HÖGSKOLAN
I GÄVLE

AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

Vem tar ansvar för elever med psykisk ohälsa?

En enkätstudie bland högstadielärare

Sofie Strömberg

2015

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Folkhälsovetenskap

Hälsopedagogiska programmet

Folkhälsovetenskap, teori, metod och examensarbete

Handledare: Mikaela Willmer
Examinator: Ola Westin och Maria Lennernäs

Abstract

Strömberg, S (2015). *Who takes responsibility for students with mental ill-health?* Bachelor thesis in Public Health science. Department of work- and public health science. The academy of health and working life. University of Gävle, Sweden.

The **aim** of this study was to investigate whether teachers feel they have sufficient knowledge to identify students with mental ill-health and refer them on to suitable care. The aim was also to explore their perceptions of with whom the main responsibility for these students lie. **Method:** The study was a descriptive cross-sectional study. Thirty-two professional teachers in Dalarna County participated, and their responses were collected through an online questionnaire. The results were analysed with descriptive statistics using the statistics software ”SPSS”. **Results:** Respondents felt that they did not have sufficient knowledge of how the mental health problems of young people can be identified. They also claimed to have insufficient knowledge about the resources that are available. The majority felt that there were insufficient resources at their school to support students who suffer from mental ill-health and they identified counselor and school nurse working full time as the most important resources that were missing. **Conclusion:** The author wishes that education in mental ill-health is provided to teachers and other school staff. Through increased knowledge about mental ill-health, negative attitudes towards those who are affected can be reduced as well as the number of those who are affected. With increased knowledge about mental ill-health earlier detection can be made possible, reducing future costs to society as well as avoiding considerable suffering for the individual.

Keywords: Mental ill-health, mental health, children, teachers, knowledge, resources, responsibility

Sammanfattning

Syfte: Att undersöka om lärare anser sig ha tillräckliga kunskaper för att identifiera och hänvisa vidare elever med psykisk ohälsa, om de anser att tillräckliga resurser finns tillgängliga för att hjälpa dessa elever, samt deras uppfattningar om var det huvudsakliga ansvaret för dessa elever ligger.

Metod: Studien var en deskriptiv tvärsnittsstudie och undersökte 32 stycken yrkesverksamma högstadielärare i Dalarnas län. Svaren samlades in via webbenkät. Resultaten bearbetades med hjälp av deskriptiv statistik i statistikprogrammet SPSS (Statistical package for the social sciences).

Resultat: Resultatet från studien visade att respondenterna upplever att de inte har tillräckliga kunskaper i hur psykisk ohälsa hos unga kan identifieras samt att de har otillräckliga kunskaper om vilka resurser som finns att tillgå. Resultatet visade även att respondenterna ansåg sig ha ansvar för att identifiera elever med psykisk ohälsa samt ansvar för att de hänvisas till lämplig hjälp och behandling. Majoriteten av respondenterna ansåg att det inte fanns tillräckliga resurser på deras skola för att stödja elever som lider av psykisk ohälsa och eftersökte kurator och skolsköterska på heltid.

Slutsats: Författaren till föreliggande studie rekommenderar starkt att utbildning i dessa frågor (hur psykisk ohälsa hos unga kan uppmärksammas och identifieras samt vilka resurser som finns tillgängliga) ges till lärare och övrig skolpersonal. Genom ökade kunskaper kring psykisk ohälsa kan negativa attityder mot dem som är drabbade reduceras samt att antalet unga som är drabbade av psykisk ohälsa kan minska genom bland annat tidigare upptäckter. Ytterligare forskning inom ämnet bör utformas för att få en tydligare bild av hur situationen ser ut i skolan idag, vilka resurser som bör satsas på samt hur den psykiska ohälsan hos unga skall bekämpas.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, lärare, barn och unga, kunskaper, ansvar, resurser

Förord

Intresset för att arbeta förebyggande och främjande mot psykisk ohälsa har jag haft under en längre tid. Efter att ha arbetat som stödperson åt elever på ett högstadium blev det ännu tydligare för mig vilken betydelse psykiskt välmående har för att kunna uppleva god hälsa. Den psykiska ohälsan är någonting som ofta är tabubelagt och som vi gärna inte pratar om. Många kan ofta helt fritt tala om vilka krämpor man har i kroppen men när själen gör ont håller vi det inom oss. Min vision är att människor i framtiden kan prata lika fritt om psykisk mående såväl som fysiskt. Som folkhälsoarbetare är psykisk ohälsa hos unga en stor utmaning som måste tas på allvar och ges tid och resurser.

Jag upplever att skolan idag har stort fokus på den fysiska hälsan men att den psykiska hälsan ofta glöms bort. Skolan är den plats där ungdomar tillbringar den största delen av sin vakna tid vilket gör att lärare på ett eller annat sätt kommer att komma i kontakt med ungdomar som har någon form av psykisk ohälsa. Således kan det vara lämpligt om lärarna besitter någon form av kunskap kring ämnet och hur elever som mår psykiskt dåligt bör bemötas. Min tanke är inte att lärare skall fungera som eller ersätta psykologer eller andra psykoterapeuter, men det kan vara de som uppmärksammar psykisk ohälsa och kan därefter hänvisa eleven till att söka fortsatt hjälp.

Tack till,
Min handledare, Mikaela Willmer, som varit ett fantastiskt stöd under uppsatsskrivandet. Kristin, för att du alltid ställer upp och tar dig tid. Hannah, för att vi kämpat ensamma men ändå tillsammans. Mina föräldrar, för att jag alltid är välkommen hem till en plats att andas och äta. Tack för att ni ställde upp och köpte en dator till mig då min gamla dator valde att ge upp två veckor innan inlämning av uppsatsen. Sist men inte minst, tack Amanda. Tack för att du trott på mig och min förmåga. Utan dig hade denna uppsats inte blivit av.

/ Sofie Strömberg
2015-06-04, Högskolan i Gävle

Innehåll

1. Inledning 1

2. Bakgrund 1

2.1 Definition av psykisk ohälsa 1

2.1.1 Olika kategorier av psykisk ohälsa 1

2.2 Internationellt och nationellt perspektiv 2

2.2.1 Psykisk ohälsa internationellt 2

2.2.2 Psykisk ohälsa nationellt 2

2.3 Den svenska folkhälsopolitiken 3

2.4 Behandling av psykisk ohälsa 3

2.5 Psykisk ohälsa hos unga idag 4

2.5.1 Könsskillnader i psykisk ohälsa 4

2.6 Skolans roll vid psykisk ohälsa 5

2.6.1 Lärares roll vid elevers psykiska hälsa 6

2.6.2 Elevhälsa 6

2.6.3 Utbildning i psykisk ohälsa 6

2.7 Teoretisk bakgrund 7

2.8 Problemformulering 8

3. Syfte och frågeställningar 8

4. Metod 8

4.1 Design 8

4.2 Urval och undersökningsgrupp 9

4.3 Datainsamling 9

4.4 Dataanalys 10

4.5 Etiska överväganden 10

5. Resultat 10

6. Diskussion 12

6.1 Resultatdiskussion 13

6.2 Metoddiskussion 14

6.3 Fortsatt forskning 15

7. Slutsats 16

Referenser

Bilagor

1. Enkät

2. Missivbrev

1. Inledning

Psykisk ohälsa är ett globalt folkhälsoproblem som drabbar alla oavsett ålder, kön, etnicitet eller socioekonomisk status (Vilhelmsson, 2011). Totalt i världen beräknas omkring 450 miljoner människor vara drabbade av någon form av psykisk ohälsa vilket motsvarar 14 % av den totala sjukdomsbördan i världen (WHO, 2015). Dessa siffror ökar årligen men den största ökningen kan ses hos barn och unga (WHO, 2015 & Socialstyrelsen, 2010). Att tidigt i livet vara drabbad av psykisk ohälsa kan leda till att den drabbade senare i livet får problem i skolan, svårt att etablera sig på arbetsmarknaden samt svårigheter att skapa relationer (Socialstyrelsen, 2013b).

Många som är drabbade av psykisk ohälsa söker inte hjälp (Wang et al., 2007). Detta kan dels bero på att många inte vet vilka behandlingsmetoder som finns tillgängliga men det kan också bero på den rådande stigmatiseringen som finns kring psykisk ohälsa där en del inte vågar söka hjälp på grund av skamkänslor. Stigmatiseringen kring psykisk ohälsa kan även göra att personer som är drabbade undviker sociala sammanhang samt avstår från att söka arbete då det kan finnas en rädsla för att bli kränkt eller diskriminerad (a.a).

