjelp er det lansert et lavterskeltilbud som vil kunne nå flere ungdommer som trenger hjelp. Spørsmålet er imidlertid hvilke faktorer som særlig må ivaretas. Vil flere søke hjelp dersom terskelen er lavere? Og hva vil det si å ha en lav terskel? Kanskje ungdommene fremdeles opplever terskelen som høy selv om hjelpetjenestene tror den er lav? Disse problemstillingene viser at det er behov for kunnskap om flaskehalsen i rekrutteringsarbeidet og hva som er virksomme tiltak i arbeidet med depresjon blant ungdom. Vi knytter denne diskusjonen til våre erfaringer med rekruttering til et lavterskel gruppebasert tiltak for ungdom med mild til moderat depresjon i videregående skole.

Depresjonsmestring for ungdom

«Depresjonsmestring for ungdom – DU» er et gruppetiltak som bygger på kognitiv atferdsmodifikasjon, og målgruppen er ungdom med lette til moderate depresjoner. Tiltaket er utviklet med støtte fra Helsedirektoratet (Børve, 2012a, 2012b, 2012c). Det har vist moderate effekter i å redusere depressive symptomer i en kvasi-eksperimentell studie (Garvik, Idsøe & Bru, 2014) og er klassifisert på evidensnivå 3 i Ungsinn-basen (Wergeland, Skotheim & Kvello, 2016). Programmet Forskning og innovasjon i utdanningssektoren (FINNUT – Norges Forskningsråd) har finansiert en evaluering med et sterkere forskningsdesign, blant annet for å kunne undersøke om DU kan redusere frafall i videregående utdanning. Dette prosjektet startet i 2015 og er forankret ved Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU, Unirand, UiO), og førsteforfatter er prosjektleder.

Tilbudet ble administrert av spesielt rekrutterte kursledere for grupper av ungdom ved videregående skoler. Kurslederne ble tilfeldig fordelt på en intervensjonsgruppe og en sammenligningsgruppe. De kurslederne som ble fordelt til intervensjonsgruppen, gjennomgikk umiddelbart en grundig og standardisert opplæring i en uke. De kurslederne som ble fordelt til sammenligningsgruppen, fikk sin opplæring etter intervensjonsperioden, slik at de kunne administrere det vanlige tilbudet som man tidligere har gitt til denne målgruppen på stedet de jobber. Før intervensjonsperioden fikk imidlertid alle kurslederne opplæring i hvordan de skulle rekruttere ungdommer i samsvar med inklusjons- og eksklusjonskriteriene for DU, dette for å gjøre rekrutteringsprosedyrene like for de to betingelsene. Ungdommer som ble rekruttert, fikk vite hvilket tilbud de skulle motta, et par uker før oppstart. En detaljert beskrivelse av studiens design er tilgjengelig i studiens publiserte forskningsprotokoll (Idsøe & Keles, 2016).

Et betydelig informasjonsarbeid ble iverksatt for å gjøre kurstilbudet kjent blant ungdom i målgruppen, det vil si elever på 1. eller 2. trinn i videregående skole. Likevel

viste det seg vanskelig å rekruttere ungdommer. Prosjektet måtte derfor utvides til to kohorter som gikk med ett års mellomrom. Siden rekrutteringen var så utfordrende, bestemte vi oss for å undersøke hva som kunne forklare dette. Vi inviterte derfor alle lederne fra første opplæringsrunde til å rapportere sin opplevelse av hva som skapte vansker i rekrutteringen. Åtte (73 %) av 11 kursledere som ikke greide å rekrutterte noen ungdommer, og 16 (84 %) av de 19 som rekrutterte ungdommer, besvarte vår henvendelse. Vi formidler svarene på tre åpne spørsmål knyttet til erfaringene med rekrutteringen: 1) Vi ønsker tilbakemeldinger og refleksjoner knyttet til prosessen når det gjelder rekruttering av ungdommer til forskningsprosjektet – hva har du for tanker om dette? 2) Opplevde du det som vanskelig eller utfordrende å rekruttere ungdommer? 3) Er det noe ved din situasjon eller ved din skole, helsestasjon, arbeidsplass som du tenker har spesiell betydning for rekrutteringen av ungdommer? Svarene ble systematisert ved å trekke ut og kategorisere meningsbærende enheter.

