

Psykiske vansker hos ungdom under COVID-19-pandemien

Pandemiens innvirkning på ungdoms psykiske helse 7-9 uker inn i
nedstengningen våren 2020

Malin Engen Haugland og Fanny Eldre Hansen



MASTEROPPGAVE

Master i barnevern våren 2022

Det psykologiske fakultet

Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL)

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess for oss begge. Naturligvis har vi underveis støtt på utfordrende oppgaver, som vi har løst i godt felleskap. Masteroppgaven vi nå leverer er et resultat av et samarbeid hvor har spilt hverandre gode. Nå som vi er ferdig, sitter vi igjen med et kunnskapsgrunnlag som vil komme godt med i møte med arbeidslivet. Denne masteroppgaven har gitt oss muligheten til å dykke inn i et svært relevant og dagsaktuelt tema, som vi begge har en stor interesse for.

Vi er derfor takknemlige for at vi fikk bruke datamaterialet til forskningsprosjektet Bergen i Endring COVID-19 (BiE-studien). I denne forbindelse vil vi takke respondentene som tok seg tid til å svare på spørreundersøkelsen. Deres deltakelse har gitt verdifull informasjon som bidrar til å fylle et forskningshull. En spesielt stor takk til prosjektleder Stine Lehmann for veiledning og gode råd gjennom hele arbeidsprosessen.

Videre vil vi takke medstudenter for støtte, interessante diskusjoner og sosialt selskap. Takk også til Andrea og Thomas som tok seg tid til å gjennomlese oppgaven, og som kom med nyttige innspill. Helt til slutt ønsker vi å takke våre familier og venner, og særlig våre samboere Erlend og Arne, for støtte og tålmodighet vi ikke hadde klart oss uten.

Bergen, 10. mai 2022

Fanny Eldre Hansen og Malin Engen Haugland

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Når COVID-19-pandemien nådde Norge våren 2020 ble det innført strenge distanseringstiltak som utløste nasjonal nedstengning. I møte med dette er ungdom blitt utpekt som en særlig sårbar gruppe. Det er derfor behov for ytterligere forskning som undersøker hvordan dette påvirket deres psykiske helse. Formålet med studien var dermed å bidra til økt kunnskap om hvordan pandemiens første halvår innvirket på ungdoms internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Dette vil være verdifull kunnskap for instanser som jobber med ungdom, og for arbeidet med pandemiens ettervirkninger og lignende situasjoner i fremtiden.

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan var den psykiske helsen til ungdom 7-9 uker inn i nedstengningen?
2. Hvilke demografiske og pandemispesifikke variabler var assosiert med psykiske vansker i denne perioden?

Metode: Tverrsnittstudien anvender et kvantitativt design og datamateriale fra en spørreundersøkelse gjennomført av forskningsprosjektet *Bergen i Endring*, et samarbeid mellom Universitetet i Bergen, Folkehelseinstituttet og Bergen kommune. Utvalget består av 2997 ungdommer (12-19 år) fra Bergen kommune. Psykiske vansker ble målt med selvrappoteringsversjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-S).

Funn og konklusjon: Gjennomsnittskåren var 5.45 for internaliseringsvansker, og 5.87 for eksternaliseringsvansker (skala fra 0-20, høyest poengskåre gir flest vanskesymptomer). Jenter og eldre ungdom skåret høyere på internaliseringsvansker. Ungdom som ikke bodde med søsken skåret høyere på eksternaliseringsvansker. Vanskeligere familiesituasjon, smittebekymring og fremtidsbekymring var assosiert med økte internaliseringsvansker. Vanskeligere familiesituasjon, fremtidsbekymring, permitterte foreldre og opplevd dårlig læringsutbytte av hjemmeskole var assosiert med økte eksternaliseringsvansker. Studien konkluderer med et behov for videre undersøkning av psykososiale konsekvenser i etterkant av pandemien.

Nøkkelord: COVID-19, ungdom, psykiske vansker, SDQ, eksternaliseringsvansker, internaliseringsvansker, kvantitativ

Abstract

Background and purpose: The Norwegian government closed the community on 12 March 2020 because of the COVID-19-pandemic. Due to lockdown adolescents have been identified as a particularly vulnerable group. The purpose of this study is therefore to contribute to a further understanding of consequences that may stem from the pandemic. Increased knowledge can also lead to better management of future pandemics and similar situations.

Research question:

1. How was adolescents' mental health 7-9 weeks into the national lockdown?
2. Which demographic and pandemic-specific variables were associated with mental health problems during this period?

Method: This cross-sectional study received data from the research project *Bergen in Change*, a research project in collaboration with University of Bergen, the National Institute of Public Health, and Bergen Municipality. The study sample consists of adolescents (12-19 years) from Bergen municipality ($N=2997$). Mental health was measured through the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-S) self-report version.

Findings and conclusion: The average score for internalizing problems was 5.45, and 5.87 for externalizing problems. Girls and older adolescents yield higher scores on internalizing problems. Adolescents who lived without siblings yield higher scores on externalizing problems. More difficult family relationships, worries about the future and for getting infected were associated with increased internalizing problems. More difficult family relationships, worries about the future, experienced poorer learning outcomes and having laid-off parents were associated with increased externalizing problems. In conclusion there is a need for further identification of adolescents' mental difficulties post the COVID-19-pandemic, as they may experience psychosocial consequences in the longer term.

Keywords: *COVID-19, adolescents, mental health problems, SDQ, externalizing problems, internalizing problems, quantitative*

Innhold

1 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Oppgavens formål	2
1.2.1 Forskningsspørsmål og avgrensninger	3
1.3 Oppgavens oppbygning	4
2 Teori	5
2.1 Operasjonaliserte begreper	5
2.1.1 Psykiske vansker	5
2.2 Teoretisk rammeverk	6
2.2.1 Sosialepidemiologi	6
2.2.2 Det psykososiale perspektivet	7
2.3 Psykisk helse	7
2.3.1 Hva er god psykisk helse?	8
2.3.2 Psykisk helse hos ungdom.....	9
2.3.3 Psykiske vansker og lidelser	10
2.3.4 Komorbiditet og psykiske vansker	11
2.3.5 Internaliseringsvansker.....	11
2.3.5.1 Vansker med jevnaldrende	12
2.3.5.2 Emosjonelle symptomer.....	12
2.3.6 Eksternaliseringsvansker	14
2.3.6.2 Hyperaktivitet.....	15
2.3.7 Forekomst av psykiske vansker.....	15
2.3.7.1 Kjønnforskjeller.....	16
2.3.8 Psykiske vansker og familiestruktur	17
2.3.9 Utviklingsstadier	17
2.3.9.1 Utvikling i ungdomstiden	18
2.3.10 Risikofaktorer.....	19
2.3.11 Beskyttelsesfaktorer	21
2.4 Pandemi og COVID-19-viruset	22
2.4.1 Smittevernstiltak i Norge under nedstengningen våren 2020	23
3 Litteraturgjennomgang	25
3.1 Søkestrategi for litteraturgjennomgangen	25
3.1.1 Litteratursøk	25
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	27
3.2 Psykiske vansker hos ungdom under pandemiens første fase	28
3.2.1 Internasjonale studier	28
3.2.2 Norske studier	29
3.2.3 Oppsummering	30

3.3 Variabler assosiert med psykiske vansker under pandemiens første fase	30
3.3.1 Demografiske variabler	30
3.3.2 Pandemispesifikke variabler.....	32
3.3.3 Oppsummering	35
3.4 Samlende konklusjon av litteraturgjennomgangen	37
3.4.1 Forskningsspørsmål 1 - Psykiske vansker hos ungdom under nedstengningen.....	37
3.4.2 Forskningsspørsmål 2 - Variabler assosiert med psykiske vansker under nedstengningen.....	38
4 Metode	40
4.1 Bakgrunn for valg av metode	40
4.1.1 Vitenskapsteori og paradigmer.....	40
4.1.2 Postpositivisme.....	41
4.1.3 Forskningsdesign.....	42
4.2 Datainnsamlingsprosedyre	43
4.2.1 Utvalget	44
4.3 Måleinstrumenter	44
4.3.1 Avhengig variabel – Psykisk helse.....	44
4.3.2 Uavhengige variabler - Demografiske variabler	46
4.3.3 Uavhengige variabler – Pandemispesifikke variabler	46
4.4 Dataanalyse	48
4.4.1 Beskrivelse av utvalget – Deskriptive analyser.....	48
4.4.2 Forskningsspørsmål 1 – Hvordan var den psykiske helsen til ungdom under nedstengningen?	49
4.4.2.1 Deskriptive analyser.....	49
4.4.2.2 T-test-kalkulator.....	49
4.4.3 Forskningsspørsmål 2 – Assosiasjoner til psykiske vansker under nedstengningen	49
4.4.3.1 Uavhengig t-test	49
4.4.3.2 One-Way ANOVA.....	50
4.4.3.3 Korrelasjonsanalyse med Pearsons R.....	50
4.4.3.4 Hierarkisk multippel regresjonsanalyse.....	51
4.5 Forutsetninger og manglende data	52
4.5.1 Singularitet og multikollinearitet	52
4.5.2 Utliggere.....	53
4.5.3 Normalfordeling og linearitet.....	53
4.5.4 Manglende data – Behandling med pairwise deletion.....	54
4.6 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet	55
4.6.1 Reliabilitet	55
4.6.2 Validitet	56
4.6.3 Generaliserbarhet	58
4.7 Etiske vurderinger	59

5 Resultater	60
5.1 Karakteristika ved utvalget.....	60
5.2 Forskningsspørsmål 1 – Hvordan var den psykiske helsen til ungdom 7-9 uker inn i nedstengningen?.....	62
5.2.1 Internaliserings- og eksternaliseringsvansker	62
5.3 Forskningsspørsmål 2 – Hvilke variabler var assosiert med psykiske vansker under nedstengningen?.....	63
5.3.1 Demografiske variabler	63
5.3.2 Korrelasjoner mellom demografiske og pandemispesifikke variabler og internaliserings- og eksternaliseringsvansker.....	65
5.3.3 Assosiasjoner mellom demografiske og pandemispesifikke variabler og internaliserings- og eksternaliseringsvansker.....	67
6 Diskusjon.....	69
6.1 Oppsummering av studiens funn	69
6.2 Hvordan var den psykiske helsen til ungdom 7-9 uker inn i nedstengningen?.....	70
6.2.1 Internaliseringsvansker under nedstengningen	70
6.2.2 Eksternaliseringsvansker under nedstengningen.....	71
6.2.3 Faktorer ved internasjonale studier	72
6.3 Hvilke demografiske variabler var assosiert med psykiske vansker under nedstengningen?.....	74
6.3.1 Alder.....	75
6.3.2 Kjønn.....	76
6.3.3 Familiestruktur	78
6.3.4 Søsken i hjemmet	79
6.4 Hvilke pandemispesifikke variabler var assosiert med psykiske vansker under nedstengningen?.....	80
6.4.1 Læringsutbytte av hjemmeskolen.....	80
6.4.2 Familiesituasjon	82
6.4.3 Permitterte foreldre	84
6.4.4 Bekymringer for smitte og egen fremtid	86
6.5 Styrker og begrensninger ved studien.....	87
6.5.1 Implikasjoner for videre forskning.....	90
7 Konklusjon.....	91
8 Litteraturliste.....	93