Det finns olika aktörer som verkar för att främja den psykiska hälsan hos barn och unga. Skolan är en av dessa aktörer och är den enda plats med tillgång till en så stor mängd barn och ungdomar samtidigt (Wing et al., 2014). Arbetet med elevernas psykiska hälsa på skolor bör ske i samverkan mellan olika delar av skolans personal så som kuratorer, skolsköterskor, lärare och specialpedagoger (SOU 2000:19). Här spelar lärarna en viktig roll då de har daglig kontakt med eleverna (Wang et al., 2014). Trots att lärarna ingår i det team som skall arbeta med elevernas psykiska hälsa är det ofta oklart vad detta arbete består av (O´Connor, 2008). I dagsläget är det upp till varje enskild lärare att avgöra hur mycket de skall engagera sig i elevernas psykiska hälsa vilket ofta styrs av lärarnas egen syn på sin yrkesroll samt vilka möjligheter det finns tidsmässigt till att göra detta (a.a). Genom att undersöka lärarnas egen syn på hur situationen ser ut i skolan idag, rörande deras kunskaper och uppfattningar i ämnet, kan ökad förståelse ges kring vilka resurser som bör utökas och satsas på.

2. Bakgrund

2.1 Definition av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett vitt begrepp som kan användas olika beroende på vilket sammanhang det gäller (Socialstyrelsen, 2013b). Det inkluderar allt från psykiatriska sjukdomar så som depression och schizofreni till självrapporterade besvär, mer eller mindre plågsamma, så som nedstämdhet, oro och ångest. Psykisk sjukdom innebär en psykisk ohälsa som vården kan kategorisera utifrån olika syndrom av diagnostiska kriterier. Psykisk ohälsa kan alltså vara alltifrån psykisk sjukdom med olika funktionsnedsättningar till lindrigare former av psykiska besvär (a.a). I denna studie gjordes valet att i enkäten utesluta neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, så som ADHD och autism, då dessa kräver en annan typ av utredning och resurser.

2.1.1 Olika kategorier av psykisk ohälsa

När det talas om psykisk ohälsa hos unga kan det grupperas på olika sätt. Broberg et al. (2003) delar in psykisk ohälsa i tre kategorier där den första går under namnet internaliserad psykisk ohälsa. Denna kategori innebär att individen exempelvis blir orolig, ängslig eller nedstämd och vänder sina problem inåt. Till internaliserad psykisk ohälsa räknas olika former

av ångesttillstånd, barn och unga som inte äter som andra samt som barn och unga som skadar sig själva. Ångesttillstånd kan exempelvis vara separationsångest och tvångssyndrom. Anorexia nervosa, bulimia nervosa och UNS (ätstörning utan närmare specifikation) är de vanligaste diagnoserna hos barn och unga som inte äter som andra, där den drabbade lider av stark fobi och ångest för viktuppgång. Till barn och unga som skadar sig själva hör olika former av självskadebeteenden och självmordsförsök. Detta brukar ofta höra samman med depression och ångest. Externaliserad psykisk ohälsa kallas den andra kategorin. Här blir individen istället utåtagerande genom att exempelvis bli aggressiv och impulsiv. Detta kan vara en uppförandestörning som gör att individen exempelvis inte kan kontrollera sin egen ilska, det vill säga svårt till självreglering. Till externaliserad psykisk ohälsa räknas även barn och unga med koncentrations- och uppmärksamhetssvårigheter samt hyperaktivitet. I den tredje kategorin har individen problem med det sociala samspelet på grund av ett avvikande tankemönster. Hit hör autismspektrumstörningar samt psykossjukdom (a.a).

2.2 Internationellt och nationellt perspektiv

2.2.1 Psykisk ohälsa internationellt

Psykisk ohälsa är ett globalt växande folkhälsoproblem som drabbar både vuxna och barn (Vilhelmsson, 2011). Det påverkar samhället negativt genom att vara en börda såväl psykologiskt, ekonomiskt och socialt, samt att det ökar risken för att drabbas av fysiska sjukdomar (WHO, 2004). Majoriteten av de som drabbas av psykisk ohälsa är kvinnor men även män drabbas (Socialstyrelsen, 2010). Det är dock svårt att veta hur förhållandet mellan kvinnor och män ser ut då kvinnor i högre utsträckning söker vård för psykisk ohälsa än vad män gör (a.a). Av den totala sjukdomsbördan i världen beräknas 14 % vara orsakad av olika former av psykisk ohälsa vilket innebär att omkring 450 miljoner människor är drabbas (WHO, 2015). Totalt lider över 350 miljoner människor i världen av depression som är en form av psykisk ohälsa (a.a). I Europa beräknas depression stå för den största sjukdomsbördan räknat i DALY (summan av levnadsår som gått förlorade på grund av funktionsnedsättning och förtida död) (Wittchen et al., 2011).

Många som lider av psykisk ohälsa söker inte hjälp (Wang et al., 2007). Detta kan bland annat bero på den rådande stigmatiseringen kring psykisk ohälsa, att många inte inser att de är i behov av behandling samt att många inte vet vilka behandlingsmetoder som finns. Stigmatiseringen kan även göra att personer som är drabbade av psykisk ohälsa undviker att söka arbete samt andra sociala sammanhang på grund av en rädsla för att bli diskriminerad eller kränkt (a.a). Uppskattningsvis beräknas mindre än 50 % söka hjälp för depression (WHO, 2015). I många länder, framför allt låginkomstländer, är den siffran på under 10 % (a.a).

2.2.2 Psykisk ohälsa nationellt

Av Sveriges totala befolkning beräknas mellan 20-40 % ha någon form av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2013b). Det uppskattas att 15 % av männen och 22 % av kvinnorna har besvär med oro, ångest eller ängslan (Folkhälsomyndigheten, 2014). Av dessa är det omkring 5-10 % av både kvinnorna och männen som har en så pass allvarlig psykisk ohälsa att de behöver psykiatrisk vård (Socialstyrelsen, 2013b). Den psykiska ohälsan ökar i alla åldersgrupper men den största ökningen kan ses hos unga (Socialstyrelsen, 2010). Att under tonåren rapportera problem med nedstämdhet och bristande välbefinnande är riskfaktorer för att senare i livet drabbas av någon form av psykisk sjukdom eller begå självmord (Socialstyrelsen, 2013a). Med detta följer svårigheter att senare i livet etablera sig i samhället

då det kan medföra problem med att exempelvis försörja sig eller bilda familj (a.a).

Studier visar att vuxna med psykisk sjukdom har en högre risk att insjukna i andra sjukdomar (Wittchen et al., 2011). De har ofta haft sin första sjukdomsepisod under tonåren vilket de utan professionell hjälp sällan tillfrisknar från (a.a). I Sverige drabbas under ett år en miljon personer i arbetsför ålder av psykisk ohälsa vilket är den vanligaste orsaken till varför man står utanför arbetsmarknaden (OECD, 2013). Detta uppskattas kosta samhället över 70 miljarder i vårdkostnader och förlorade arbetsinsatser (a.a).

Varje år dör cirka 1500 personer i Sverige på grund av självmord, som ofta beror på en långvarig psykisk ohälsa (Anderson & Lindgren, 2011). Detta är tre gånger fler än vad som dör i trafiken varje år och det är den vanligaste dödsorsaken hos personer mellan 15-44 år (a.a).

2.3 Den svenska folkhälsopolitiken

Det övergripande målet för den svenska folkhälsopolitiken är att ”skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (Folkhälsomyndigheten, 2015). Utifrån detta övergripande mål finns sedan 11 målområden som valts att fokuseras på. Ett av dessa målområden är ”Barn och ungas uppväxtvillkor” som bland annat handlar om skolans betydelse för ett barns hälsa. Målet tar även upp psykisk ohälsa och hur tidiga insatser under uppväxten kan förebygga detta (a.a). Arbetet mot den psykiska ohälsan bör ske på flera arenor så som hälso- och sjukvården samt skolan (Socialstyrelsen, 2013a). Skolan är den plats där barn och unga spenderar större delen av sin vakna tid och spelar därför en viktig roll för ett barns välmående (a.a). Att ha en skola som satsar på att förbättra elevernas psykiska hälsa gynnar såväl eleven som skolan då en elev som mår bra kan ta del av undervisningen på ett mer gynnsamt sätt jämfört med en elev som mår dåligt, vilket leder till förbättrade skolresultat (Skolverket, 2011).

2.4 Behandling av psykisk ohälsa

Till primärvården söker sig de allra flesta när de börjar uppleva problem med sin psykiska hälsa (Socialstyrelsen, 2013b). Här behandlas vanligtvis lindrigare former av ångestsjukdomar och depressioner. Vårdcentralen är ofta den plats som personer med psykisk ohälsa besöker första gången, där de får komma i kontakt med en läkare. Vad gäller barn och ungdomar är det oftast elevhälsan på skolan eller andra barnmottagningar som är den första kontakten (a.a).

Om primärvårdens kompetens eller behandling inte fungerar blir individen hänvisad till någon typ av specialiserad öppenvård för behandling av den psykiska ohälsan (Socialstyrelsen, 2013b). Här kan individen få behandling utan att läggas in. För barn och ungdomar upp till 17 år sker denna kontakt oftast via barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). BUP tillhandahåller kostnadsfria behandlingar och finns tillgängligt i varje landsting i Sverige. Skulle den specialiserade öppenvården inte räcka till kan individen bli behandlad inom slutenvården, vilket innebär att individen blir inlagd på sjukhus för behandling och vård. Detta sker exempelvis om det finns risk för självmordsförsök. I vissa landsting finns det särskilda slutenvårdsplatser för barn och unga. Saknas detta blir individen hänvisad till slutenvård för vuxna (a.a).