Rapporteringer om rekrutteringsproblemer til mestringskurset for ungdom

Svarene i undersøkelsen kan samles under seks overskrifter: 1) generelle rekrutteringsvansker, 2) stigmatisering og reservasjoner, 3) manglende nærhet til ungdommene i målgruppen, 4) manglende tid til rekrutteringen, 5) manglende tilgjengelighet, 6) gruppeformat og innramming i et forskningsprosjekt.

Mange av informantene rapporterte generelle vansker med å rekruttere målgruppen og bekreftet dermed resultatene fra forskningen om temaet med utsagn som: «Eg opplevde det vanskelig å rekruttere ungdommer» og «Utfordrende å rekruttere ungdommer? JA!!!». I tillegg kan det ha gjort det enda vanskeligere å rekruttere siden målgruppen var deprimerte ungdommer (f.eks. «... overrasket over at det viste seg å være så vanskelig å få etablert kontakt med ungdommer som sliter med depresjoner. Jeg skjønner nå at det sannsynligvis er mange som ikke tar kontakt med noen ...»). Dette samsvarer med nasjonale og internasjonale funn om lav hjelpesøking blant ungdom generelt (Helland & Mathiesen, 2009; Verhulst & Van Der Ende, 1997; Zachrisson et al., 2006) og unngåelse og unnvikende atferd som kjennetegn på depresjon. Sammen kan dette ha forsterket rekrutteringsproblemene.

Videre rapporterte kurslederne om stigma knyttet til depresjonsproblemer generelt og kursnavnet spesielt (f.eks. «straks de hører ordet depresjon og depresjonsmestring, kobler de ut»). Det er også mulig at navnet «Depresjonsmestring for ungdom» hadde en demotiverende effekt i seg selv. Andre utsagn underbygde dette: «Jeg liker ikke navnet på kurset; 'depresjonsmestring for ungdom'» og «[skulle] gjerne ha ønsket at prosjektet hadde endret navn fra Depresjonsmestring til «Livsmestring»». Dette stemmer med tidligere forskning om sosialt stigma som en av de sterkeste barrierene knyttet til hjelpesøking (Reardon et al., 2017). Et relatert problem handlet om manglende forståelse og innsikt i egne problemer som årsak til manglende hjelpesøking (Helland & Mathiesen, 2009; Zachrisson et al., 2006). En medvirkende årsak til at ungdommer ikke ønsket å assosiere seg selv med depresjonsbegrepet, kan være at de rett og slett ikke var klar over at de var deprimerte. Men også andre ansatte på skolen mislikte at man fokuserte på

depresjonsbegrepet. De ga uttrykk for at det ble opplevd som «... stigmatiserende og provoserende og at man diagnostiserer opplevelser og følelser som hører menneskelivet til». Slike reaksjoner formidler at det kan ha vært vanskelig å forankre og gi prosjektet legitimitet blant de ansatte, og at de langt på vei kan ha støttet opp om ungdommenes tendens til å reservere seg.

Dette peker på at også de som jobber med barn og unge, har sine oppfatninger om potensiell stigmatisering, men også hvilke merkelapper man setter på ungdomsproblemene. Kurset har i ettertid endret navn til «Mestringskurs for ungdom» uten at det var vår undersøkelse som var en direkte årsak til dette. Det er imidlertid rimelig å anta at navneendringen kan medvirket til å redusere en eventuell stigmatiseringseffekt.

En tredje kategori som ble fremhevet, var viktigheten av nærhet til ungdommene i målgruppen (f.eks. «... det er samtalen, relasjonen mellom elev og i dette tilfellet meg som sosialpedagogisk rådgiver som har betydning for utvikling av elevens motivasjon til eventuelt å ønske hjelp og delta i gruppe. Det er en prosess som tar tid»). Avstand til elevene ble også påpekt som utfordrende: «For vår del, er vi avhengig av rekruttering gjennom andre som jobber på skoler, helsestasjoner, legekontorer osv. Jo flere ledd i rekrutteringsprosessen jo tyngre er det å få med ungdom.» Flere fremhevet at de derfor forsøkte å alliere seg med lærere og andre som hadde en relasjon til elevene i rekrutteringsfasen. Disse funnene samsvarer med internasjonale funn som fremhever viktigheten av at de unge har tillit til og kan stole på de som tilbyr hjelpen, og det å ha kunnskap både om disse og om systemet rundt (Reardon et al., 2017). Et svakt ledd i programmets rekrutteringsstrategi kan altså være at de som skulle rekruttere, hadde for lite kontakt med målgruppen, og derfor hadde vanskelig for å bli kjent med og motivere for deltakelse. Her var en avhengig av lærerne og andre ansatte som hadde daglig kontakt med ungdommene, men som antagelig kjente for dårlig til programmet, og noen ga også uttrykk for skepsis og kritiske holdninger til tilbudet.