1 Introduksjon

I begynnelsen av 2020 gjorde COVID-19-viruset sitt inntog i store deler av verden, og utløste en global pandemi. En slik verdensomspennende krise kan regnes som en av de mest alvorlige krisene som kan ramme menneskeheten (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2019). Hvordan land håndterer slike situasjoner er avhengig av politiske, økonomiske og geografiske forhold, noe som vil si at pandemien har medført ulike konsekvenser i ulike land (Christensen & Læg Reid, 2020). I Norge medførte pandemien at regjeringen den 12. mars 2020 innførte de sterkeste og mest inngripende tiltakene i fredstid, noe som iverksatte en nasjonal nedstengning (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2020). Med et formål om å begrense smittespredningen medførte restriksjonene store endringer i nordmenns hverdagsliv og frihet. Dette innebar distanseringstiltak som påbud om hjemmekontor, en-meters-regel og forbud mot besøk i hjemmet (Covid-19-forskriften, 2020). Tiltakene berørte hele befolkningen, men hadde særlig stor innvirkning på barn og unges hverdag da de medførte stengte skoler og avlysning av alle organiserte fritidsaktiviteter. Med dette opplevde ungdom hjemmeskoleundervisning og ufrivillig isolering fra sitt sosiale nettverk.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tidligere forskning har vist hvor essensiell skolen og andre sosiale arenaer er for ungdom, dette fordi de har en betydelig helsefremmende effekt (Danielsen et al., 2009). Ved tap av sosial stimulering kan ungdom miste verdifull sosial kompetanse, noe som er en svært viktig del av deres utviklingsløp (Lam et al., 2014). Det er også en bred enighet om at akutte livshendelser og påkjenninger er samfunnsmessige risikofaktorer som er tett knyttet til psykiske vansker hos ungdom (Folkehelseinstituttet, 2013). Dette er flere av årsakene til at ungdom var særlig sårbare i møte med pandemien og smittevernstiltakene som ble innført våren 2020.

På bakgrunn av dette er det ugunstig at det til nå er få norske studier som har undersøkt pandemiens innvirkning på ungdoms psykiske vansker (Nøkleby et al., 2021b). I forskningen som er gjennomført er funnene sprikende, og flertallet av studiene har tatt utgangspunkt i små utvalg og vektla spesielt sårbare grupper og ungdom som hadde psykiske vansker og lidelser i forkant av pandemien. I internasjonal forskning er assosiasjoner mellom pandemien og

psykiske vansker hos ungdom i større grad utforsket. På den andre siden hadde land ulike opplevelser og håndtering av pandemien, noe som vil si at de internasjonale studiene i mindre grad er representative for ungdom i Norge. Samlet tyder dette på at det er behov for ytterligere forskning som undersøker pandemiens innvirkning på ungdoms psykiske vansker i en generell ungdomsbefolkning i norsk kontekst. Dette vil kunne bidra til økt kunnskap om hvordan og hvilke sider ved pandemien som hadde negativ innvirkning på ungdoms psykiske helse. Dette vil være verdifull kunnskap for barneverntjenesten, skolesektoren og andre instanser som jobber med ungdom.

Videre har beredskapsplaner om hvordan kriser skal håndteres i det norske samfunnet blitt flittig brukt og evaluert i forbindelse med COVID-19-pandemien. Tidligere globale og nasjonale beredskapsplaner har i liten grad inneholdt informasjon om pandemiens psykososiale konsekvenser for ungdom (Helsedirektoratet, 2016; Heltne & Hauken, 2021; World Health Organization, 2018). Å undersøke hvordan og hvilke sider ved pandemien som innvirket på ungdoms psykiske helse under nedstengningen vil derfor kunne være verdifull kunnskap om hvordan en best kan håndtere lignende situasjoner i fremtiden. Det er av koronakommisjonen i Norge også uttrykt at barn og unge bærer en stor byrde under pandemien, og at konsekvensene kan vise seg å vare utover i livsløpet (NOU 2021: 6). Kunnskap om hvordan pandemien innvirket på ungdoms psykiske helse vil derfor ikke bare være verdifull i lys av håndtering av lignende situasjoner i fremtiden, men også for ettervirkningene av COVID-19-pandemien.

1.2 Oppgavens formål

På bakgrunn av det ovenforstående er det første formålet med denne masteroppgaven å undersøke hvordan den psykiske helsen til ungdom var 7-9 uker inn i nedstengningen våren 2020. Dette kartlegges med selvrapporteringsversjonen til måleinstrumentet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-S), som måler symptomer på psykiske vansker. Det neste formålet med masteroppgaven er å undersøke hvilke sider ved pandemien som hadde innvirkning på ungdoms psykiske vansker i denne perioden. I denne sammenheng måles psykiske vansker i inndelingen internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Med internaliseringsvansker menes ulike emosjonelle symptomer, mens eksternaliseringsvansker innebærer ulike symptomer på atferdsproblemer, kroppslig uro og oppmerksomhetsvansker (Ogden & Hagen, 2019). Assosiasjoner mellom vansker og sider ved pandemien undersøkes

gjennom en rekke demografiske og pandemispesifikke variabler. De demografiske variablene som benyttes er kjønn, alder og familie- og bosituasjon. De pandemispesifikke variablene som benyttes omhandler familiesituasjonen under nedstengningen, opplevd læringsutbytte av hjemmeskolen, permittering hos foreldre og smitte- og fremtidsbekymringer.

Datamaterialet som blir anvendt i masteroppgaven er innhentet av forskningsprosjektet Bergen i Endring COVID-19 (BiE-studien), som er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen (UiB), Folkehelseinstituttet (FHI) og Bergen kommune. BiE-prosjektet har allerede undersøkt flere aspekter ved COVID-19-pandemien. Resultatene er publisert i forskningsartikler om konsekvenser og bekymringer knyttet til den nasjonale nedstengningen (Bjørknes et al., 2021; Lehmann et al., 2021), samt en oppfølgingsstudie av psykisk helse ni måneder etter nedstengningen våren 2020 (Lehmann et al., 2022). I tillegg er det også publisert en studie som har undersøkt gaming og fysisk aktivitet gjennom denne perioden (Haug et al., 2022). Med utgangspunkt i datamaterialet fra BiE-prosjektet baseres masteroppgaven på et generelt ungdomsutvalg i aldersgruppen 12-19 år med tilknytning til ungdomsskoler og videregående skoler i Bergen Kommune.

1.2.1 Forskningsspørsmål og avgrensninger

For å besvare formålet med masteroppgaven er følgende forskningsspørsmål utformet:

1. Hvordan var den psykiske helsen til ungdom 7-9 uker inn i nedstengingen?
2. Hvilke demografiske og pandemispesifikke variabler var assosiert med psykiske vansker i denne perioden?

I besvarelsen av forskningsspørsmålene ønsker vi å sette noen avgrensninger. Dette er av hensyn til hva som lar seg gjennomføre av analyser med det datamaterialet vi har tilgjengelig, samt at retningslinjene for masteroppgaven setter en viss begrensning når det kommer til antall variabler og temaer som kan inkluderes. I første omgang er datamaterialet basert på ungdoms selvrappotering av internaliserings- og eksternaliseringsvansker, og derfor vil ikke kliniske diagnoser og lidelser redegjøres for. I tillegg kan SDQ-S kun kartlegge «sannsynlighet for klinisk diagnose» (Goodman, 2001). Ellers inkluderes livskvalitet og stress i liten grad i masteroppgaven, selv om dette er begreper som er tett knyttet til psykisk helse. Dette gjøres på bakgrunn av et ønske om å avgrense oppgavens tematikk.

1.3 Oppgavens oppbygning

Kapittel to innledes med en kort oversikt over oppgavens mest sentrale begreper med de definisjonene som det tas utgangspunkt i. Deretter gjøres det greie for sentral teori som anses som relevant for å besvare forskningsspørsmålene.

I kapittel tre presenteres søkestrategi for litteratursøket, samt hvilke studier søket resulterte i. Med dette gjennomgås relevant forskning som har undersøkt psykiske vansker hos ungdom under pandemien, og som dermed kan ses i lys av våre egne funn.

Kapittel fire beskriver den metodiske tilnærmingen som er benyttet i oppgaven. Dette innebærer en avklaring av oppgavens plassering innenfor vitenskapsteori, samt redegjørelse av datainnsamlingsprosessen, utvalget, anvendte måleinstrumenter og analyser, variabler, reliabilitet, validitet, generaliserbarhet og etiske vurderinger.

I kapittel fem presenteres resultatene fra analysene.

I kapittel seks drøftes våre hovedfunn opp mot relevant teori og tidligere forskning, for å besvare forskningsspørsmålene. Deretter belyses styrker og svakheter ved oppgaven, samt implikasjoner for videre forskning.

I kapittel syv konkluderes våre funn i lys av hvilke implikasjoner de har for praksis på barnevernsfeltet og i andre instanser som arbeider med ungdom.

2 Teori

Dette kapitlet vil gjennomgå sentral teori som anses relevant for å besvare studiens forskningsspørsmål. Kapitlet innledes først med en oversikt over de mest anvendte begrepene. Videre presenteres teoretisk rammeverk som gir en forklaringsmodell for studiens teori. Deretter gjøres det rede for de sentrale begrepene psykisk helse og pandemi. Disse begrepene har flere underordnede begreper som presenteres gjennomgående i kapitlet.

2.1 Operasjonaliserte begreper

I det neste presenteres en oversikt over studiens mest sentrale begreper med de definisjonene studien tar utgangspunkt i. Begrepene vil gjennomgås nærmere i hvert delkapittel under hovedkapitlet «Teori».

Pandemi: «*En global spredning av en ny sykdom, ulike varianter av influensa kan utvikles til en pandemi*» (World Health Organization, 2010).

Ungdom: «*Livsfasen mellom barndom og voksenliv, som varer fra alderen 10 til 19 år. Ungdomstid er et unikt stadium i menneskelig utvikling og en essensiell tid til å legge grunnlaget for en god helse*» (World Health Organization, 2022).

2.1.1 Psykiske vansker

Psykiske vansker kan ikke ses uten en overordnet forståelse av hva psykisk helse er, og dermed må psykisk helse som begrep også redegjøres for.

Psykisk helse: «*En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet*» (World Health Organization, 2005).

Psykiske vansker: «*Symptomer som i betydelig grad går utover trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre, men uten at kriteriene for en diagnose er tilfredsstillt*» (Mykletun et al., 2009).

Internaliseringsvansker: «*En overordnet samlekategori for vansker som vender innover, og*

kjennetegnes av symptomer på angst, depresjon og/eller andre emosjonelle vansker» (Ogden & Hagen, 2019).

Eksternaliseringsvansker: *«En overordnet samlekategori med vansker som vender utover, typiske kjennetegn er at barn og unge reagerer negativt på sine omgivelser. Symptomer kan bestå av aggresjon, kriminalitet, hyperaktivitet og opposisjonell atferd» (Ogden & Hagen, 2019).*

2.2 Teoretisk rammeverk

2.2.1 Sosialepidemiologi

Det overordnede formålet til sosialepidemiologi er å undersøke hvilke faktorer som påvirker folks helse, samt hvordan disse faktorene kan forklares i en sammenheng (Berkman & Kawachi, 2000). Dette rammeverket har tradisjonelle epidemiologiske verdier med en forankring i sosialvitenskaplig teori (Næss et al., 2009). Sosialepidemiologi ble først introdusert sent på 1900-tallet, og Émilie Durkheims studier av selvmordshyppighet regnes som grunnlaget for dette fagfeltet (Berkman & Kawachi, 2000). Durkheim mente at det var sammenhenger mellom selvmord og samfunnets helse, og undersøke samfunnets innvirkning på individer som var suicidale (Durkheim, 2004). Hvordan sykdomsrisiko kan forklares av sosiale forhold er i denne sammenheng en sentral problemstilling. Forskere innen sosial-epidemiologi antar at fordelingen av fordeler og ulemper i et samfunn gjenspeiler seg i fordelingen av helse og sykdom (Honjo, 2004).