2.5 Psykisk ohälsa hos unga idag

Sedan 1990-talet har den psykiska ohälsan hos barn och unga ökat där ångestsjukdomar, depressioner samt missbruk står för den största delen (Socialstyrelsen, 2013b). Denna ökning har lett till att fler ungdomar behöver psykiatrisk vård samt att de får problem med att etablera sig i samhället (a.a). Vad denna ökning beror på finns det inga tydliga svar på men en teori är att det idag finns mycket fler möjligheter vad gäller olika livsval så som utbildning och arbete (SOU 2006:77). Förmågan att hantera dessa nya möjligheter har utvecklats långsammare än uppkomsten av möjligheterna till olika val (a.a).

Psykisk ohälsa hos barn och unga skiljer sig från psykisk ohälsa hos vuxna på det viset att det hos barn och unga är en utbredd förekomst av komorbiditet (Broberg, Almqvist & Tjus, 2003). Detta innebär att barn och unga i olika situationer uppvisar olika symtom på psykisk ohälsa. Hur barn och unga uppvisar dessa symtom kan bland annat bero på ålder, kön och familjeförhållanden (a.a). Exempel på symtom hos unga vid psykisk ohälsa är nedstämdhet, irritabilitet, ilska, sömnsvårigheter, svårt att äta, magont och huvudvärk (NASP, 2015).

Årligen uppskattas det att omkring 100 000 barn och ungdomar har kontakt med Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), där de vanligaste orsakerna till kontakt är internaliserad psykisk ohälsa så som depression och ångest samt externaliserad psykisk ohälsa så som beteendestörning (Socialstyrelsen, 2009a). Att ungdomar vårdas på sjukhus till följd av ångest och depression har blivit allt vanligare (SOU 2006:77). Hos flickor i åldrarna 15-19 år ökade antalet vårdtillfällen med åtta gånger mellan åren 1980-2003 (a.a). I Sverige är det varje år cirka 100 skolelever i åldrarna 10-19 år som begår självmord vilket är den vanligaste dödsorsaken i denna åldersgrupp, något som oftast är en följd av en långvarig psykisk ohälsa (Anderson & Lindgren, 2011).

Att vara drabbad av psykisk ohälsa kan få problematiska konsekvenser på sikt då den drabbade kan få svårt att klara av skolan, knyta relationer eller etablera sig på arbetsmarknaden (Socialstyrelsen, 2013b). Bland de unga som ansöker om aktivitetsersättning beror runt 60 % av ansökningar på psykisk ohälsa. Detta är siffror som ökar årligen (OECD, 2013). För att den ökande gruppen av psykiskt sjuka barn och ungdomar inte skall utgöra ett växande folkhälsoproblem är det av vikt att tidigt uppmärksamma psykisk ohälsa hos barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2013b). Detta gör att insatser och behandlingar utifrån eventuella diagnoser kan sättas in tidigt vilket kan medföra att tillståndet inte blir lika handikappande och långvarigt (a.a).

2.5.1 Könsskillnader i psykisk ohälsa

Enligt Socialstyrelsen (2009b) är könsskillnader i psykisk ohälsa som störst under tonåren. Hos 15-åriga flickor är det 37 % som rapporterar besvär med nedstämdhet. Hos de 15-åriga pojkarna ligger den siffran på 14 %. Den siffran är troligtvis högre då pojkar i större utsträckning än flickor väljer att inte rapportera om sådana besvär. Hos ungdomar mellan 16 och 19 år uppger tre gånger fler flickor än pojkar besvär med ångest, ängslan eller oro (a.a). Enligt Boyd et al. (2015) är det vanligare att flickor visar symtom på internaliserad psykisk ohälsa medan det hos pojkar istället är vanligare att ge uttryck för externaliserad psykisk ohälsa. Det finns olika teorier kring varför dessa skillnader ser ut som de gör. En anledning till att flickor i större utsträckning än pojkar är drabbade av internaliserad psykisk ohälsa tros vara att flickor i högre grad oroar sig för skolresultat, relationer och utseende, samt att de under tonåren ofta får en sämre kroppsuppfattning och självförtroende (Socialstyrelsen, 2009b).

2.6 Skolans roll vid psykisk ohälsa

De senaste 20 åren har skolprestationerna försämrats vilket yttrar sig i att fler grundskoleelever inte blir behöriga till gymnasiet samt att fler gymnasieelever går ut skolan utan godkända betyg (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Det finns samband mellan elevers psykiska hälsa och deras prestationer i skolan. Detta uppstår både genom att elever som inte uppnår de resultat som krävs kan drabbas av psykisk ohälsa, men även genom att elever som lider av psykisk ohälsa på grund av detta inte uppnår de resultat som krävs (a.a). Enligt SOU (2000:19) kan ett samband ses mellan elevers hälsa och lärande samt skolmiljön de befinner sig i.

I Skolverkets läroplan står det att: ”Omsorg om den enskildes välbefinnande och utveckling skall prägla verksamheten” samt att ”Personlig trygghet och självkänsla grundläggs i hemmet, men även skolan har en viktig roll” (Skolverket, 2011). Det står vidare att ”Varje elev har rätt att i skolan få utvecklas, känna växandets glädje och få erfara den tillfredsställelse som det ger att göra framsteg och övervinna svårigheter”. Ytterst ansvarig för skolan som helhet är rektorn, men alla som arbetar i skolan skall arbeta för alla elevers lärande. Tillsammans med lärare och elevhälsans personal har rektorn ett uppdrag att stödja alla elevers utveckling mot sociala mål och kunskapsmål (a.a).

Vid arbete med elevers hälsa bör samverkan ske mellan olika delar av skolan så som skolsköterskor, kuratorer, specialpedagoger och lärare, där dessa yrkeskategorier besitter en allsidig kompetens (Utbildningsdepartementet, 1994). Denna samverkan är av vikt då elevers hälsa, lärande och utveckling är integrerade med varandra (SOU 2000:19). Patton et al. (2000) studie menar att skolan bör vara en naturlig del i främjandet av ungas psykiska hälsa då det är den enda plats med tillgång till så många ungdomar samtidigt. De menar att skolan av olika anledningar kan vara grunden till en del ungdomars psykiska ohälsa samt att elever med hög frånvaro i skolan ofta är de som har det sämsta psykiska måendet (a.a). Likväl som arbetsmiljön på en arbetsplats kan leda till psykiska problem för vuxna kan skolmiljön göra det för ungdomar (Gådin & Hammarström, 2003). Faktorer som kan påverka elevers psykiska hälsa negativt är bristande kontroll, erfarenheter av mobbing, stress, prestationsångest samt upplevd hög arbetsbelastning (a.a). Wyn et al. (2000) studie menar att för att förbättra psykisk hälsa hos unga bör ett tydligt synliggörande och ingripande ske med störst vikt på att främja skolornas roll i detta. De avser även att detta skulle medverka till mindre negativa attityder kring psykisk ohälsa (a.a).

Guvås (2011) studie visade på att majoriteten av de olika yrkesgrupperna inom skolan ansåg att arbetet med elevers hälsa bör ske utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. De ansåg även att arbetet med den enskilda eleven bör utgå från ett salutogent perspektiv, där fokus ligger på vilket stöd eleven är i behov av för att uppnå välmående och optimalt lärande. Dock menade de att skolan i praktiken ofta utgår från ett patogent perspektiv där fokus ligger på att remittera och utreda barn. De flesta skolor i Sverige idag behandlar och fokuserar på elevers fysiska hälsa. Om den psykiska hälsan utvärderas handlar det till största del om förebyggande insatser (a.a).

Rapporten ”Självmordsprevention i skolor” studerade rektorers erfarenheter kring utbildning i självmordsprevention hos de anställda (NASP, 2003). Mer än 70 % av de tillfrågade rektorerna uppgav att det under deras tid som rektor inte funnits någon utbildning för personalen i hur tidiga upptäckter görs av elever som finns i riskzonen för självmordshandlingar. Trots att majoriteten av rektorerna hade egna erfarenheter av att elever

begått självmord eller gjort självmordsförsök saknade de flesta skolor förebyggande program eller skriftliga handlingsplaner för att förhindra självmord och självmordsförsök. Rapporten visade även att beredskapen för att hjälpa och upptäcka elever som riskerar att utföra självmordshandlingar är låg vid Sveriges skolor (a.a).

2.6.1 Lärares roll vid elevers psykiska hälsa

Lärarna spelar en stor roll i skolans arbete med elevers hälsa då de är de som dagligen möter eleverna och som vanligtvis är de som hänvisar elever som mår dåligt till exempelvis skolsköterska eller kurator (Wang et al., 2014). Lärare skall i sitt elevhälsoarbete verka för att skapa förutsättningar för utveckling och lärande. Om lärarna saknar kunskaper eller resurser kring hur de skall hantera elever med psykisk ohälsa kan det leda till negativa konsekvenser för såväl elever som lärare. Detta kan för elevernas del handla om att de får behandling senare än vad de annars hade behövt. För lärarnas del kan det bland annat ta tid från undervisningen samt bidra till en känsla av maktlöshet (a.a). Det kan dock vara svårt att definiera hur lärare kan och bör vara involverade i elevernas psykiska ohälsa (Mazzer & Rickwood, 2014).