Manglende tid til rekruttering ble også fremhevet, antagelig som en konsekvens av erfaringene med at det tok lang tid å nå gruppen (f.eks. «Rekrutteringen er krevende ... derfor tar det mye tid», og at man bør «... sette av en 50 % stilling i de ukene rekrutteringen pågår»). Det var tankevekkende å høre hvordan noen av informantene fremhevet tidsfaktoren som en betydelig utfordring: «Jeg har tenkt og sett på det jeg har av muligheter, og slik jeg ser det virker det rett og slett ikke gjennomførbart. Det er ingen av mine arbeidsoppgaver jeg kunne blitt fristilt fra for å få tid til dette. Det krever både tid, tilstedeværelse og et fokus som ikke er mulig nå.» Dette impliserer at ressursene til rekruttering til lavterskeltilbud langt fra er tilstrekkelige. Selve rekrutteringen var både kompetanse- og tidkrevende, både for å bli kjent med ungdommen og for å motivere dem for deltakelse. Mye tyder på at de som skal rekruttere ungdom, også må være i stand til å etablere en troverdig allianse, der de formidler forståelse og respekt for ungdommens behov, tar seg tid til å snakke med dem om hvilket utbytte de kunne ha, men også tid til å kunne drøfte skepsis og reservasjoner hos ungdommene.

Mangel på ressurser har nok også indirekte sammenheng med neste punkt som fremkom, nemlig manglende forankring og praktiske problemer. De praktiske problemene kunne være «ulik timeplan og ulik lokalisering ..», «mange elever som har lang skolevei ... det blir derfor lite attraktivt å være igjen etter skoletid» og «stor skole: informasjonsflyten kan til tider være treg». Med andre ord: Et nytt tilbud som DU-kurset medførte en del logistiske utfordringer som ikke alle skoler løste like bra. Et optimalt tilbud skal ikke bare ha et godt og troverdig innhold, det skal også være tilgjengelig på et sted og til en tid som passer deltakerne. Dermed kan timeplanlegging og reisevei for alle involverte være et problem. Men like viktig er det at tiltaket har god forankring og legitimitet i skolen og dens støttesystem (f.eks. PP-tjenesten). Et lavterskelprosjekt som dette krever samarbeid både oppover til ledelsen i skole og kommune og på tvers til lærere og andre ansatte. Manglende støtte og oppfølging fra kolleger og ledelse er et gjennomgangstema i forebyggende arbeid i skolen og kom her til uttrykk som: «Selv om jeg informerte om prosjektet og rekrutteringa, opplevde jeg ikke å få støtte for eksempel av kontaktlærerne (= klassestyrerne) og det var ingen som hadde interesse av å vite mer om dette.» Siden nærhet til elevene fremheves som viktig for rekruttering, sier det seg selv at man er nokså avhengig av god forankring blant lærerne. Om dette ikke oppnås, er det rimelig å anta at man trenger å bruke mer av egne ressurser for å komme i mål. Her kan det være behov for å vurdere om flere grupper ved skolen skulle ha vært involvert i opplæringen, eller fått tilbud om et opplæringskurs som ga innsikt i og forståelse av prosjektet. Ikke minst er det viktig å få fram hvor betydningsfulle de er for at prosjektet skal kunne lykkes med å rekruttere og hjelpe elevene i målgruppen.