Sosialepidemiologi egner seg best til fler- og tverrfaglig arbeid, og denne studien kan knyttes til fagfelt som helsefremmende arbeid, barnevern og psykologi (Næss et al., 2009). Et sosialepidemiologisk rammeverk er passende til studien fordi den undersøker helse i lys av pandemien, med et søkelys på psykososiale effekter av en pandemi. Hvilke faktorer som påvirker den psykiske helsen kan ikke besvares med utgangspunkt i et rammeverk som kun vektlegger individuelle medisinske årsaker. Det handler om at psykisk helse påvirkes av mer enn genetikk og biologi, og derfor er det nødvendig med en teoretisk ramme som er tverrfaglig og flerdimensjonal (Berkman & Kawachi, 2000). Et sosialepidemiologisk rammeverk vil bidra til å kunne indentifisere samfunnsstrukturelle faktorer, som eksempelvis risikofaktorer som ser ut til å påvirke ungdoms psykiske helse (Elstad, 2005).

2.2.2 Det psykososiale perspektivet

Innenfor sosialepidemiologi finnes det ulike perspektiver som undersøker effekten av sosiostrukturelle faktorer som kan påvirke en befolknings helse, og det psykososiale perspektivet er en av disse (Honjo, 2004). Alle helsetilstander og sykdommer er til en viss grad påvirket av psykososiale forhold, og dermed bør helse tolkes i lys av samfunnets påvirkning på individet (Berkman & Kawachi, 2000). Helse påvirkes av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Renolen, 2015). Det er vanskelig å komme utenom biologien (arv og fysiologisk fungering), og noen mennesker har gener som gjør at de er disponible til å utvikle sykdommer andre ikke har (Renolen, 2015). Sosiale faktorer kan i denne sammenheng bety samfunnet, miljøet og familien, mens psykologiske faktorer er eksempelvis atferd, kognisjon, motivasjon og emosjonelle prosesser (Berkman & Kawachi, 2000). I denne studien brukes det psykososiale perspektivet som en forståelsesramme for faktorer som kan bidra til psykiske vansker, samt hvordan en pandemi kan påvirke psykisk helse. I studien anvendes det psykososiale perspektivet fremfor en teori, da dette gir mulighet til å anvende ulike tilnærminger.

Elstad (1998) fremhever flere antakelser innen det psykososiale perspektivet på helse. Den første er at psykologisk stress ser ut til å påvirke helseforskjeller i dagens samfunn. Den andre antakelsen er at psykologisk stress påvirkes av kvaliteten på sosiale og mellommenneskelige relasjoner (Elstad, 1998). Med psykologisk stress menes en psykisk belastning eller psykisk overbelastning. Eksempelvis kan en trussel eller lignende ytre påkjenning være en psykisk overbelastning (Elstad, 2005). Psykisk overbelastning kan bidra til økte symptomer på angst og depresjon (Elstad, 2005). Ifølge det psykososiale perspektivet vil ytre påkjenninger som følge av pandemien kunne resultere i økte psykiske vansker. Dette perspektivet anvendes på bakgrunn av at studien anerkjenner at psykisk helse må forstås i lys av sosiale og psykologiske faktorer, og at disse sammen bidrar til å hemme eller fremme den psykiske helsen.

2.3 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «*en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser*» (World Health Organization, 2005). Psykisk og fysisk helse bør ikke forstås isolert, fordi disse sammen danner grunnlaget for den generelle helsen. Helsen vår påvirkes av miljøet, mennesker vi

omgås med og oss selv (Mathiesen et al., 2007). Dersom begrepet helse oppfattes på denne måten, kan det bidra til en forståelse av hvordan samfunnet og en selv kan forbedre og styrke den fysiske og psykiske helsen (World Health Organization, 2005).

WHO sin definisjon av psykisk helse innebærer at ungdoms følelser, atferd og sosiale behov anerkjennes, samt at evnen til at selvstendighet, tilknytning, fleksibilitet og vitalitet utvikles (Folkehelseinstituttet, 2013). Sosiale og miljømessige faktorer spiller inn i en definisjon av psykisk helse, som for eksempel tilhørighet og for hvilken befolkning den skal gjelde for (Manwell et al., 2015). WHO sin definisjon av psykisk helse bærer preg av at den er utformet med et formål om at den skal gjelde hele verden, og slik sett oppnår definisjonen en gyldighet på tvers av tid og sted. Denne definisjonen er utgangspunktet for vår studie, dette fordi studiens tematikk bygger på en global forståelse av helse og pandemi. Pandemien har rammet befolkningen på et globalt nivå, og WHO sine anbefalinger har spilt en sentral rolle i håndteringen av utfordringene knyttet til pandemien, samt påvirkningen på ungdoms psykiske helse.

Psykisk helse har blitt et samlebegrep som omfatter alt fra god psykisk helse til psykiske plager og lidelser. Begrepet omfatter også bredden av tiltak på feltet, fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering (Folkehelseinstituttet, 2018). I følge Manwell (2015) er kjernekomponentene i psykisk helse hovedsakelig individuelle og funksjonelle. Med dette menes at de er relatert til en persons evne til å håndtere eller endre sitt miljø (Manwell et al., 2015).

2.3.1 Hva er god psykisk helse?

Ifølge psykologen Marie Jahoda (1980) er god psykisk helse sammensatt av mange elementer, og hun har i en rapport vektlagt seks elementer hun mener de er mest sentrale. Dette er en eldre referanse, men elementene bygger på ideen om at psykisk helse ikke bare kan forstås i fravær av psykiske vansker, noe som gjør teorien relevant også i dagens kontekst (Teixeira et al., 2019). God psykisk helse er blant annet avhengig av *holdninger til seg selv* (Jahoda, 1980). WHO's definisjon av psykisk helse inkluderer ikke direkte dette elementet, men den illustrerer imidlertid situasjoner hvor holdninger til seg selv er sentralt. For å kunne realisere sine muligheter og håndtere stress, er spesielt holdninger til seg selv viktig (World Health Organization, 2005). Holdninger til seg selv handler i stor grad om begrepene selvforståelse,

selvfølelse og selvtillit. Holdninger til seg selv kan bidra til å utvikle en sterk identitetsfølelse, noe som skaper tilhørighet til samfunnet og andre mennesker (Jahoda, 1980).

Videre mener Jahoda (1980) at psykisk helse avhenger av *vekst, utvikling og selvrealisering*. For å oppleve utvikling i livet avhenger individet av målsetninger som kan bidra til en personlig utvikling hos den enkelte. For ungdom er omsorg og anerkjennelse elementer som kan bidra til vekst, utvikling og selvrealisering (Brandtzæg et al., 2019). Det neste Jahoda (1980) trekker frem er en *integrert personlighet*, som kan beskrives som det psykiske aspektet ved individet. Dette kan handle om å mestre angst og bekymring, som kan bidra til en stabil psyke (Mæland, 2009). De tre siste elementene som trekkes frem er *autonomi, realistisk oppfatning av virkeligheten og mestring av omgivelsene* (Jahoda, 1980). Med autonomi menes individer som opplever selvbestemmelse og uavhengighet i eget liv. Når det gjelder en realistisk oppfatning av virkeligheten omhandler dette hvordan individer oppfatter andres og egne behov. Til slutt mener Jahoda (1980) at mestring av omgivelse er en bidragsyter til god psykisk helse. God psykisk helse kan forklares av ulike helsefremmende faktorer, som eksempelvis sosial støtte og tilhørighet i et felleskap (Folkehelseinstituttet, 2013). Gjennom sosial støtte kan individer kjenne på mestring i møte med det sosiale, samt i utdanning og yrkesliv (Jahoda, 1980).

2.3.2 Psykisk helse hos ungdom

Fra en mer generell tilnærming på hva som bidrar til god psykisk helse, vil god psykisk helse hos ungdom vektlegges videre. For at ungdom skal utvikle og opprettholde en god psykisk helse er det essensielt at de blir sett, hørt og tatt vare på av jevnaldrende og voksne rundt seg (World Health Organization, 2005). Det er kjent at skolen spiller en viktig rolle for ungdoms psykiske helse. Skolen bidrar til at de får en trygg og sosial arena, noe som spiller en viktig rolle for deres utvikling og selvfølelse (Danielsen et al., 2009). Studier har vist at foreldrenes og jevnaldrenes støtte bidrar til god psykisk helse (Stice et al., 2004). I en nylig gjennomført undersøkelse svarte 81% av ungdom i Norge at de er tilfredse med livet sitt (Bakken, 2021). I alt 140.000 elever fra ungdomsskoler og videregående skoler deltok. Ungdommene med god psykisk helse rapporterte om trygghet både hjemme og på skolen, samt at de hadde venner og så optimistisk på livet. Likevel øker omfanget av psykiske vansker tydelig fra barneårene og frem tid midten av tenårene (Bakken, 2021). Psykiske vansker hos ungdom kan være søvnvansker, nedstemthet, tristhet eller bekymringer (Stänicke, 2020).

Jahoda (1980) sine elementer som bidrar til å skape en god psykisk helse kan utfordres av pandemi og smittevernsrestriksjoner. Mange av de menneskene ungdommer er vant til å ha rundt seg som lærere, andre voksne og jevnaldrende har under pandemien vært mindre tilgjengelige fysisk eller ikke tilstedeværende (Bakken, 2021) Ungdom oppsøker gjerne andre enn sine omsorgspersoner når de vil snakke om vanskelig temaer eller egen psykisk helse (Heltne & Hauken, 2021). Smittevernsrestriksjonene kan resultere i at ungdom i mindre grad hadde mulighet til å fritt oppsøke noen å snakke med eller betro seg til. Som et resultat av dette kan ungdommer oppleve at de ikke mestrer sine omgivelser. Pandemien kan også resultere i at ungdom føler seg mindre selvstendige fordi de blir tvunget til å følge et sett med regler og bestemmelser som innskrenker deres frihet (Bakken, 2021). Ungdoms vekst og utvikling kan også utfordres dersom deres omgivelser er preget av utilgjengelige omsorgspersoner (Brandtzæg et al., 2019). Ungdom tilbrakte mesteparten av sin tid i hjemmet under pandemien, og dersom de ikke opplevde omsorg og anerkjennelse fra foreldre, kan dette ha hatt negativ innvirkning på deres vekst og utvikling.

2.3.3 Psykiske vansker og lidelser

Som nevnt innledningsvis måler ikke denne studien psykiske lidelser. På den andre siden er forståelsen av skillet mellom lidelser og vansker sentral for å gi en god beskrivelse av hva psykiske vansker er. Psykiske vansker kjennetegnes ved endret atferd, tankemønstre og følelser som fremstår som avvikende for omgivelse og/eller ubehagelig for personen selv (Frambu, 2020). Psykiske vansker eller plager er begreper som brukes om hverandre, men begge begrepene brukes om samme fenomen (Madsen, 2018). Det går et skille mellom psykiske vansker og psykisk lidelser, i det at vansker kan gi en høy symptombelastning uten at det nødvendigvis klassifiseres som en lidelse (Folkehelseinstituttet, 2018). Psykiske lidelser krever et symptombylle som har vedvart over tid, og må kartlegges gjennom det medisinske kodeverket ICD-10 (World Health Organization, 1992) eller klassifikasjonssystemet for psykiske lidelser DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Symptomene for psykiske lidelser er sammensatte og består av emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, utviklingsforsinkelser og relasjonsvansker (Goodman & Scott, 2012). Psykiske lidelser henger sammen med forhold som genetik, biologi og individuell sårbarhet. Både psykiske lidelser og vansker er betinget av menneskets livsvilkår (Folkehelseinstituttet, 2018).