2.6.2 Elevhälsa

Enligt skollagen ska det finnas tillgång till hälsofrämjande insatser och en elevhälsa för eleverna (Skollagen 2 kap. 25§). Vad dessa hälsofrämjande insatser består i samt vad ordet "tillgång" har för innebörd är inte specificerat (a.a). Hur bemanningen ser ut vid elevhälsan vid olika skolor varierar vilket till stor del beror på vilket behov skolan har samt vilka förutsättningar som finns (Törnsén, 2009). Vid en del skolor finns inte elevhälsans personal tillgänglig dagligen men den skall kunna infinna sig vid behov. Rektorn kan själv inte bestämma hur elevhälsans resurser och organisation ser ut utan det beslutas i högre instanser där kommunala skolor tilldelas resurser så som kurator och skolsköterska. För elever i behov av särskilt stöd kan de ansöka om ytterligare resurser (a.a). I Törnséns (2009) intervjustudie menade rektorerna att det får konsekvenser för elevernas resultat att skära ned på elevhälsans personal. En minskad vuxentäthet innebär att de på grund av tidsbrist inte kan nå alla elever vilket leder till att en del elever faller mellan stolarna och inte får det stöd de behöver. I studien uttryckte både elevhälsans personal och lärare ett ökat behov av kuratorer och skolsköterskor på skolan. Både för elevernas skolresultat men även för elevernas hälsa. Lärarna menade också att de för egen del önskade en heltidskurator på skolan för att få stöd och handledning i olika typer av elevhälsofrågor. Dessa frågor tog energi och tid både från lärare, rektorer och elevhälsans personal (a.a).

2.6.3 Utbildning i psykisk ohälsa

I arbetet med elevers psykiska ohälsa är det av vikt att utgå från evidensbaserade preventionsprogram (Wasserman et al., 2015). Dock saknas det ofta både resurser och utbildning för att kunna göra detta (Lyon et al., 2011). Det innebär att dessa program sällan utvecklas trots att de har påvisad effekt (a.a). Genom att utbilda lärare och elever i hur svåra känslor kan hanteras och hur psykisk ohälsa kan upptäckas både hos sig själv och hos andra, skulle exempelvis självmord kunna förebyggas (Wasserman et al., 2015).

Karolinska institutets nationella centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) ger utbildningar i första hjälpen till psykisk hälsa (NASP, 2015). Kursen utformades år 2000 i Australien av Antony Jorm och Betty Kitchener och heter på engelska ”The Mental Health First Aid Training and Research program” (MHFA). På svenska har det fått namnet ”Första hjälpen till psykisk hälsa”. Kursen har under åren utvärderats och utvecklats

och används idag i 15 olika länder. Kursen syftar till att öka allmänhetens kunskaper om självmordsförsök, självmord och psykiska sjukdomar och riktar sig till dem som har nära kontakter med ungdomar, så som skolpersonal, vårdnadshavare och idrottsledare. Det tar upp psykiska besvär hos ungdomar så som ångestsjukdom, depression, ätstörningar och beroendesjukdomar. Kursen tar även upp kriser i livscykeln, hur man söker hjälp under en krissituation samt förmågan att ta sig igenom krisen. Kursen pågår sammanlagt i 12 timmar vilka kan fördelas på det vis som lämpar sig för deltagarna. Målet med kursen är att öka kunskaper om psykisk ohälsa samt minska rädslan som finns att tala om detta (a.a).

En studie som gjordes 19-21 månader efter genomförd utbildning i MHFA på tidigare kursdeltagare visade bland annat att deltagarna upplevde att de fått ett större självförtroende till att agera vid misstanke om psykisk ohälsa (Jorm, Kitchener & Mugford, 2005). De upplevde även att de fått värdefulla kunskaper om vilken hjälp som finns att tillgå samt större förståelse och empati för psykisk sjukdom (a.a). En annan studie om gymnasielärares upplevelser efter att ha genomfört MHFA visade att utbildningen gett dem ökade kunskaper i vilken vård och behandling som finns tillgänglig (Jorm et al., 2010). Utbildningen hade även gett deltagarna minskade negativa attityder till personer med psykisk ohälsa samt gett dem ökat självförtroende att hjälpa personer som är drabbade (a.a).

2.7 Teoretisk bakgrund

Lärarrollen och vad som ingår i den kan se mycket olika ut (O´Connor, 2008). I denna studie ställs frågan huruvida lärarna anser sig ha ansvar för att identifiera psykisk ohälsa hos eleverna. Då lärarrollen är komplex kan svaret på denna fråga bero på lärarnas egen syn på vad som ingår i rollen som lärare. För en del lärare kan det bli problematiskt att bry sig om och värna om sina elever samtidigt som de skall upprätthålla en professionalitet i sin yrkesroll. Lärarna är en del i de team som skall verka för elevernas hälsa och utveckling. Här spelar de en viktig roll då de har daglig kontakt med eleverna. Som det ser ut i skolan idag är det upp till varje enskild lärare hur mycket de skall ”bry sig om” eleverna även utanför klassrummet. Graden av hur mycket varje lärare bryr sig har ofta sin grund i lärarens egen filosofi om läraryrket samt egna professionella mål. Lärare känner ofta ett starkt åtagande i sin profession där deras egna känslor till yrket styr vilken identitet de får. Då många lärare upplever hög arbetsbelastning kan det komma att krocka med deras känslor kring att vilja bry sig om och ge varje elev tid och omtanke (a.a). Hur en lärare bör undervisa skall utgå från mänsklig interaktion och emotionell förståelse, inte tekniska undervisningskompetenser (Hargreaves, 1998; Hargreaves, 2000). Dock utgör tiden och den höga arbetsbelastningen ett hinder för detta vilket gör att lärare i sin vilja att bry sig om andra slutar bry sig om sig själva. Det sker en ständig känslomässig kamp för många lärare då andra har förväntningar på hur de skall uppträda. De skall vara både hänsynsfulla och snälla samtidigt som de skall vara stränga och kunna kräva saker av eleverna. Lärares egen känsla av tillfredsställelse och framgång mäts ofta i relationerna till eleverna och till deras vårdnadshavare (a.a). Hargreaves (1998) talar om fyra sammanhängande emotionella principer när det gäller lärares relationer till sina elever;

1. Undervisning har en känslomässig dimension.
2. Undervisning och lärande innefattar känslomässig förståelse.
3. Undervisning som en form av känslomässigt arbete.
4. Lärares känslor är oskiljaktiga från deras moraliska syften till sin lärarroll.

1. Undervisning som känslomässig dimension innebär att undervisningen aktiverar lärarna

där de kan uttrycka sina egna känslor och använda sig av dessa. Genom att lärarna ger uttryck för och använder sig av sina känslor i undervisningen påverkar det andras känslor och handlingar vilka lärarna har att utgå ifrån i sitt arbete.

2. Att undervisning och lärande innefattar känslomässig förståelse har sin grund i att läraryrket innefattar att skapa relationer med andra och forma dessa på ett önskvärt sätt. Genom att ha en känslomässig förståelse kan vi se känslor som stolthet, rädsla och avsky och veta om dessa känslor är berättigade eller inte och veta hur vi skall agera i enlighet med detta.

3. Undervisning som känslomässig arbetskraft innebär att lärare i sin roll inte kan låtsas uttrycka vissa känslor utan måste medvetet arbeta sig upp till ett tillstånd där de kan uppriktigt känna känslor som entusiasm och ilska. Detta krävs för att kunna göra ett bra arbete och är en viktig del i undervisningen.

4. Att lärares känslor är oskiljaktiga från deras moraliska syften till sin lärarroll innebär att moraliska handlingar och bedömningar alltid utgår från känslor och känslomässig förståelse (a.a).

2.8 Problemformulering

Som tidigare nämnts ökar antalet unga världen över som lider av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2010). Årligen är det omkring 100 skolungdomar i Sverige som begår självmord vilket ofta grundar sig i en långvarig psykisk ohälsa (Anderson & Lindgren, 2011). Skolan är den plats där barn och unga tillbringar den största delen av sin vakna tid varvid det blir en naturlig plats att främja barn och ungas psykiska hälsa (Wang et al., 2014). Här spelar lärarna en viktig roll då de dagligen möter eleverna (a.a). Det är därför av vikt att undersöka huruvida skolpersonalen, i denna studie lärare, anser sig ha kunskap och verktyg för att kunna hantera elevers psykiska ohälsa. Genom en bättre förståelse kring lärarnas kunskaper och uppfattningar i ämnet kan det vara till hjälp för såväl elever som annan skolpersonal, exempelvis kuratorer.

3. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka om lärare anser sig ha tillräckliga kunskaper för att identifiera och hänvisa vidare elever med psykisk ohälsa samt deras uppfattningar om var det huvudsakliga ansvaret för dessa elever ligger. Syftet är även att undersöka om de anser att det finns tillräckliga resurser på deras skola för att hjälpa dessa elever.

Frågeställningar:

- Anser lärare att de har kunskaper för att kunna identifiera psykisk ohälsa?
- Anser lärare att de har ansvar för att identifiera psykisk ohälsa hos eleverna samt hänvisa dem vidare till lämplig hjälp och behandling?
- Anser lärare att det finns tillräckliga resurser för att stödja elever med psykisk ohälsa?

4. Metod

4.1 Design

För att besvara studiens syfte och frågeställningar valdes en kvantitativ tvärsnittsstudie med ett deskriptivt förhållningssätt. En kvantitativ metod var att föredra i denna studie då författaren ville få fram kvantifierad data, hur många lärare som tyckte, tänkte och trodde

något, varpå en kvalitativ metod inte blev aktuell (Bryman, 2011). Genom en kvantitativ metod ökade utbudet av data vilket gjorde att det i större utsträckning gick att analysera och finna mönster i resultatet (Olsson & Sörensen, 2011). Med hjälp av webbenkäter samlades data in kring lärarnas åsikter. Att välja enkäter som insamlingsmetod gjordes dels på grund av att det är tidseffektivt, många svar kan fås på kort tid jämfört med exempelvis intervjuer (Bryman, 2011). Enkäter var även att föredra då färdiga svarsalternativ gör att resultatet är mer lättolkat. Enkäter kan även upplevas som mer anonyma än vid exempelvis en intervju vilket gör att respondenterna vågar svara mer öppet och ärligt på frågor som kan vara känsliga, samt att intervjuareffekten undviks vid enkäter (a.a).

4.2 Urval och undersökningsgrupp

Inklusionskriterierna för att medverka i studien var högstadielärare, kvinnor och män i olika åldrar i Dalarnas län. Via mejl kontaktades rektorerna vid tio olika högstadieskolor där studiens syfte beskrevs och en förfrågan gjordes om ett tiotal lärare vid skolan skulle vara intresserade av att delta. Detta gör urvalet i denna studie till ett icke-slumpmässigt urval. Samtliga rektorer (fem stycken) som var intresserade av att låta sina lärare delta förklarade att de inte kunde låta deltagandet vara obligatoriskt utan att det var upp till varje lärare att bestämma om de ville delta eller inte. Genom att det var upp till varje lärare att avgöra om de ville delta i studien eller ej kallas detta för ett ja-sägar urval, där de som tackar ja till att ingå i studien får göra det (Lantz, 2011). Totalt på de fem skolorna arbetade 126 lärare. Trettiotvå stycken av dessa valde att besvara enkäten vilket ger ett bortfall på 94 stycken. Då kontakten gick via rektorn fanns ingen möjlighet att ta reda på vilka respondenter som valde att inte svara på enkäten. Där av blev det inte möjligt att genomföra en bortfallsanalys.

4.3 Datainsamling

Utformandet av enkäten inleddes med att söka efter befintliga enkäter inom samma område vilket dessvärre gjordes utan resultat. Tillsammans med handledare utformades därför enkäten utifrån syftet och de tre temana *kunskaper*, *ansvar* och *resurser* kom att bildas. Innan den färdiga enkäten skickades ut till respondenterna testades enkäten på tre lärare som fick ge respons på frågorna och eventuella begrepp som var otydliga.

Enkäten (bifogas i **bilaga 1**) bestod av totalt tio frågor, både kryssfrågor samt frågor där det fanns möjlighet för respondenten att själv utveckla sitt svar med egen text. Tre frågor var bakgrundsfrågor, kön, ålder och antal yrkesverksamma år som lärare. De resterande frågorna berörde psykisk ohälsa. Tre frågor handlade om ansvar, en fråga om vart respondenterna skulle vända sig om de befarar att en elev lider av psykisk ohälsa, två frågor kring lärares kunskaper samt en fråga om resurser. Vid utformningen av enkäten var målet att ha korta och tydliga frågor samt att enkäten i sig inte skulle bli flera sidor lång vilket eventuellt skulle kunna vara avskräckande för respondenterna. Frågorna i enkäten var neutralt formulerade samt ej ledande (Trost, 2007). För att inte skapa förvirring hos respondenten var det av vikt att det enbart var en fråga i taget och inte två frågor i en (a.a). Då författaren själv inte var på plats när respondenterna genomförde enkäten var det av vikt att enkäten var lätt att förstå samt att den skulle vara lätt att besvara (Bryman, 2011). Ett missivbrev (se **bilaga 2**) utarbetades efter framställningen av enkäten. Missivbrevet inleddes med att författaren presenterade sig själv och syftet med studien. Därefter förklarades denna studies definition av psykisk ohälsa då begreppet är återkommande genom hela enkäten samt att det är ett vitt begrepp som kan tolkas olika. Efter det beskrevs att enkäten skulle ta mellan 5-10 minuter att genomföra. Detta för att respondenterna skulle få en uppfattning om vilken tid de skulle förväntas lägga ned på

enkäten. I missivbrevet beskrevs det även att respondenten är anonym, att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande samt att informationen som samlas in behandlas konfidentiellt. För att samla in data användes webbenkäter. Surveymonkey (www.surveymonkey.se), som är ett verktyg för att designa och distribuera onlineformulär, användes för att utforma enkäterna. Rektorn vid varje skola hade kontakt med lärarna och skickade ut webbenkäten via mejl till dem.

4.4 Dataanalys

För att analysera den data som samlades in via enkäterna användes statistikprogrammet SPSS (Statistical package for the social sciences), som är lämpligt att använda sig av vid analysering av kvantitativ data (Bryman, 2011). För att kunna urskilja vilket svar som hörde till vilken enkät markerades varje enkät med ett ID-nummer. För att kunna sammanställa resultatet i SPSS kodades enkätsvaren till siffror. Varje fråga märktes även med en rubrik. Dataresultatet analyserades med hjälp av deskriptiv statistik då antalet inkomna enkäter bedömdes vara för litet för att sambandsanalyser skulle kunna genomföras med någon tillförlitlighet.

4.5 Etiska överväganden

Under hela studiens gång har hänsyn tagits till de forskningsetiska regler som finns, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Studien tar hänsyn till informationskravet genom att deltagarna fick information om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt samt att de när som helst under enkätens gång kunde välja att avbryta sitt deltagande. Deltagarna fick även information om att deras svar endast skulle användas i denna studie. Det beskrevs även vilka vinster resultaten skulle kunna ge i form av ny kunskap med förhoppningen att kunna främja barn och ungas psykiska välbefinnande. Samtyckeskravet tar denna studie hänsyn till genom att deltagarna fick ge samtycke till medverkan innan de genomförde enkäten. Studien tar hänsyn till konfidentialitetskravet då deltagarna i studiens ges största möjliga konfidentialitet samt att personuppgifter förvarats på ett sådant sätt att obehöriga ej har haft tillgång till dem. Studien tar även hänsyn till nyttjandekravet genom att uppgifter insamlade om deltagarna endast används i denna studie.

5. Resultat

Resultatet som utgår från studiens syfte och frågeställningar presenteras med hjälp av figurer och tabeller samt i löpande text. Fem rektorer gav sitt medgivande att låta lärarna medverka i enkäten. Samtliga av dessa uppgav att det var upp till lärarna själva att bestämma om de ville delta eller ej. De ville inte sätta något krav att medverka då arbetsbelastningen under perioden för enkäten var hög. Sammanlagt på de fem skolorna arbetade 126 lärare. Trettiotvå av dessa valde att svara. Detta blir ett bortfall på 94 personer, 75 %.

Totalt svarade 22 kvinnor och 10 män på enkäten. Vilket ger en fördelning på 69- respektive 31 %. Nedanstående tabell visar fördelningen av respondenternas ålder. Respondenterna var som yngst 25 år och som äldst 62 år. Medelåldern var 48 år (SD=1,9) och medianåldern 51 år.

Tabell 1, Åldersgrupp

Ålder		n	Procent	Kumulativ procent
Valid	25-35	4	12,5	13,3
	36-45	6	18,8	33,3
	46-55	14	43,8	80,0
	56-65	6	18,8	100,0
	Total	30	93,8	
Saknas	System	2	6,3	
Total		32	100,0	

Medelvärdet för antal år som yrkesverksam lärare var 16 (SD=1,8).

På fråga fyra ”om respondenterna ansåg att de hade ansvar att identifiera elever som lider av psykisk ohälsa” svarade 72 % (n=23) ”ja”, 9 % (n=3)”nej” och 20 % (n=6) ”vet ej”. På fråga fem ”om respondenterna ansåg att de hade ansvar för att elever med psykisk ohälsa hänvisas till lämplig hjälp och behandling” svarade 72 % (n=23) att de ansåg att de hade ansvar för det. 25 % (n=8) ansåg att de inte hade det och 3 % (n=1) svarade ”vet ej”.