En sjettede kategori som fremkom, var blandete reaksjoner blant ungdommene knyttet til muligheten for å kunne havne i gruppetiltak (f.eks. «... noen som jeg tenkte kunne hatt nytte av å delta, kvitte seg for å være med på eventuelle kurs»). Ideelt sett bør ungdom kunne få valg mellom gruppetilbud og individuell behandling, eventuelt en kombinasjon av de to. Den valgmuligheten hadde de ikke her. Videre kan ungdommenes frykt for å bli stemplet og stigmatisert, ha gjort dem tilbakeholdne, og for noen kan sosial eksponering i gruppe være ett av de problemene de slet mest med. Når en iverksetter gruppetiltak, er det imidlertid viktig å eventuelt henvise videre ved behov for individuell oppfølging, noe som ivaretas i DU-prosjektet. Det er viktig at dette kommuniseres til ungdommene. Til slutt var det også en del som pekte på utfordringer med at kurstilbudet var innrammet av et forskningsprosjekt, der deltakerne måtte akseptere inklusjons- og eksklusjonskriterier, og at gruppene ville bli tilfeldig fordelt på en intervensjons- og en kontrollbetingelse. Dette siste punktet gjorde nok ikke rekrutteringsprosessen lettere.

Hva må til?

De som greide å rekruttere ungdommer innenfor den oppsatte tidsplanen, fremhevet betydningen av å ha direkte kontakt med ungdommene – og aller helst ha en relasjon til dem allerede. I tillegg pekte de på viktigheten av å involvere eller samarbeide med ulike sentrale aktører som helsesøstre, lærere og foreldre i rekrutteringsprosessen. Det var

også et ønske om å unngå bruk av depresjonsbegrepet i markedsføringen av tiltak, da dette ble oppfattet som hemmende for rekrutteringen.

Siden det var knyttet forskning til lavterskeltilbudet, kan vi ikke se bort ifra at noen av rekrutteringsproblemene hadde sammenheng med forhold knyttet til inklusjons- og eksklusjonskriterier for selve forskningsprosjektet. Hensikten med denne artikkelen er imidlertid å peke på forhold som kan være vanskelige når en rekrutterer deltakere til forebyggende lavterskeltilbud. Med forbehold om at forskningsprosjektet kan ha vært en tilleggsbelastning, mener vi at informantenes svar har stor relevans i arbeidet med å identifisere og rekruttere ungdom til lavterskeltilbud generelt. Kurslederne våre var også mer opptatt av å peke på faktorer som vi vil hevde dreier seg om å nå ut til hjelpetrengende ungdommer med lavterskeltilbud generelt, og som dermed kan opplyse oss om forhold det er viktig å ta i betraktning om man ønsker å nå ut med hjelpetiltak på en måte som monner. Nærhet til ungdommene synes å være en mulig suksessfaktor. For å lykkes med dette ser det ut til at man behøver en bedre forankring og legitimering på skolenivå og i støtteapparatet, som PP-tjenesten og skolehelsetjenesten. Selv om det er gjort gode erfaringer med slike tilpasninger noen steder, så mangler det dokumentasjon på lokale løsninger og ressursmobilisering, noe som er viktig med tanke på det videre rekrutteringsarbeidet når evalueringsstudien er avsluttet.

Vi tror at en screening eller kartleggingsstudier ved skoler, der alle elever svarer på spørsmål om psykiske og psykososiale helsebelastninger, kan være et godt utgangspunkt for å tilby lavterskeltilbud. En slik undersøkelse vil kunne bidra til å bevisstgjøre elever om deres psykiske helse, men også brukes som grunnlag for å rekruttere til lavterskeltilbud på skolen, slik som DU-prosjektet. En slik skoleomfattende kartlegging vil også engasjere lærere og andre ansatte ved skolen, og kan legge grunnlag for en diskusjon om hva problemene består i, og hvordan de kan forebygges. Det er naturlig å avdramatisere kortere perioder med psykiske plager, men også å peke på at risikonivået øker når problemene vedvarer, blir mer omfattende og går ut over elvenes skolefaglige og sosiale fungering. Lærere bør også ha muligheter til å drøfte sine bekymringer, eventuelt i anonymisert form, med kvalifisert personale.