2.3.4 Komorbiditet og psykiske vansker

Internaliserings- og eksternaliseringsvansker er symptomkategorier som samler flere vansker i en gruppe (Ogden & Hagen, 2019). Komorbiditet innebærer flere vansker eller lidelser samtidig, og epidemiologiske studier har vist at psykiske lidelser har en høy grad av komorbiditet (Kessler et al., 2005). En studie fra USA viste at nesten halvparten av mennesker med psykiske lidelser fyller kriteriene for en annen psykisk lidelse (Kessler et al., 2005). Inndelingen av internaliserings- og eksternaliseringsvansker reflekterer observerte mønstre av komorbiditet (Carragher et al., 2015), samt at inndelingen kan underbygges av empiri (Achenbach et al., 2016). Denne støtten kommer blant annet fra en studie som har funnet at inndelingen av internaliserings- og eksternaliseringsvansker kan brukes forsvarlig gjennom måleinstrumentet SDQ (Goodman et al., 2010). Dette ble særlig observert i utvalg klassifisert som lavrisiko (eks. utvalg fra flere skoler), fordi slike utvalg kan oppleve betydelige vansker sammenlignet med gjennomsnittet, uten at de fyller kriteriene for en diagnose eller lidelse (Goodman et al., 2010).

Måleinstrumenter som undersøker internaliserings- og eksternaliseringsvansker bør ikke undersøke internaliseringsvansker alene (Achenbach et al., 2016). Dette handler om at begge gruppene av vansker kan gå over i hverandre, noe som vil si at en ungdom kan skåre høyt på både internaliserings- og eksternaliseringsvansker, eller høyt på den ene og lavt på den andre. For å best vurdere utfall av undersøkelser med internaliserings- og eksternaliseringsvansker bør ungdoms skårer på begge skalaene vurderes, da dette i størst mulig grad vil tilrettelegge for videre kartlegging og behandling av vanskene (Achenbach et al., 2016).

2.3.5 Internaliseringsvansker

Internaliseringsvansker kjennetegnes av nedstemthet og negative tankemønstre (Weisz & Kazdin, 2017). I måleinstrumentet SDQ-S brukes internaliseringsvansker som en samlekategori for emosjonelle symptomer og vansker med jevnaldrende. Symptomer på angst og depresjon blir målt med skalaen emosjonelle vansker. Internaliseringsvansker kan som med andre psykiske vansker arte seg både kroppslig (somatiske plager og selvskading) og mentalt (Ogden & Hagen, 2019). Barn og unge kan også utvikle internaliseringsvansker i kombinasjon med ulike atferdsproblemer og hyperaktivitet, noe som gjør denne samlekategorien kompleks og sammensatt (Ogden & Hagen, 2019). Når internaliseringsvansker presenteres i denne studien vil kun symptombelastning vektlegges, og dermed er det

ikke snakk om angst og depresjon som lidelser når dette gjennomgås. Dette handler blant annet om at ungdom kan være nedstemt i korte perioder, uten av dette oppfyller kriteriene for en diagnose (Weisz & Kazdin, 2017).

2.3.5.1 Vansker med jevnaldrende

At ungdom strever med sosial samhandling, at de ikke har nære venner eller at de ikke blir likt av andre på sin egen alder kan være tegn på vansker med jevnaldrende (Kaltiala-Heino et al., 2000). Slike vansker kan også innebære å bli trakassert eller mobbet av jevnaldrende, eller at ungdommen selv mobber andre. Ungdom som har vansker med jevnaldrende har forhøyet risiko for å utvikle angst og depresjon (Rasalingam et al., 2017). På den andre siden kan vansker med jevnaldrende blant annet være en konsekvens av depresjon (Goodman & Scott, 2012). Internaliseringsvansker som frykten for andres blikk kan lede til at ungdom isolerer seg (Rasalingam et al., 2017). Ungdom med eksterneringsvansker som atferdsproblemer og hyperaktivitet kan også oppleve vansker med jevnaldrende. De kan eksempelvis oppleve å bli støtt ut av jevnaldrende, spesielt dersom de oppleves som aggressive (Thorell et al., 2017). Ungdom som opplever avvisning fra venner og dårlig støtte fra foreldre kan oppleve økte emosjonelle symptomer (Kaltiala-Heino et al., 2000). Sosial isolasjon kan gjøre at ungdom ikke får oppleve positive sosiale samspill med andre, noe som påvirker deres sosiale kompetanse og læringsutbytte på skolen (Zarbatany et al., 1990).

2.3.5.2 Emosjonelle symptomer

Hos ungdom kan emosjonelle symptomer arte seg ulikt og være vanskelige å oppdage (Goodman & Scott, 2012). Dette kan eksempelvis henge sammen med at puberteten påvirker ungdommen slik at foreldre og andre voksne kan være usikre på hva som er normale endringer og hva som beveger seg over i psykiske vansker (Work & Family Life, 2014). I puberteten har ungdom utallige kroppslige og mentale endringer som de påvirkes av (Stänicke, 2020). Symptomer på angst og depresjon kan forveksles med vanlig atferd i puberteten, og eksempler på slik atferd er å ligge nattevåken og unnvikelse fra sosial interaksjon (Work & Family Life, 2014). I ungdomstiden er det vanlig å oppleve mer emosjonelt stress enn i barndommen, og som et resultat av dette kan ungdom utvikle en sensitivitet til emosjonell uro (Blöte & Westenberg, 2019). Økt stress i ungdomstiden kan fremprovosere en overkontrollert reguleringen av emosjoner, noe som kan resultere i utvikling av angst og depresjon (Ogden & Hagen, 2019). Måleinstrumentet SDQ-S måler

emosjonelle symptomer gjennom spørsmål som handler om bekymring, somatiske plager, nedstemthet, engstelighet og redsel (Goodman, 1997).

Engstelse og frykt anses som en normal del av barn og unges utvikling (Weisz & Kazdin, 2017). Frykt er en innebygd reaksjon ved fare som bunner i vår evne til å overleve (Bjåstad et al., 2020). I noen situasjoner kan det være bra å kjenne på angst, da det kan være prestasjonsfremmende (Weisz & Kazdin, 2017). Det kan være snakk om en viktig prøve på skolen eller en fotballkamp. Angst har mange likhetstrekk med frykt, som for eksempel hvordan vi tenker i situasjonen og i ettertid, samt hvordan det kjennes ut kroppslig (Bjåstad et al., 2020). Symptomer på angst hos ungdom kan være følelse av frykt, uro, engstelse, rastløshet og opphisselse, i kombinasjon med ulike fysiologiske responser (Ogden & Hagen, 2019). Det er ikke uvanlig å oppleve muskelspenninger, økt hjerterytme, varme eller kalde hender og søvnevansker (Goodman & Scott, 2012). Symptomene kan være til stede til enhver tid, eller relatert til spesifikke situasjoner som sosial samhandling med andre (American Psychiatric Association, 2013).

Nedstemthet og likegyldighet er symptomer som forbindes med depresjon (Ogden & Hagen, 2019). Symptomer på depresjon kan oppstå som et resultat av andre vansker, og det er vist at risikofaktorene for angst og depresjon er mange av de samme (Axelson & Birmaher, 2001). Kommunikasjonsvansker med foreldre kan resultere i emosjonelle symptomer i ungdomstiden. På den andre siden kan symptomer på depresjon bidra til økt konfliktnivå i hjemmet (Rao & Chen, 2009). Symptomer på depresjon består av mange ulike komponenter som påvirker motivasjon, affeksjon, atferd, somatikk og den vegetative tilstanden (Ogden & Hagen, 2019). Typiske symptomer på depresjon hos ungdom er irritabilitet, nedsatt stemningsleie, lavt energinivå, konsentrasjonsproblemer, dårlig appetitt, søvnevansker, suicidale tanker, selvdestruktiv atferd og lav selvfølelse og selvtillit (American Psychiatric Association, 2013). Det er normalt å oppleve perioder hvor symptomene øker, og perioder hvor symptomene ikke er til stede (Skandsen, 2020). Depressive symptomer kan være ulike avhengig av hvilket utviklingsstadium en befinner seg på (Weisz & Kazdin, 2017). Det er observert en tendens til at barn over åtte år kan ha symptomer på depresjon som ligner et voksent menneske (Goodman & Scott, 2012). Likevel er det trekk som skiller ungdom fra voksne. Deprimerte voksne har ofte problemer med emosjoner som skyld og håpløshet, mens dette observeres som regel ikke hos ungdom (Goodman & Scott, 2012).

2.3.6 Eksternaliseringsvansker

Ungdom som har vansker med å respondere utad på sitt miljø kan ha ulike eksternaliseringsvansker (Ogden & Hagen, 2019). På lik linje med internaliseringsvansker er eksternaliseringsvansker en samlekategori med vansker som omfatter ungdoms atferd. Til forskjell fra internaliseringsvansker som kan være vanskelig å oppdage, er eksternaliseringsvansker kjennetegnet av destruktiv eller aggressiv atferd som påvirker ungdoms miljø (Ogden & Hagen, 2019). Eksternaliseringsvansker minsker ved økende alder, mens internaliseringsvansker ofte får en kraftig økning i starten av ungdomsalderen (Costello et al., 2011). Det er også kjent at vedvarende eksternaliseringsvansker kan predikere internaliseringsvansker som ung voksen (Kjeldsen et al., 2016; Zoccolillo, 1992).

Ungdom med eksternaliseringsvansker har på den ene siden ofte åpenlys aggresjon, og på den andre siden et innestengt sinn (Olson et al., 2013). Dette kan observeres gjennom en selvdestruktiv atferd versus en ødeleggende og utprøvende atferd (Olson et al., 2013). Disse mønstrene bidrar til at eksternaliseringsvansker gjerne beskrives som ambivalente og skiftende. Videre redegjøres det for atferdsproblemer og hyperaktivitet, da dette er kategoriene som utgjør eksternaliseringsvansker i måleinstrumentet SDQ-S.

2.3.6.1 Atferdsproblemer

Når det kommer til atferdsproblematikk hos ungdom finnes det mange ulike definisjoner og begreper. I litteraturen brukes begreper som antisosial atferd, eksternaliseringsvansker, atferdsforstyrrelser, atferdsproblemer og atferdsvansker (Knudsen, 2020). I denne studien anvendes begrepet atferdsproblemer, og begrepet defineres som atferdsmønstre som bryter med forventinger, gjeldende normer og regler i oppvekstmiljø og samfunn (Nordahl et al., 2005). Atferdsproblemer påvirker individets utvikling og læring, og kan bidra til forstyrrelser i positiv samhandling med andre (Nordahl et al., 2005). Atferdsforstyrrelser blir delt inn i to underkategorier, og disse kalles opposisjonell atferdsforstyrrelse og alvorlig atferdsforstyrrelse (American Psychiatric Association, 2013).