På fråga sex ”vem respondenterna ansåg bar det huvudsakliga ansvaret för att elever med psykisk ohälsa får det stöd de behöver” svarade 59 % (n=19), att rektorn var den som bar det huvudsakliga ansvaret. 16 % (n=5) ansåg att det var skolsköterskan som bar det huvudsakliga ansvaret och 9 % (n=3) ansåg att kuratorn gjorde det. På denna fråga fanns även svarsalternativen lärare och klassföreståndare/mentor vilket ingen valde att svara. Alternativet ”Annan personal” fanns även vilket 16 % (n=5) valde att svara. Här gick det att i fritext specificera vad de menade med ”Annan personal” där de flesta svarade elevhälsoteamet eller skolhälsovården.

På fråga sju ”vem eller vilka respondenterna skulle vända sig till om de befarade att en elev lider av psykisk ohälsa” fanns även svarsalternativet ”Avvakta” vilket ingen av respondenterna svarade. Svarsalternativet ”Annan” gav utrymme att i fritext beskriva vem de skulle använda sig av. Här framkom svar som att hänvisa till BUP, diskutera med någon med god kännedom om eleven, hänvisa till elevhälsoteamet samt prata med rektor.

Tabell 2. Sammanställning av svaren på fråga 7, Om du befarar att en elev lider av psykisk ohälsa, vilken eller vilka av dessa alternativ skulle du använda dig av? (Flera svarsalternativ är möjliga)

Vilken eller vilka av dessa alternativ skulle du använda dig av?		Respondenter	
		N	Procent
	Kurator	26	26,8%
	Skolsköterska	19	19,6%
	Vårdnadshavare	22	22,7%
	Eleven	25	25,8%
	Vet ej	1	1,0%
	Annan	4	4,1%
Total		97	100,0%

På fråga åtta ”om respondenterna ansåg att de hade tillräckliga kunskaper för att identifiera elever som lider av psykisk ohälsa” svarade 13 % (n=4) att de ansåg sig ha det. 81 % (n=26) svarade att de inte ansåg sig ha tillräckliga kunskaper och 6 % (n=2) svarade ”Vet ej”. På fråga nio ”om respondenterna ansåg att de hade tillräcklig kunskap om vilka resurser som finns tillgängliga för att stödja elever med psykisk ohälsa” ansåg 34 % (n=11) att de hade tillräckliga kunskaper. Femtiotre procent (n=17) svarade att de inte ansåg sig ha tillräckliga kunskaper och 3 % (n=3) svarade ”vet ej”. På denna fråga valde 9 % (n=3) att inte svara.

På den avslutande frågan ”om respondenterna ansåg att det fanns tillräckliga resurser på deras skola för att stödja elever som lider av psykisk ohälsa” svarade 13 % att de ansåg att det fanns tillräckliga resurser. 50 % (n=16) ansåg att det inte fanns tillräckliga resurser och 38 % (n=12) svarade ”Vet ej”. Vid svarsalternativet ”Nej” ombads respondenterna att definiera vilka resurser de ansåg saknades. Här var det mest frekventa svaret att respondenterna ansåg att tillgången till kurator och skolsköterska var begränsad samt att de ansåg att det borde finnas fler vuxna i korridorerna där lärare och annan personal skulle ges möjligheten att lära känna eleverna bättre. En del respondenter uttryckte att tidsbrist gjorde att de inte kunde engagera sig i varje enskild elev så som de skulle vilja. Några respondenter uttryckte även att de inte fått någon utbildning inom psykisk ohälsa.

6. Diskussion

6.1 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka om lärare anser sig ha tillräckliga kunskaper för att identifiera och hänvisa vidare elever med psykisk ohälsa samt deras uppfattningar om var det huvudsakliga ansvaret för dessa elever ligger. Syftet var även att undersöka om lärarna anser att det finns tillräckliga resurser på deras skola för att hjälpa dessa elever. Resultatet visade att majoriteten av respondenterna ansåg att de varken hade tillräckliga kunskaper för att identifiera psykisk ohälsa hos eleverna eller tillräckliga kunskaper om vilka resurser som finns tillgängliga för att stödja elever som lider av psykisk ohälsa. Det som är intressant i detta är att majoriteten av respondenterna ansåg att de har ansvar för att identifiera elever som lider av psykisk ohälsa och även för att elever som lider av psykisk ohälsa hänvisas till lämplig hjälp och behandling. Lärarna ser sig själva bära ansvar för elever som lider av psykisk ohälsa trots att de själva känner att de inte har tillräckliga kunskaper för att identifiera elever som lider av psykisk ohälsa samt otillräckliga kunskaper om vilka resurser som finns tillgängliga för att stödja dessa elever. Detta tyder på att lärare anser att deras yrke innefattar mer än bara

undervisning vilket stämmer överens med Hargreaves (1998) fyra emotionella principer när det gäller lärares relationer till sina elever. Hargreaves talar om hur läraryrket innefattar känslomässig förståelse då det innefattar att skapa och forma önskvärda relationer med sina elever. Detta innebär att läraren ser känslor som ilska, frustration och glädje vilket denne på ett eller annat sätt får anpassa sig till i sin undervisning.

Denna studie visade på att lärarna ser sig ha ansvar för att identifiera psykisk ohälsa hos eleverna vilket tyder på att de är känslomässigt involverade och känner en känslomässig förståelse så som Hargreaves talar om. Vilket ansvar lärarna känner inför eleverna kan grunda sig i vilken syn de har på sin yrkesroll (O´Connor, 2008). För en del lärare blir det problematiskt att veta hur de skall bry sig om och värna om sin elever samtidigt som de skall upprätthålla en professionalitet vilket kan göra att en del inte känner detta ansvar. Då lärarna ingår i det team som skall verka för elevernas utveckling och hälsa kan det tyckas märkligt att en del av dem inte känner ansvar för att identifiera elever som lider av psykisk ohälsa. Detta kan bero på att majoriteten av lärarna inte känner att de har tillräckliga kunskaper för att göra detta vilket gör att de heller inte ser det som deras ansvar. Å andra sidan är det kanske inte så märkligt att vissa inte känner ansvar för elever med psykisk ohälsa då det enligt O´Connor (2008) är upp till varje enskild lärare hur mycket de skall ”bry sig om” eleverna även utanför klassrummet.

Det verkar finnas ett behov och en vilja av ökade kunskaper inom ämnet psykisk ohälsa. I och med att lärarna känner att de har ansvar men inte tillräckliga resurser kan det leda till en känsla av maktlöshet och frustration. Detta kan leda till stress hos lärarna vilket kan komma att påverka deras undervisning. Dessa känslor skulle även kunna göra att lärarna på grund av denna maktlöshet slutar att bry sig om elevernas psykiska välmående vilket är negativt för eleverna samt lärarnas egen syn på sin roll som lärare.

Resultatet visade att majoriteten av respondenterna ansåg att rektorn var den person som bar det huvudsakliga ansvaret för att elever med psykisk ohälsa får det stöd de behöver. I Skolverkets läroplan står det att det är rektorn som är ytterst ansvarig för skolan i sin helhet men att all skolpersonal skall verka för alla elevers lärande och utveckling (Skolverket, 2011). Elevers utveckling mot sociala mål och kunskapsmål skall stödjas med hjälp av rektorn samt lärare och elevhälsans personal (a.a). Detta är anmärkningsvärt ur den bemärkelsen att rektorn tillbringar betydligt mindre tid med eleverna än vad lärarna gör och kan därför ha svårt att identifiera och uppmärksamma elever med psykisk ohälsa. Eftersom det är lärarna som träffar eleverna mest bör det vara rektorns ansvar att ge lärarna tillräckliga kunskaper för att kunna känna sig trygga vid bemötandet av elever med psykisk ohälsa.

Vad gäller elevernas psykiska välbefinnande är det inte lika klart vem som bär det yttersta ansvaret. När Utbildningsdepartementet (1994) talar om elevers hälsa menar de att samverkan bör ske mellan olika delar av skolan så som kuratorer, skolsköterskor, lärare och specialpedagoger. De nämner inte rektorn som en del i detta arbete (a.a). Att det råder en sådan otydlighet kring vem som bär det yttersta ansvaret för elevernas psykiska hälsa är problematiskt då det kan bidra till att elever hamnar mellan stolarna och inte får den hjälp och det stöd de behöver (Törnsén, 2009).