Psykologforeningen pekte i sin hovedsatsing fra 2014 til 2016 på problemer knyttet til at det finnes såpass mange ulike regelverk og sektorer for barn og unge, og at det er viktig å kunne bedre samhandlingen mellom ulike nivåer og ulike tjenester som ytes til denne målgruppen. En koordinert innsats bør omfatte utprøving av virksomme identifiserings- og rekrutteringsmodeller, som etterpå kan implementeres i dokumenterte spredningsmodeller. Den nye loven om psykisk helsevern med en storstilt satsing på psykologer i kommunene kan bidra til å rette opp denne skjevheten. Økte ressurser kan føre til en sterkere prioritering av forebygging og tidlig innsats, og Psykologforeningen har gjort forebygging for barn og unge til hovedsatsingsområde i perioden 2016–2019. Slike innsatser kan også bidra til at flere ungdommer får nødvendig hjelp.

De som jobber med og for ungdommer, bør bedrive systematiske og langsiktige rekrutteringsprosesser. Det kan være en mulighet å tenke seg en spesifikk kompetanseheving der man tar i bruk systematiske verktøy for å bevege seg fra en intuitiv og tilfeldig prosess til mer strategisk forankrede rekrutteringsprosesser av hjelpetrengende ungdommer. Som med andre ord samsvarer med psykologforeningens hovedsatsing, der man peker på styrket samhandling og koordinering mellom de enkelte nivåer og tjenester som ytes til ungdommene. Inn under dette er det også naturlig å tenke seg en mer målrettet satsing på kommunikasjonsarbeid. Det er antagelig et stort forbedringsarbeid når det gjelder bruk av sosiale medier. Til slutt vil vi også påpeke betydningen av å analysere og evaluere rekrutteringsarbeidet. Prosessene bør ta utgangspunkt i kunnskapsbaserte strategier hvor man systematisk vektlegger kompetanseheving og forankring på alle nivåer, noe som igjen krever samarbeid mellom de involverte aktørene.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 12, 2018, side 1122-1128

TEKST

Thormod Idsøe, NUBU - Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge

Serap Keles, NUBU - Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge

Görel Bringedal, NUBU - Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge

Trygve Børve, BUP, Sykehuset Levanger

Terje Ogdén, Atferdssenteret, Unirand, Universitetet i Oslo

+ Vis referanser

Andrade, L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J., Al-Hamzawi, A., Borges, G., . . . De Graaf, R. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological medicine*, 44(6), 1303-1317. doi:<https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>

Bakken, A. (2017). *Ungdata 2017: Nasjonale resultater*. Oslo: Nova.

Børve, T. (2012a). *Kursbok for Depresjonsmestring for ungdom*. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Børve, T. (2012b). Hefte til foresatte, supplement til *Kursbok for Depresjonsmestring for ungdom*. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Børve, T. (2012c). Hefte til skole/praksissted, supplement til *Kursbok for Depresjonsmestring for ungdom*. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Garvik, M., Idsøe, T., & Bru, E. (2014). Effectiveness study of a CBT-based adolescent coping with depression course. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 19(2), 195-209. doi:10.1080/13632752.2013.840959

Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113. doi:10.1186/1471-244X-10-113

Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H., & Brewer, J.L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC psychiatry*, 12(1), 81. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81>

Helland, M.J., & Mathiesen, K.S. (2009). *13-15-åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse (Fhi-rapport nr. 1)*. Oslo: Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Idsøe, T., & Keles, S. (2016). Study protocol for a randomized controlled trial of a group cognitive-behavioral course for depressed adolescents. *BMC psychiatry*, 16(1), 246-255. doi:DOI 10.1186/s12888-016-0954-y

Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T., & Murray, C.J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367(9524), 1747-1757. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68770-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68770-9)

WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1): World Health Organization.

Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European child & adolescent psychiatry*, 1-25.

Verhulst, F.C., & Van Der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 901-909.

Wergeland, G.J., Skotheim, S., & Kvello, Ø. (2016). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket DU - Mestringskurs for ungdom (2. utg.). Hentet fra http://www.ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/kunnskapsoppsummering-og-klassifisering-av-tiltaket-du-depresjonsmestring-for-ungdom-2-utg/

Zachrisson, H.D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*, 6(1), 34. doi:10.1186/1471-2458-6-34

Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P.F., Bensing, J.M., & Verhulst, F.C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(6), 692-700.