Symptombildet for en opposisjonell atferdsforstyrrelse består av vedvarende mønstre av negativ, fiendtlig og aggressiv atferd mot autoritetspersoner (Ogden & Hagen, 2019). Hos ungdom er typiske symptomer på denne typen atferdsproblemer temperamentsutbrudd med jevne mellomrom, sinne, irritabilitet, vanskeligheter for å motta beskjeder og uenighet med

voksne (Goodman & Scott, 2012). Symptomer på en alvorlig atferdsforstyrrelse innebærer at ungdommen utøver atferd som beskrives som krenkende, normbrytende og som kan innebære brudd på menneskers rettigheter og sosiale normer (Knudsen, 2020). Observerte handlinger ved symptomer kan være å begå tyveri, ødeleggelse av offentlig eiendom og mishandling av dyr eller mennesker. Ellers kan atferd som å flykte hjemmefra, mobbing og stjeling fra venner observeres (Goodman & Scott, 2012).

2.3.6.2 Hyperaktivitet

Typiske symptomer på hyperaktivitet hos ungdom er uoppmerksomhet, urolighet og impulsiv atferd (Goodman & Scott, 2012). Ungdom som har problemer med hyperaktivitet og oppmerksomhet kjennetegnes ved at de ofte vrir og vender seg på setet når de skal sitte stille, at de fikler med objekter eller klær og at de kan reise seg i upassende situasjoner som eksempelvis under en undervisningssituasjon (Goodman & Scott, 2012). Hyperaktivitet er assosiert med diagnosen *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD). I skolegården er ikke ungdom med symptomer på ADHD nødvendigvis mer aktive enn andre, men sliter heller med kontrollen i aktiviteten (Goodman & Scott, 2012). Gutter og jenter kan ha ulike symptombilder når det kommer til hyperaktivitet, og jenters vansker blir som regel oppdaget på et senere tidspunkt (Sørensen & Skogan, 2020). Hyperaktivitet utpeker seg likevel spesielt på noen arenaer, som eksempelvis på skolen. Oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker blir tydelige i situasjoner som krever ro og beherskelse (Ogden & Hagen, 2019).

Hyperaktivitet og ADHD kan forveksles med andre problemer eller diagnoser. Angst og depresjon kan eksempelvis resultere i rastløshet og uoppmerksomhet hos ungdom (Goodman & Scott, 2012). Det er vist at foreldre og lærere kan rapportere om symptomer som i mange tilfeller svarer til normalområdet hos ungdom, og med dette menes at urolighet og konsentrasjonsvansker er til en viss grad normalt hos ungdom (Goodman & Scott, 2012).

2.3.7 Forekomst av psykiske vansker

Ungdata kartlegger ungdoms psykiske helse gjennom selvrapportering, og i 2021 deltok 140.000 ungdommer fra 8.trinn på ungdomsskolen til 3.klasse på videregående skole i denne landsdekkende spørreundersøkelsen (Bakken, 2021). Dette er derfor en god kilde når det kommer til den psykiske helsen til norsk ungdom. Ungdata kartlegger ungdoms psykiske helse gjennom Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10), et kartleggingskjema for angst og

depresjon (Derogatis et al., 1974). Spørsmålene som anvendes kan derfor i knyttes til internaliseringsvansker, og ikke eksternaliseringsvansker. Spørsmålene om ungdommene har vært plaget den siste uken deles inn i underkategorier. Disse omhandler om de har hatt søvnevansker, følelse av at alt er et slit, følt seg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på fremtiden, følt deg stiv eller anspent eller bekymret seg for mye om ting. Svaralternativene deles inn i «ikke plaget i det hele tatt», «lite plaget», «ganske mye plaget» og «veldig mye plaget». Et sted mellom 10% og 20% av ungdommene svarte at de var «veldig mye plaget» på alle underkategoriene. På spørsmål om de har følt at alt er et slit svarte 15% at de var «veldig mye plaget», hvor 24% svarte at de var «ganske mye plaget». På spørsmål om ungdommen har følt seg ulykkelig, trist eller deprimert svarte 11% at de var «veldig mye plaget» og 20% at de var «ganske mye plaget». Når de ble spurt om de hadde bekymret seg mye svarte 20% at de var «veldig mye plaget», og 28% at de var «ganske mye plaget». Disse funnene viser at ungdom i Norge er preget av endel plager, som for eksempel bekymring og følelsen av at alt er et slit (Bakken, 2021).

For eksternaliseringsvansker er tallene i Norge mer uklare, men FHI har i en rapport estimert at et sted mellom 5-10% av barn og unge har atferdsproblemer, inkludert alvorlig atferdsproblematikk som lovbrudd (Berg et al., 2020). I rapporten refereres atferdsproblemer til eksternaliseringsatferd som kan variere fra lette avvik i atferd til omfattende og alvorlige avvik, med sammenfallende kjennetegn at atferden varer over tid og bryter med eksisterende sosiale normer, verdier, regler og forventninger (Berg et al., 2020).

2.3.7.1 Kjønnforskjeller

I internasjonale studier fremkommer det at jenter jevnt over skårer høyere på internaliseringsvansker, mens gutter sliter mest med eksternaliseringsvansker (Naninck et al., 2011). Det er også observert samme tendenser i Norge (Hankin, 2009; Naninck et al., 2011). Studier peker på at den høye andelen jenter med internaliseringsvansker kan ha noe med at de er mer kognitivt sårbare enn gutter (Naninck et al., 2011). At jenter i mange sammenhenger tviler mer på sine egne valg og handlinger, samt at de føler seg usikre når de skal løse problemer, er faktorer som ser ut til å være med på å forklare den noe høyere forekomsten av internaliseringsvansker hos jenter (Hankin, 2009; Naninck et al., 2011). Bakken (2021) peker på at jenter i Norge generelt har mer psykiske vansker enn gutter, og finner at prosentandelen som har hatt mange psykiske vansker de siste syv dagene er høyere for jenter både på

ungdomsskolen og i videregående. Fordelingen er mellom 7-11% for gutter og 22-29% for jenter på ungdomsskolen. På videregående er fordelingen mellom kjønnene 11-14% for gutter og 28-30% for jenter (Bakken, 2021).

Når det kommer til eksternaliseringsvansker er forekomsten i Norge høyere for gutter enn for jenter. Det er i stor grad de samme risikofaktorene for gutter og jenter, men noen peker likevel på at det finnes kjønns spesifikke risikofaktorer (Andershed & Andershed, 2007). Ellers kan det også knyttes til samfunnsstrukturelle faktorer, som at gutter og jenter tenderer mot ulike utviklingsmønstre av eksternaliseringsvansker (Ogden, 2022). Gutter tenderer til et såkalt tidlig-start mønster, som igjen øker risiko for omfattende vansker som voksen.

2.3.8 Psykiske vansker og familiestruktur

I dagens samfunn eksisterer det mange ulike sammensetninger av familier, og den tradisjonelle «kjernefamilien» ser noe annerledes ut i dag (Sweeney, 2010). Faktorer knyttet til familiestruktur kan påvirke psykisk helse, ikke bare i barndommen, men også psykisk velvære på livstid (Barrett & Turner, 2005). Hvorfor dette påvirker mener forskere til nå at henger sammen med familiesamhold, sosioøkonomisk status (SØS), om en er enslig forsørger og sosialt stress (Barrett & Turner, 2005). Tidligere forskning har vist at familiestruktur kan ha en sammenheng med internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Blant annet fant Nilsen et al. (2018) at ungdom som lever med en enslig forsørger eller steforelder hadde noe høyere grad av eksternaliseringsvansker. De som levde med fedre som enslig forsørger hadde den høyeste SDQ-S-skåren av eksternaliseringsvansker.

2.3.9 Utviklingsstadier

En kort redegjørelse av kjennetegn ved utviklingsstadier kan være med på å belyse hvilke utviklingsmessige faktorer som gjør at noen ungdommer utvikler symptomer på internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Utvikling blir i denne studien forstått i et psykososialt perspektiv. Med dette menes de sosiale og psykologiske forholdene som påvirker barn og unges fysiske og psykiske helse (Berk, 2013). Det psykososiale perspektivet stammer fra Erik Eriksons teori, som mener at barnets utvikling må forstås ut ifra den kulturen det tilhører (Berk, 2013). Erikson forbinder hvert utviklingsstadium med ulike kjerneoppgaver. Etter stadiet hvor barn fra 6-11 år har lært seg å samarbeide med andre, kommer stadiet for

ungdomstiden. I dette stadiet mener Erikson at ungdom kommer i en fase preget av identitet eller rollekonflikt. Han mener at kjerneoppgaven i dette stadiet er å bli trygg på seg selv gjennom utforsking av verdier og yrkesvalg. Et negativt utfall i denne tiden kan resultere i forvirring angående roller og fremtid (Berk, 2013).

2.3.9.1 Utvikling i ungdomstiden

I puberteten er ungdom i en utviklingsfase som er preget av store endringer (Landmark, 2018). Denne utviklingsfasen omfatter følelsesmessige, biologiske, kognitive, psykologiske og sosiale endringer. De biologiske endringene omfatter utvikling av hjernen og annen kroppslig utvikling. Utviklingen av hjernen i puberteten skjer gjennom en modning og reorganisering av prefrontal cortex, og denne delen regulerer følelser, tanker og atferd i hjernen (Stänicke, 2020). Tidspunktet puberteten inntreffer kan se ut til å være av betydning. Studier har vist at tidlig pubertet gir en forhøyet risiko for å utvikle emosjonelle symptomer i løpet av puberteten, og dette gjaldt for både gutter og jenter (Graber, 2013; Kaltiala-Heino et al., 2003).

WHO definerer utviklingsstadiet fra 10 til 19 år som tenåring eller ungdom (World Health Organization, 2022). Definisjonen begrunnes i at denne fasen kjennetegnes av en etablering av ulike atferdsmønstre knyttet til eksempelvis kosthold, fysisk aktivitet, stoffbruk og seksuell aktivitet. Disse atferdsmønstrene kan virke beskyttende for ungdoms egen helse, samt helsen til andre i miljøet rundt. På den andre siden kan atferdsmønstrene som etableres i ungdomstiden bidra til en risikoutvikling som setter helsen i fare både på kort og lang sikt (World Health Organization, 2022). Som følge av typiske forskjeller i barn og unges utviklingsstadier og psykisk helse, er utvalget i denne studien (12-19 år) passende under betegnelsen «ungdommer» og ikke «barn».

For ungdom er spesielt tilhørighet og sosial aspekt viktig, dette fordi ungdom begynner å utvikle en identitetsfølelse (Stänicke, 2020). Gjennom jevnaldrende får ungdom en bekreftelse på at de er gode nok som de er, og en følelse av å bli akseptert (Orben et al., 2020). I tråd med at ungdom utvikler en identitet begynner som regel tanker om fremtiden og ulike valg de skal ta å dukke opp (Heltne & Hauken, 2021). Disse valgene blir som regel påvirket av ungdoms venner og omgangskrets. Ungdom har i løpet av pandemien opplevd å bli fratatt verdifulle sosialisering gjennom distanseringstiltak (Heltne & Hauken, 2021). I ungdomstiden er

løsrivelse fra familie med på å utvikle selvstendighet og danne egne verdigrunnlag. Ved tap av sosial stimulering kan ungdom oppleve å miste verdifull sosial kompetanse, noe som er en viktig del av ungdoms utviklingsløp (Lam et al., 2014). Ikke minst opplever ungdom mange endringer (fysiske, sosiale og emosjonelle) som kan gjøre dem sårbare for endringer (McMahon et al., 2020). Ved ekstra belastning eller stressorer, som eksempelvis COVID-19-pandemien, kan ungdom oppleve økte psykiske vansker (Heltne & Hauken, 2021).