Av de lärare som ansåg att det inte fanns tillräckliga resurser på deras skola för att stödja elever som lider av psykisk ohälsa menade de flesta att tillgången till kuratorer och skolsköterskor var begränsad. De eftersökte att dessa skulle finnas heltid på skolan för eleverna vilket de i dagsläget inte gjorde. Detta åsikter överensstämmer med Törnséns (2009) intervjustudie där både lärare och rektorer uttryckte ett ökat behov av såväl kurator och skolsköterska där de önskade att en kurator fanns tillgänglig på skolan på heltid. Studien

visade även på att nedskärningar gör att det inte finns möjlighet att nå ut till alla elever vilket även lärare i denna studie uppgav som ett problem. Respondenterna uttryckte att de på grund av tidsbrist inte hade tid att se till varje elevs behov vilket enligt Törnsén (2009) kan leda till försämrade skolresultat och psykisk hälsa hos eleverna. Törnséns studie visar även på att en minskad vuxentäthet gör att en del elever ”faller mellan stolarna” och inte får det stöd de behöver. Nedskärningar av kuratorer, skolsköterskor och annan skolpersonal sker idag på många skolor samtidigt som den psykiska ohälsan ökar hos barn och unga. På kort sikt sparas pengar genom att göra detta men på längre sikt skulle man tvärtom kunna spara stora kostnader om man satsar på resurser riktade mot barn och ungas psykiska hälsa. Dels genom minskade kostnader i framtida sjukvård, men även minskade produktionsbortfall och framför allt minskat lidande för individen.

En del av dem som ansåg att det inte fanns tillräckliga resurser för att stödja elever med psykisk ohälsa angav att de eftersökte utbildning i hur psykisk ohälsa tidigt kan upptäckas och förebyggas. Guvås (2011) studie menar att skolan idag ofta utgår från ett patogent perspektiv där barn utreds och remitteras, vilket även svaren från denna studie ger uttryck för. Genom att utbilda lärare och annan skolpersonal i psykisk ohälsa kan den rädsla som finns kring att tala om ämnet minska samt göra lärare och annan skolpersonal trygga i hur de skall bemöta människor som lider av psykisk ohälsa (NASP, 2015). På detta vis främjas även den psykiska hälsan (a.a). Tidigare studier där utbildning getts i ”Första hjälpen till psykisk hälsa” visar på att respondenterna efter genomförd utbildning fått ökade kunskaper om vilken behandling och vård som finns för psykisk ohälsa, ökat självförtroende att agera vid misstanke om psykisk ohälsa samt minskade negativa attityder och en större empati till personer med psykisk ohälsa (Jorm, Kitchener & Mugford, 2005 & Jorm et al., 2010).

6.2 Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka om lärare anser sig har tillräckliga kunskaper för att identifiera och hänvisa vidare elever med psykisk ohälsa samt deras uppfattningar om var det huvudsakliga ansvaret för dessa elever ligger. En tvärsnittsstudie ansågs som en användbar metod för att besvara syftet (Bryman, 2011). Då författaren ville få fram kvantifierad data var metoden passande. Det går dock inte att via en tvärsnittsstudie dra kausala slutsatser där istället en longitudinell studie hade lämpat sig bättre. Vid en sådan studie undersöks respondenterna vid flera tillfällen vilket ger en ökad möjlighet till kausala slutsatser då det ger insikt kring det tidsmässiga förhållandet mellan olika variabler. Då en longitudinell studie både tar lång tid samt ofta innebär höga kostnader var det inte att föredra i denna studie då tiden var begränsad samt att det inte fanns något kapital att använda sig av. Därför lämpade det sig bättre att använda sig av en tvärsnittsstudie där datainsamlingen sker vid ett tillfälle.

Urvalet i studien genomfördes via ett ja-sägar urval som går under kategorin icke-slumpmässigt urval (Lantz, 2011). Att använda sig av ett ja-sägar urval kan vara problematiskt då det finns en risk att det endast är individer med starka åsikter inom ämnet som vill delta i studien. Denna risk ökar om det är ett stort bortfall med många som väljer att inte svara vilket var fallet i denna studie (a.a). Det går inte att ta reda på vilka som valde att inte svara samt om de som svarade hade ett starkt intresse i frågan. Att antalet respondenter var 32 stycken kan ses som en nackdel då det vid ett större antal respondenter ger en ökad tillförlitlighet samt att det minimerar urvalsfel (Bryman, 2011). Ett större antal respondenter ökar generaliserbarheten. Vid få respondenter är det svårt att säkerställa att resultatet från studien är giltigt för andra grupper. Få respondenter medför även att en enda respondents svar påverkar resultatet i högre utsträckning än vid ett större antal respondenter (a.a).

Det var svårt att få tag på rektorer som ville delta i studien. Detta förklarades hos vissa rektorer med att arbetsbelastningen var hög och att lärarna därför inte hade tid till att genomföra enkäten. De rektorer som valde att delta beskrev även dem att lärarnas arbetsbelastning var hög men att det var ett intressant ämne där de gärna ville bidra med det de kunde. Detta väcker frågan om skolorna som valde att delta har ett fokus på elevernas psykiska hälsa och arbetar aktivt med det och att de skolor som inte valde att delta inte gör det och var rädda att ”sättas dit”. Då ämnet kan upplevas som känsligt på grund av den rådande stigmatiseringen skulle detta kunna vara en orsak till svårigheterna med att få skolor att delta.

En svaghet var att kontakten endast hölls med rektorerna och inte lärarna. Detta medförde att det inte gick att garantera att rektorerna skickade ut påminnelser till lärarna som de blivit ombedda att göra samt att författaren själv inte hade någon möjlighet att göra det. Det kan ha påverkat antalet respondenter. Det hade varit att föredra att dela ut enkäterna direkt på plats då det kan ha minskat bortfallet. Dock ansåg ingen av rektorerna att det var lämpligt då det var svårt att hitta ett passande tillfälle när alla lärare var samlade samtidigt.

Distributeringsmetoden i denna studie var webbenkäter. Fördelen med detta är att det är både kostnads- och tidseffektivt vilket gör det möjligt med ett större urval samt att respondenterna själva kan välja när de vill genomföra enkäten (Bryman, 2011). Nackdelen med denna metod är att respondenterna kan glömma bort att svara samt att det inte finns någon möjlighet att vid oklarheter ställa frågor under enkätens gång. Detta kan vara en orsak till att vissa frågor inte blev besvarade av alla respondenter. Genom att enkäten testades på tre olika lärare för att få eventuell feedback innan den skickades ut till respondenterna minimerades risken för oklara och svårtolkade frågor (a.a). Då det inte uppkom några oklarheter kring frågorna från de tre lärarna som enkäten testades på behövdes det dock inte göras några ändringar. För att minska risken för oklara frågor hade studien kunnat genomföras som en intervjuundersökning där möjligheten finns för intervjuaren att förtydliga oklara frågor (Lantz, 2011). Det medför även en minskad risk för bortfall på grund av glömska. Dock kan en intervjuundersökning leda till felaktiga resultat på grund av att det oundvikligen sker en viss interaktion mellan intervjuaren och respondenten samt att det är mer tidskrävande (a.a).

6.3 Fortsatt forskning

Resultatet från denna studie visade att lärare har bristfälliga kunskaper kring att stödja och identifiera elever med psykisk ohälsa. Utifrån detta resultat skulle det vara av intresse att låta slumpmässigt utvalda lärare eller skolor medverka i en interventionsstudie där de skulle få genomgå utbildning i ämnet, förslagsvis ”Första hjälpen till psykisk hälsa”, där de fick kunskaper i hur elever med psykisk ohälsa kan identifieras och stödjas. Efter en uppföljningsperiod skulle en jämförelse kunna göras med skolorna som fått tagit del av interventionen jämfört med en kontrollgrupp med skolor som inte fått göra det. Då det finns studier som visar på att deltagare vid en sådan typ av utbildning upplever att de fått en ökad kunskap kring vilken vård och behandling som finns tillgänglig, ökat självförtroende till att agera vid misstanke om psykisk ohälsa samt minskade negativa attityder mot personer som är drabbade vore det intressant att jämföra mot en grupp som inte genomgått denna utbildning (Jorm, Kitchener & Mugford, 2005; Jorm et al., 2010).

Att lärare saknar kunskaper kring hur elever med psykisk ohälsa kan stödjas och identifieras samt att de upplever att det saknas resurser på skolan för att stödja dessa elever är mestadels en politisk fråga. Här vore det av intresse att genom hälsoekonomiska utvärderingar kartlägga kostnaden för att öka närvaron av skolsköterska och kurator och sätta den i relation till elevers

psykiska välbefinnande på lång sikt vilket exempelvis kan resultera i att elever får bättre betyg, skolkar mindre, färre remisser till BUP samt att fler elever går ut grundskolan med behörighet till gymnasiet. En sökning via olika databaser visade att denna typ av forskning är närmast obefintlig.

Det skulle vara intressant i fortsatt forskning att undersöka lärarrollen och vad lärare anser ingår i den. Det kan ha kommit att påverka resultatet i denna studie då synen på sin egen yrkesroll kan vara avgörande för hur mycket man engagerar sig i elevernas psykiska hälsa. Det skulle även i fortsatt forskning vara intressant att jämföra om lärares syn på sitt ansvar för elevernas psykiska hälsa skiljer sig geografiskt i landet.

7. Slutsats

Resultatet i föreliggande studie visar att lärarna som deltagit i studien upplever att de har ansvar för elever som lider av psykisk ohälsa samtidigt som de upplever att de inte har tillräckliga kunskaper för att identifiera dessa elever samt hänvisa dem till lämplig hjälp och behandling. De upplever även att det på deras skola saknas resurser för att ta hand om elever som lider av psykisk ohälsa där kurator och skolsköterska på heltid av majoriteten uttrycks som någonting som saknas.