2.3.10 Risikofaktorer

Risikofaktorer er et sentralt begrep i forskningen om psykisk helse, og er en samlebetegnelse for faktorer som øker sannsynligheten for utvikling av ulike vansker (Kvello, 2015). Ifølge Nordahl et al. (2005) kan risikofaktorer defineres som «(...) *en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden*». Andershed og Andershed (2007) definerer det på lignende måte da de sier at risikofaktorer omhandler en egenskap, et forhold, en hendelse eller en prosess som øker risikoen eller sannsynligheten for et bestemt utfall. En risikofaktor kan dermed befinne seg i ungdommen selv, i hjemmet og det sosiale miljøet, eller i kulturen og samfunnet (Nordahl et al., 2005).

Effekten av risikofaktorer vil variere da utfallet avhenger av både hvilken type risikofaktor som opptrer, antallet faktorer, varigheten og intensiteten av dem, samt hvilke livsområder de omfatter (Kvello, 2015). Altså vil risikoen for psykiske vansker og lidelser øke når belastningene blir mange, store og langvarige, samt dersom plagene opptrer på flere arenaer som ungdommen ferdes på (Kvello, 2015). På den andre siden vil ikke en risikofaktor nødvendigvis predikere et uheldig utviklingsmønster. Dette er fordi ungdom reagerer forskjellig på risikoeksponering, avhengig av hvor resilient eller sårbare de er (Nordahl et al., 2005). Utfallet av risikofaktorene vil også være avhengig av om de må møte faktorene alene, eller sammen med en tillitsperson.

Eksisterende forskning har identifisert en rekke risikofaktorer som bidrar til utvikling av internaliserings- og eksternaliseringsvansker (Fanti & Henrich, 2010). Disse faktorene kan predikere psykiske vansker og lidelser på både individ-, familie- og samfunnsnivå, og kan med dette inndeles i de tre gruppene individuelle-, familiebaserte- og samfunnsmessige risikofaktorer (Kvello, 2015). *Individuelle risikofaktorer* omhandler karakteristikk ved

ungdommen selv som fører til negativ utvikling. Dette er risikofaktorer knyttet til biologiske forhold (genetikk). Eksempler på slike faktorer er vanskelig temperament, ekstrem sjenerthet, prematur fødsel og kognitiv svikt (Kvello, 2015). Til eksempel kan den personlige egenskapen ekstrem sjenerthet forårsake sosial isolasjon, som videre øker faren for å utvikle psykiske vansker (Borge, 2018). Blant annet er vanskelig temperament og kognitiv svikt assosiert med både internaliserings- og eksternaliseringsvansker (Fanti & Henrich, 2010).

Familiebaserte risikofaktorer omhandler foreldre og deres omsorgsevne ovenfor ungdommen (Borge, 2018). Eksempler på slike faktorer er arbeidsledighet, alkoholmisbruk, uklare grenser og forventninger, mentale helseproblem hos foreldrene, hyppige og alvorlige krangler, omsorgssvikt og mishandling (Kvello, 2015). Dette er risikofaktorer som ofte er en del av hverdagen og varer over lengre tidsperioder, og som på denne måten blir en belastning som kan få negative konsekvenser for ungdoms psykiske helse (Borge, 2018). Dette kommer som følge av at risikofaktorene påvirker foreldrene på en slik måte at de ikke er i stand til å gi den omsorgen og tryggheten som ungdommen trenger (Drugli, 2013). Til eksempel er lav SØS og et turbulent hjemmemiljø assosiert med både internaliserings- og eksternaliseringsvansker (Fanti & Henrich, 2010).

Samfunnsmessige risikofaktorer omhandler risikoer som finnes i nærmiljøet, i samfunnet og i kulturen ungdommen ferdes i (Borge, 2018). Eksempler på slike faktorer er en dårlig organisert skolehverdag med mobbing, et lite støttende nettverk og når miljøet er belastet med samfunnskriser, krig, arbeidsledighet, fattigdom og kriminalitet (Kvello, 2015). På den andre siden rammer ikke samfunnsrisikoer bare de med lav SØS, lavt utdanningsnivå og utfordrende bomiljø, slik det ofte antas. Til eksempel er menneskeskapte og naturskapte katastrofer samfunnsrisikoer som kan ramme alle (Borge, 2018).

Videre finnes det bred enighet om hvilke familiebaserte og samfunnsmessige risikofaktorer som er de mest avgjørende for psykiske vansker. Disse er sosial avvisning eller mobbing fra jevnaldrende, vanskelige oppvekstvilkår, dårlige sosiale forhold i lokalsamfunnet og akutte livshendelser og påkjenninger (Folkehelseinstituttet, 2013). Særlig de to sistnevnte kan ses i sammenheng med COVID-19-pandemien og dens mulige negative innvirkninger på ungdoms psykiske helse.

2.3.11 Beskyttelsesfaktorer

Beskyttelsesfaktorer er også et sentralt begrep i lys av psykisk helse, og kan defineres som «(...) en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial utvikling hos risikobarn» (Nordahl et al., 2005, s. 81-82). Beskyttelsesfaktorer er spesielt gjeldende når risikofaktorer er til stede, og kan medføre en positiv utvikling til tross for risikoeksponering (Kvello, 2015). Altså kan beskyttelsesfaktorer dempe sannsynligheten for at ungdom utvikler psykiske vansker etter å ha vært utsatt for risikofaktorer (Nordahl et al., 2005).

Effekten av beskyttelsesfaktorene vil være avhengig av hvilken type faktor som opptrer, antallet faktorer, varigheten og intensiteten, samt om den har tilstrekkelig styrke relativt til tilstedeværelsen av risiko (Kvello, 2015). Videre kan en beskyttelsesfaktor ha virkning mot flere ulike risikofaktorer. Beskyttelsesfaktorene kan også påvirke hverandre, og må derfor ses i sammenheng. Blant annet kan relasjoner av god kvalitet ofte medføre bedre individuelle ferdigheter, på samme måte som bedre individuelle ferdigheter ofte kan medføre relasjoner av god kvalitet (Kothari et al., 2020). I liket med risikofaktorer kan beskyttelsesfaktorer være individuelle og kontekstuelle, samt at de må forstås i et systematisk perspektiv. Med andre ord kan faktorene være kjennetegn ved ungdommen selv eller ved miljøet hen ferdes i, og må ses på både individ-, familie- og samfunnsnivå (Kvello, 2015).

Robusthet, kjønn og gode sosiale ferdigheter er eksempler på *individuelle beskyttelsesfaktorer* som er hensiktsmessige i forhold til ungdoms psykiske helse. Robusthet, også kalt resiliens, kan bidra til at en har aldersadekvat utviklingskompetanse på tross av gjentatte eksponeringer for risikofaktorer (Nordahl et al., 2005). At ungdommen selv føler tilhørighet på skolen og i vennegjengen er også viktige beskyttelsesfaktorer på individnivået (Kvello, 2015).

Beskyttelsesfaktorer på familienivå inkluderer familiesamhold, stabile omsorgsgivere og god omsorgsutøvelse (Afifi & MacMillan, 2011). God omsorgsutøvelse innebærer blant annet hensiktsmessig regulering av kontroll og grensesetting (Kvello, 2015). Videre er det forskningsmessig belegg for at god tilknytning til omsorgspersonene er en viktig beskyttelsesfaktor som kan utgjøre en forskjell for ungdoms psykiske helse (Brandtzæg et al., 2019). For at dette skal kunne ha en beskyttende effekt er det viktig at tilknytningsrelasjonen bygger på hjelp til å regulere uro, frykt og stress. Andre viktige familiebaserte beskyttelsesfaktorer er når

omsorgspersoner investerer mye tid og engasjerer seg positivt i ungdommen, samt at foreldrene har et godt sosialt nettverk og er godt integrert i samfunnet (Kvello, 2015).

Eksempler på *samfunnsmessige beskyttelsefaktorer* er støttende relasjoner fra andre voksenpersoner utenfor familien og gode vennskapsrelasjoner med jevnaldrende (Afifi & MacMillan, 2011). At ungdom får utviklet sine talenter og oppleve mestring er viktig for positiv utvikling, og derfor kan en fritidsaktivitet være en viktig beskyttelsesfaktor (Kvello, 2015). At ungdom tilpasser seg skolen og har gode skolefaglige prestasjoner virker også beskyttende, samt et utviklingsstøttende klassemiljø og gode lærere som bidrar til positive opplevelser (Kvello, 2015).

2.4 Pandemi og COVID-19-viruset

I mars 2020 ble COVID-19-viruset erklært en global pandemi av WHO (Atzrodt et al., 2020). Begrepet pandemi kan defineres som en global spredning av en ny sykdom, til forskjell fra en epidemi der spredningen kun rammer en begrenset del av verden (Doshi, 2011). Begge begrepene er uttrykk for å beskrive geografisk utspredelse av infeksjonssykdom. I 2009 endret WHO den gamle definisjonen av pandemibegrepet fra 2003. Dette medførte at det ikke lenger er en forutsetning at et virus medfører et stort antall døde eller svært syke for at det skal kunne kategoriseres som en pandemi (World Health Organization, 2021).

Pandemi regnes som en av de mest alvorlige krisene som kan ramme menneskeheten (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2019). Hvilke utfordringer en krise medfører er avhengig av hvor akutt og langvarig den er, om hele eller deler av samfunnet rammes og om helse- og hjelpetjenester makter å opprettholde tilnærmet normal drift (Hafstad & Augusti, 2020). I lys av dette tok det bare 2 måneder fra første smittetilfelle ble oppdaget til COVID-19-viruset ble erklært en pandemi, etter 2 år er pandemien fortsatt pågående, og den har rammet hele samfunn verden over gjennom smittevernstiltak og overbelastning på sykehus og andre samfunnskritiske tjenester (Atzrodt et al., 2020).

Selv om COVID-19-pandemien rammer globalt, medfører den ulike påkjenninger og utfordringer både av sosial-, økonomisk- og psykologisk karakter (John, 2020). Årsaken til at pandemien rammer ulikt handler blant annet om statlig håndtering og iverksetting av tiltak, den generelle helsen i befolkningen og ulike helsesystemer (Syse, 2020). I Norge har

pandemien medført nasjonale nedstengninger og sosiale distanseringstiltak som for eksempel karantene, en-meters-regel, forbud mot besøk i hjemmet og munnbindpåbud (Covid-19-forskriften, 2020). Den norske regjeringen har ført en lignende smittevernshåndtering som Danmark, og har hatt flere og mer inngripende tiltak enn til eksempel Sverige (Holden et al., 2020). Utenfor Skandinavia har pandemihåndteringen også vært ulik, med en variasjon fra lite tiltak og påbud til portforbud og strenge bøter (OECD & Union, 2020). Det har også vært store forskjeller i smitte- og dødstall, og Norge har hatt relativt lave tall sammenlignet med mange andre land i verden (World Health Organization, 2021). USA, Storbritannia, Italia og Spania er eksempler på land som har rapportert om mange smittede og døde (World Health Organization, 2021).

Det er en realistisk forventning at det globale vaksinasjonsprogrammet vil føre til at pandemien og smitten i stadig større grad er under kontroll (Telenti et al., 2021). På den andre siden er det større usikkerhet knyttet til hvordan virusets posisjon i samfunnet vil utvikle seg, særlig knyttet til om det vil gå over til å bli en endemisk sykdom. Dette vil si at viruset til stadighet vil opptre innenfor begrensede, geografiske områder, og hyppigere her enn andre steder (Porta et al., 2014). I denne sammenhengen løftes det frem et mulig scenario der COVID-19-viruset vedvarende opptrer endemisk, men med sesongbaserte epidemiske smittetopper. Den periodevise økningen i smitte vil kunne skyldes avtagende immunitet etter vaksinasjon eller infeksjon, samt endringer og muteringer i viruset (Telenti et al., 2021).

2.4.1 Smittevernstiltak i Norge under nedstengningen våren 2020

Det vil være nyttig å få et innblikk i hvordan situasjonen var rundt ungdommene da de deltok i spørreundersøkelsen til denne studien. I datainnsamlingsperioden 27. april – 11. mai 2020 var den norske befolkningen 7-9 uker inn i nasjonal nedstengning. Denne ble iverksatt da regjeringen den 12. mars samme året presenterte de sterkeste og mest inngripende tiltakene i Norge i fredstid (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2020). Tiltakene hadde stor innvirkning på samfunnets fungering og befolkningens hverdag og frihet. Nedstengningen foregikk under hele innsamlingsperioden, der det ble fortløpende innført nye tiltak samt at flere fikk forlenget varighet. Tiltakene hadde som hensikt å redusere smittespredning for å verne de eldre, kronisk syke og andre som var utsatt for å utvikle alvorlig sykdomsforløp av COVID-19-viruset. På tidspunktet nedstengningen startet var det om lag 800 mennesker som hadde blitt smittet i Norge, og ved slutten hadde tallet steget til 8000 smittede (World Health Organization, 2021).

Tiltakene hadde særlig stor innvirkning på barn og unge som følge av at de medførte stengning av alle barnehager og skoler (Covid-19-forskriften, 2020). Skolestengningen ble iverksatt 12. mars og skulle i første omgang gjelde i to uker, men to dager før gjenåpningsdato ble tiltaket forlenget til 13. april. Etter enda flere utsettelse ble barnehagene omsider gjenåpnet 20. april, og barneskoler fra 1.-4. klasse og skolefritidsordningen (SFO) den 27. april. Skolene åpnet for elevene i 5.-10. klasse og i videregående skole den 11. mai (Covid-19-forskriften, 2020). Dette vil si at alle ungdommene som deltok i denne studien opplevde at skolen var stengt i 8 uker, og under hele innsamlingsperioden. I deler av eller hele denne perioden ble det gjennomført hjemmeskole med digital undervisning. Alle eksamener i grunnskolen og i videregående skole ble avlyst (Covid-19-forskriften, 2020).

I innsamlingsperioden under nedstengningen var det også flere tiltak som hadde stor innvirkning på ungdoms hverdagsliv. Tjenestetilbudet i kommunene ble redusert som følge av at alle helseforetak ble pålagt å innføre gul beredskap. Dette innebar blant annet at planlagte behandlinger i stor grad ble utsatt (Bufdir, 2020). Dette førte for eksempel til at barn og unge fikk utsatt eller stanset 20 824 planlagte avtaler i Ungdomspsykiatrisk Seksjon (UPS) eller i Barne- og ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP). Andelen utsettelse i barne- og ungdomspsykiatrien økte fra 4.1% i mars 2019 til 14.5% i mars 2020 (Bufdir, 2020). Fordi barnevernet og krisesentre fikk status som kritiske samfunnsfunksjoner ble det ikke innført gult beredskap for disse tjenestene (NOU 2021: 6).

Andre tiltak som var gjeldende under hele innsamlingsperioden var stenging av alle kultur- og idrettsarrangementer, organiserte idrettsaktiviteter, restauranter, treningssentre, svømmehaller, kinoer og badeland (Covid-19-forskriften, 2020). Befolkningen var anbefalt å unngå all offentlig transport, og alle fritidsreiser var frarådet. Det var også fastsatt forbud mot opphold på fritidseiendommer, og flere kommuner hadde innført karantene for tilreisende fra andre kommuner i landet. Videre var det anbefalt å unngå all nærkontakt med personer utenfor husstandsmedlemmer. For alle helseinstitusjoner og sykehus ble det innført besøksrestriksjoner. Det ble også innført påbud om hjemmekontor for alle arbeidsplasser når det var praktisk mulig og ikke til hinder for viktig og nødvendig virksomhet. Utover dette ble det i løpet av innsamlingsperioden også gjort endringer i tiltak. Reglene for sosial kontakt ble ytterligere innstrammet, der avstandsregelen ble endret fra to til en meter. Noen dager før datainnsamlingen ble avsluttet lettet regjeringen på restriksjoner for arrangementer, og anbefalingen om hjemmekontor ble nedjustert (Covid-19-forskriften, 2020).

3 Litteraturgjennomgang

I dette kapitlet presenteres forskning som har undersøkt psykiske vansker hos ungdom under pandemiens første fase. Med dette menes det første halvåret av pandemien, en periode preget av nasjonale nedstengninger i flere land, og før vaksinene ble allment tilgjengelig. Helt innledningsvis presenteres søkestrategi, der det beskrives hvordan litteraturen er innhentet og hvilke avgrensninger som er gjort. Deretter presenteres hva litteratursøket har resultert i. Videre gjennomgås studier som har undersøkt hvilke demografiske og pandemispesifikke variabler som var assosiert med psykiske vansker i denne perioden. Funn oppsummeres og sammenlignes fortløpende, mens det avslutningsvis gjennomgås mangler og begrensninger ved forskningen i lys av valg av forskningsspørsmål for vår studie.

3.1 Søkestrategi for litteraturgjennomgangen

3.1.1 Litteratursøk

Litteraturgjennomgangen tar utgangspunkt i studier som ble publisert i perioden mars 2020 – mars 2022. Innhenting av litteratur foregikk todelt, både gjennom vårt eget litteratursøk og ved gjennomgang av en publisert kunnskapsoppsummering. I første omgang ble litteratur innhentet via FHI sin hurtigoversikt som baserte seg på publikasjoner fra perioden mars 2020 – april 2021 (Nøkleby et al., 2021b). Oversikten undersøkte pandemiens konsekvenser for barn og unges liv og psykiske helse. Med 751 gjennomgåtte fulltekster tok oversikten utgangspunkt i 81 studier fra 22 OECD-land, derav 16 fra Norge. Blant disse hadde 20 studier undersøkt aspekter ved psykisk helse i en generell barne- og ungdomspopulasjon. Andre områder som ble utforsket var for eksempel familieforhold, hjemmeskole og psykisk helse i grupper med spesifikke vansker. Forskerne gjennomførte litteratursøk i mars og april 2021, og publiserte i august samme året. Noen studier i oversikten var under revidering på daværende tidspunkt, og har i ettertid blitt publisert med fagfellevurdering. I slike tilfeller ble den oppdaterte versjonen benyttet i vår litteraturgjennomgang. Hurtigoversikten var også en oppdatert versjon av en tidligere oversikt av FHI fra januar 2021 (Nøkleby et al., 2021a).

Vårt eget litteratursøk omfattet studier som ble publisert i perioden mars 2020 – mars 2022. Altså dekket vårt litteratursøk studier fra den samme perioden som FHI undersøkte, men også fra etter de avsluttet sitt søk i april 2021, og frem til mars 2022. Søket baserte seg på flere av

søkeordene som ble benyttet i hurtigoversikten til FHI, og ble gjennomført i februar og mars 2022. Databasene som ble benyttet var Oria, Google Scholar, Web of Science, ERIC, Medline, PsycINFO, Bora, ProQuest og Idunn. Tabell 1 viser en forenklet oversikt over kategoriene av søkeord som ble benyttet i litteratursøket. Vi gjennomførte søk der alle kategoriene ble kombinert, men også med bare de tre første kategoriene. Litteratursøket på norsk baserte seg på en oversetting av ordene som er presentert i tabellen.

Tabell 1. *Oversikt over kategorier av søkeord benyttet i vårt litteratursøk*

Kategori	Søkeord
1.	(child* OR teen* OR adolesc* OR youth OR "young people" OR "young adult*" OR "young individual*" OR "young person*" OR youngster* OR girls OR boys OR pupil* OR schoolchild* OR "school student*")
2.	(covid* OR corona OR coronavir* OR ncov OR ncov19 OR ncov-19 or 2019-novel CoV OR sars-cov2 OR sars-cov-2 OR sarscov2 OR sarscov-2 OR "coronavirus infection" OR "coronavirus disease" OR lockdown OR quaranteene)
3.	(psychological* OR psychology OR mental* OR psychiatric* OR psychosocial* OR behavioural* OR psychobehavio* OR psychosomatic* OR emotional* OR anxiety OR depress* OR "mental disorder*" OR "mental illness" OR internaliz* OR "internalizing disorder*" OR internalizing behavio*" OR "internalizing symptom" OR "externaliz* "externalizing disorder*" OR externalizing behavio*" OR "externalizing symptom*" OR "mental health" OR "emotional problem*" OR "conduct problem*" OR "peer problem*" OR "hyperactivity")
4.	("school perform*" OR homeschool* OR learning OR "closed school*" OR parenting OR "home office" OR family OR families OR worry* OR worried OR unemployment* OR "job loss" OR redundan*)

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier ble valgt for å avgrense litteratursøket. Det ble først besluttet å bare inkludere kvantitative studier som benyttet standardiserte kartleggingsverktøy for måling av psykiske vansker. Denne avgrensningen ble satt for å gjøre funnene mest mulig sammenlignbare med våre egne funn. Videre ble det besluttet å bare inkludere studier som tok utgangspunkt i selvrapporing fra ungdom, uavhengig av kartleggingsverktøy, samt foreldrerapporing dersom SDQ-P ble benyttet. Denne avgrensning ble satt på bakgrunn av at det ofte er ungdommen selv som er best egnet å rapportere om egen psykisk helse, og da særlig internaliseringsvansker, samt at funn i større grad vil kunne ses i lys av våre funn basert på selvrapporing (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Avgrensningen til SDQ-P vil medføre at funn i større grad vil kunne sammenlignes med våre funn fra SDQ-S. Det ble også besluttet å bare inkludere studier der deler av eller hele utvalget var innenfor aldersspennet til vårt utvalg, 12-19 år.

Alle de overnevnte inklusjons- og eksklusjonskriteriene resulterte i et litteratursøk med et avgrenset temaområde. Det ble derfor tatt en avgjørelse om å inkludere både norske og internasjonale studier for å få et bredest mulig søk innenfor dette området. Litteraturgjennomgangen baseres derfor på studier fra Norge, Canada, England, Kina, Nederland, Sveits, Spania, Storbritannia og USA. Av samme årsak ble det også besluttet å inkludere både longitudinelle og tverrsnittstudier i vårt litteratursøk.

Videre var det behov for å avgrense søket til en bestemt tidsperiode for når studiene utførte sine undersøkelser. Det første halvåret av pandemien var en periode preget av nasjonale nedstengninger verden over, og i likhet med Norge ble det i flere land innført strenge smittevernstiltak som stenging av skoler, barnehager og fritidsaktiviteter. Det var derfor fornuftig å avgrense til studier som hadde gjennomført undersøkelser i perioden februar 2020 – juli 2020. Dette tidsrommet vil i vår studie omtales som «den første fasen» av pandemien. For longitudinelle studier ble det besluttet å bare inkludere forskning som sammenlignet målinger under denne perioden med pre-pandemiske målinger. Funn fra studier som sammenlignet med målinger fra et senere tidspunkt i pandemien ble dermed ekskludert. Avgrensningen ble satt fordi sammenligninger med pre-pandemiske målinger gir et tydeligere bilde av hvilken innvirkning pandemiens første fase hadde på ungdoms psykiske helse.