Författaren till föreliggande studie önskar att utbildning i hur psykisk ohälsa hos unga kan uppmärksammas och identifieras samt utbildning i vilka resurser som finns tillgängliga ges till lärare och övrig skolpersonal. Genom ökade kunskaper kring psykisk ohälsa kan negativa attityder mot dem som är drabbade reduceras samt att antalet unga som är drabbade av psykisk ohälsa kan minskas genom bland annat tidigare upptäckter vilket ytterst kan bidra till att förebygga självmord hos unga. Ytterligare forskning inom ämnet bör utformas för att få en tydligare bild av hur situationen ser ut i skolan idag, vilka resurser som bör satsas på samt hur den psykiska ohälsan hos unga skall bekämpas.

Referenser

Anderson, E. & Lindgren, C. (2011). *Suicidprevention: Förslag till handlingsplan för suicidpreventivt arbete i Umeå kommun.*

Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., Alonso, J. & Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 173(2015): 245–254.

Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar.* Stockholm: Natur och kultur

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder.* Malmö: Liber

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014.*

Folkhälsomyndigheten. (2015). Folkhälsans utveckling – elva målområden (Elektronisk). Tillgänglig: http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/. (2015-04-25).

Guvå, G. (2011). *Den nya elevhälsan – från retorik till praktik.* Psykisk hälsa. Tema: Skolan. Nr 4. 24-30. ISSN: 0033-3212.

Gådin, K.G. & Hammarström, A. (2003). Do changes in the psychosocial school environment influence pupils' health development? Results from a three-year follow-up study. *Scandinavian journal of public health*, 31(3): 169-177.

Hargreaves, A. (2000). Mixed emotions: teachers´perceptions of their interactions with students. *Teaching and Teacher Education,* 16(8): 811-826.

Hargreaves, A. (1998) The emotional practice of teaching. *Teaching and Teacher Education*, 14: 835-854

Jorm, F. A., Kitchener, A.B., & Mugford, K.S. (2005). Experiences in applying skills learned in a mental helth first aid training course: a qualitative study of participants' stories. *BMC Psychiatry,* 43(5).

Jorm, F.A., Kitchener, A.B., Sawyer, G.M., Scales, H., & Cvetlovski, S. (2010). Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry,* 51(10).

Lantz, B. (2011). *Den statistiska undersökningen: grundläggande metodik och typiska problem.* Lund: Studentlitteratur.

Lyon, A. R., Charlesworth-Attie, S., Vander Stoep, A., & McCauley, E. (2011). Modular Psychotherapy for Youth With Internalizing Problems: Implementation With Therapists in School-Based Health Centers. *School Psychology Review,* 40(4): 569-581.

Mazzer, R. K., & Rickwood, J. D. (2014). Teachers' and coaches' role perceptions for supporting young people's mental health: Multiple group path analyses. *Australian Psychological Society,* 67: 10-19.

NASP. (2015). Pilotstudien – Första hjälpen till psykisk hälsa (Elektronisk). Tillgänglig: http://ki.se/nasp/pilotstudien-forsta-hjalpen-till-psykisk-halsa. (2015-05-13).

O´Connor, E.K. (2008). "You choose to care": Teachers, emotions and professional identity. *Teaching and Teacher Education.* 24(1): 117-126.

OECD. (2013). *Mental Health and Work: Sweden.* OECD Publishing.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen.* Stockholm: Liber

Patton, C. G., Glover, S., Bond, L., Butler, H., Godfrey, C., Di Pietro, G., & Bowes, G. (2000). The Gatehouse Project: A Systematic Approach to Mental Health Promotion in Secondary Schools. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 34 (4): 586-593.

SFS (2010:800). *Skollag.* Källa: Regeringskansliets rättsdatabaser. Västra Frölunda: Notisum AB.

Skolverket (2011). *Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011.* Stockholm: Skolverket.

Socialstyrelsen (2009a). *Barn- och ungdomspsykiatri – vård på olika villkor. Rapport från nationell tillsyn*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009b). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010). *Ledsna barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013a). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013b). *Psykisk ohälsa bland unga.* Stockholm: Socialstyrelsen

SOU 2000:19. *Från dubbla spår till Elevhälsa.* Stockholm: Utbildningsdepartementet, Elevvårdsutredningen.

SOU 2006:77. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder.* (2006). Stockholm: Fritzes offentliga publikationer

Statens Folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010.* Östersund: Statens Folkhälsoinstitut

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB

Törnsén, M. (2009). *Rektor, elevhälsan och elevers lärande och utveckling.* Skolverket.

Utbildningsdepartementet. (1994). *Hälsa, lärande och trygghet.* Regeringens proposition 2002/022:14. Stockholm: Regeringskansliet.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig*

forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vilhelmsson, A. (2011). *Från pest och kolera till nutida pandemihot – med en introduktion till folkhälsovetenskap.* Lund: Studentlitteratur.

Wang, C., Ni, H., Ding, Y., & Yi, C. (2014). Chinese teachers' perceptions of the roles and functions of school psychological service providers in Beijing. *School Psychology International.* 36(1): 77-93.

Wang, PS., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., DE Girolamo, G., … Ustün, TB. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization´s World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry,* 6(3): 177-185.

Wasserman, D., Hoven, W. C., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., & Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet.* 385(9977): 1536-1544.

World Health Organization [WHO]. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Summary Report. Geneva: Author.

World Health Organization [WHO]. (2015). Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment (Elektronisk). Tillgänglig: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/. (2015-04-25).

Wittchen, HU., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, M., … Steinhausen, HC. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europé 2010. *European Neuropsychopharmacology.* 21(9): 655-679.

Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 34: 594-601.

Bilaga 1, Enkät

1. Är du:

☐ Kvinna

☐ Man

☐ Annat

2. Vilket år är du född?

År: _____

3. Antal yrkesverksamma år som lärare:

Antal år: _____

4. Anser du att du som lärare har ansvar för att identifiera elever som lider av psykisk ohälsa?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Vet ej

5. Anser du att du som lärare har ansvar för att elever med psykisk ohälsa hänvisas till lämplig hjälp och behandling?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Vet ej

6. Vem anser du bär det huvudsakliga ansvaret för att elever med psykisk ohälsa får det stöd de behöver? (Endast ett svarsalternativ är möjligt)

☐ Lärare

☐ Klassföreståndare/Mentor

☐ Rektor

☐ Skolsköterska

☐ Kurator

☐ Annan personal, nämligen: _____

7. Om du befarar att en elev lider av psykisk ohälsa, vilken eller vilka av dessa alternativ skulle du använda dig av? (Flera svarsalternativ är möjliga)

☐ Hänvisa till kurator

☐ Hänvisa till skolsköterska
☐ Prata med elevens vårdnadshavare
☐ Prata med eleven
☐ Avvakta
☐ Annat, nämligen _____
☐ Vet ej

8. Anser du att du som lärare ha tillräckliga kunskaper för att kunna identifiera elever som lider av psykisk ohälsa?
☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet ej

9. Anser du att du som lärare har tillräcklig kunskap om vilka resurser som finns tillgängliga för att stödja elever med psykisk ohälsa?
☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet ej

10. Anser du att det finns tillräckliga resurser på din skola för att stödja elever som lider av psykisk ohälsa?
☐ Ja
☐ Nej, vilka resurser tycker du saknas?
_____
_____
_____
_____
_____

☐ Vet ej

Bilaga 2, Missivbrev

Hej!
Jag studerar sista terminen vid hälsopedagogiska programmet vid Högskolan i Gävle och skriver nu mitt examensarbete med inriktning Folkhälsovetenskap.

Syftet med denna enkätundersökning är att ta reda på om lärare anser sig ha tillräckliga kunskaper för att identifiera och hänvisa vidare elever med psykisk ohälsa samt deras uppfattningar om var det huvudsakliga ansvaret för dessa elever ligger.

Definition av psykisk ohälsa: Frågorna i enkäten handlar till stor del om elevers psykiska ohälsa. Med psykisk ohälsa avses, i denna studie, allt ifrån psykiatriska diagnoser, så som depression och schizofreni till självrapporterade besvär, mer eller mindre plågsamma, så som nedstämdhet, oro och ångest. Det gäller dock **inte** neuropsykiatriska funktionsnedsättningar så som exempelvis ADHD och autism.

Enkäten kommer att ta cirka 5-10 minuter att besvara. Dina svar är anonyma. Det kommer i det färdiga arbetet inte framgå vilken skola du arbetar på. Du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande i studien. Informationen som samlas in via enkäterna kommer att behandlas konfidentiellt.

Dina åsikter är oerhört betydelsefulla och kan bidra till att främja ungas psykiska hälsa!
Tack på förhand!
/ Sofie Strömberg

Vid frågor om studien hör av dig till: *********@hig.student.se eller 073-**********