3.2 Psykiske vansker hos ungdom under pandemiens første fase

3.2.1 Internasjonale studier

Den longitudinelle studien til Borbás et al. (2021) undersøkte både omfang og endringer i psykiske vansker hos ungdom fra før til under nedstengingen i Sveits i mars 2020 – mai 2020. Med SDQ-S kartla studien selvrapporterte internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos 26 barn og unge mellom 7 og 17 år. Studien fant en signifikant reduksjon i skårer for eksternaliseringsvansker, mens for internaliseringsvansker ble det bare funnet en signifikant reduksjon i skårer for vansker med jevnaldrende, og ingen endringer i emosjonelle vansker.

Penner et al. (2021) rapporterte også om stillstand eller nedgang i selvrapporterte symptomer på psykiske vansker. Studien undersøkte 322 ungdommer i alderen 10-14 år, fra før til under nedstengningen i USA i april 2020 – mai 2020. Vanskene ble målt med Brief Problem Monitor (BPM). Studien fant en signifikant reduksjon i internaliseringsvansker og ingen endringer i eksternaliseringsvansker. Blant ungdom som hadde psykiske vansker i forkant av pandemien ble det funnet en signifikant reduksjon i symptomer på både internaliserings- og eksternaliseringsvansker.

På den andre siden fant flere studier også en økning i symptomer på internaliserings- og eksternaliseringsvansker under pandemiens første fase. Blant annet rapporterte Wright et al. (2021) om en signifikant 44% økning i selvrapporterte symptomer på depresjon hos 202 ungdommer (11-12 år) fra før til under nedstengningen i Storbritannia i mars 2020. Vanskene ble målt med Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ). Chahal et al. (2021) undersøkte endringer i selvrapporterte angst- og depresjonssymptomer (Youth Self-Report, YSR) hos 85 barn og unge (9-13 år) fra 3 måneder før til under nedstengningen i USA i april 2020. Også denne studien fant en signifikant økning i vansker under pandemien, sammenlignet med før.

Rosen et al. (2021) rapporterte om en økning i både internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos 224 barn og unge (6-15 år) fra før til under nedstengningen i USA i mai 2020. Før pandemien var 31.7% av utvalget i klinisk område for internaliseringsvansker, mens under nedstengningen steg prosentandelen til 56.7%. For eksternaliseringsvansker var 17.4% av utvalget i klinisk område før pandemien, mens under nedstengning hadde prosentandelen steget til 56.2%. Før pandemien ble psykiske vansker målt gjennom selvrapportering (YSR).

Under pandemien ble vanskene målt med SDQ, både av foreldrene (SDQ-P) til de minste barna, og av ungdommene selv (SDQ-S).

Enkelte studier fant både nedgang, økning og stillstand i symptomer på psykiske vansker under pandemiens første fase. Ezpeleta et al. (2020) undersøkte endringer i internaliserings- og eksternaliseringsvansker (SDQ-P) hos 197 ungdommer (13år) under nedstengningen i Spania i juni 2020, sammenlignet med før pandemien. Med utgangspunkt i de fire problem-skalaene fant studien en signifikant økning i symptomer på atferdsproblemer og vansker med jevnaldrende, en signifikant reduksjon i emosjonelle vansker og ingen endringer for hyperaktivitet.

3.2.2 Norske studier

Bekkehus et al. (2020) undersøkte psykiske vansker hos ungdom under nedstengningen i Norge. Tverrsnittstudien kartla omfanget av selvrapporterte symptomer på angst og depresjon hos 672 ungdommer (16-19 år) under nedstengningen i april 2020. Forskerne konkluderte med at graden av angst- og depresjonssymptomer hos ungdom i studien ikke var høy, sammenlignet med funn fra tidligere studier. Vanskene ble målt med kortversjonen av Hopkins Symptom Checklist (HSCL-8). Med samme kartleggingsverktøy undersøkte Myhr et al. (2021) endringer i selvrapporterte symptomer på depresjon blant 2443 ungdomsskoleelever fra før til under nedstengningen i mai 2020. Forskerne fant en liten, men ikke-signifikant økning i andelen som rapporterte om høye nivåer av depresjonssymptomer. Det ble imidlertid funnet en signifikant økning av ungdommer som rapporterte om høye nivåer av vansker knyttet til enkeltelementer i den depressive skalaen. Disse elementene omhandlet tristhet, ulykkelighet, søvnevansker og en håpløs følelse om fremtiden.

Den longitudinale studien til Hafstad et al. (2021) undersøkte endringer i selvrapporterte (HSCL-10) symptomer på angst og depresjon blant 3572 ungdommer (13-16 år) fra før til under nedstengningen i Norge i juni 2020. Studien tok utgangspunkt i både en generell ungdomspopulasjon og sårbare grupper. For hele utvalget ble det funnet en signifikant liten økning i symptomer på angst og depresjon, sammenlignet med før pandemien. Økningen var imidlertid så liten at forskerne ikke kunne fastslå den praktiske betydningen av forandringene, og den svake stigningen så ut til å være drevet av økning i alder snarere enn pandemien. Blant

ungdommer med allerede eksisterende psykiske vansker i forkant av pandemien ble det observert at vanskene både vedvarte og ble forverret under nedstengning.

3.2.3 Oppsummering

Samlet fant alle studier som undersøkte endringer i vansker under nedstengningen i Norge enten ingen eller en svak økning sammenlignet med pre-pandemi. Det var imidlertid bare angst- og depresjonsvansker som ble undersøkt i disse studiene, og det ble ikke funnet noen norske studier som undersøkte eksternaliseringsvansker. Samlet undersøkte alle studiene vansker hos både yngre og eldre ungdommer, og med selvrapporing.

Internasjonale studier fant både nedgang, økning og stillstand i symptomer på psykiske vansker under pandemiens første fase. Studier som fant stillstand eller nedgang i symptomer var ofte kjennetegnet ved at vanskene var selvrapporterte. Resultatene var likevel sprikende da de fant både stillstand og nedgang, og for bare en eller for begge grupper av vansker. På den andre siden rapporterte studier som fant økning i psykiske vansker oftest om en økning i internaliseringsvansker, og ikke i eksternaliseringsvansker. Disse studiene benyttet i større grad foreldrerapporing, sammenlignet med studier som ikke fant økning i vansker. Det var også særlig de yngre ungdommene som deltok i disse studiene.

Oppsummert viste funn fra både internasjonale og norske studier en stor variasjon i utvikling av symptomer på psykiske vansker. Variasjonene kan imidlertid forventes som følge av lands ulikheter i forutsetninger, utfordringer blant ungdommer og grad og varighet av tiltak. Ulik operasjonalisering av psykiske vansker i de ulike undersøkelsene kan også være en årsak til variasjonen i funnene. Til tross for dette var forskningen enig i at pandemien i det store og hele hadde en eller annen form for innvirkning på den psykiske helsen til ungdom.

3.3 Variabler assosiert med psykiske vansker under pandemiens første fase

3.3.1 Demografiske variabler

Det er kjent at en rekke demografiske variabler er av betydning for ungdoms psykiske helse. Denne studien ønsker imidlertid å undersøke hvordan slike variabler var assosiert med

psykiske vansker under pandemiens første fase. På bakgrunn av dette tok litteratursøket utgangspunkt i forskning som undersøkte demografiske variabler i en pandemisammenheng.

Waite et al. (2021) undersøkte alders- og kjønnsforskjeller i psykiske vansker hos 2673 barn og unge (4-16 år) under nedstengningen i Storbritannia i mars 2020 – mai 2020. Med SDQ-P fant forskerne at jenter hadde flere symptomer på internaliseringsvansker enn gutter, mens gutter hadde flere symptomer på eksternaliseringsvansker enn jenter. Det ble også funnet aldersforskjeller i psykiske vansker da resultatene viste en større økning av symptomer på internaliserings- og eksternaliseringsvansker i alderen 4-10 år enn 11-16 år. Zhou et al. (2020) undersøkte alders- og kjønnsforskjeller i angst og depresjon hos 8079 ungdommer (12-18år) under nedstengningen i Kina i mars 2020. Med selvrapporing gjennom måleinstrumentene PHQ-9 og GAD-7 fant studien at angst- og depresjonssymptomer under nedstengningen økte mer hos jenter enn hos gutter. Til forskjell fra studien til Waite et al. (2021) fant Zhou et al. (2020) at symptomene økte med alder, men studiene undersøkte imidlertid noe ulike aldersgrupper.

Bekkehus et al. (2020) gjorde særlig analyser av kjønn knyttet til angst og depresjon hos 672 ungdommer (16-19år) under nedstengningen i Norge i april 2020. Tverrsnittstudien fant en signifikant forskjell i gjennomsnittskårer av selvrapporterte (HSCL-8) symptomer på angst og depresjon, der jenter rapporterte om flere symptomer enn gutter. Videre undersøkte den longitudinelle studien til Hafstad et al. (2021) assosiasjoner mellom depresjon og alder, kjønn og familiestruktur under nedstengningen i Norge i juni 2020. Med selvrapporing i HSCL-10 fra 3572 ungdommer (13-16 år) fant studien at lavere alder og det å være jente predikerte høyere nivåer av depresjonssymptomer under nedstengningen.

Når det gjaldt familiestruktur fant Hafstad et al. (2021) at de som bodde med enslig forsørger hadde høyere nivåer av depresjonssymptomer under nedstengningen i Norge. Forskerne observerte en betydelig større økning i symptomnivåer hos de med enslig forsørger enn hos andre jevnaldrende som bodde med begge foreldre. Luijten et al. (2021) utforsket også familiestruktur blant 844 barn og unge (8-18 år) i Nederland i april 2020 – mai 2020. Studien fant at det å ha enslig forsørger var assosiert med høyere nivåer selvrapporterte symptomer på angst og depresjon under nedstengningen, sammenlignet med før pandemien. Vanskene ble målt med PROMIS.

The Co-SPACE-Study (Raw et al., 2021) undersøkte søskens betydning for internaliseringsvansker hos 3046 barn og unge (4-16 år) under nedstengningen i England i perioden mars 2020 – juli 2020, sammenlignet med før pandemien. Gjennom SDQ-P fant studien en økning i internaliseringsvansker hos de som ikke hadde søsken. I forbindelse med prosjektet har det også blitt publisert en rapport som målte selvrapporterte (SDQ-S) psykiske vansker hos ungdom (11-16 år) i England i april 2020 (Pearcey et al., 2020). Videre fant også Ezpeleta et al. (2020) at det å ikke tilbringe nedstengingen sammen med søsken var assosiert med mer internaliseringsvansker (vansker med jevnaldrende), sammenlignet med før pandemien. Studien fra Spania benyttet SDQ-P for måling av vansker hos 226 ungdommer (13 år).

Søskens betydning for eksternaliseringsvansker er utforsket i studien til Campione-Barr et al. (2021), som undersøkte søskenrelasjoners innvirkning på atferdsproblemer hos ungdom under nedstengningen i USA i juni 2020, sammenlignet med før pandemien. Med selvrapportering fra 170 ungdommer mellom 12-20 år fant studien at en positiv relasjon til søsken under nedstengningen var signifikant assosiert med mindre atferdsproblemer dersom det ble rapportert om mye COVID-19-relatert stress. På den andre siden var en positiv søskenrelasjon av ikke-signifikant betydning for atferdsproblemer dersom det ble rapportert om lite COVID-19-relatert stress. Atferdsproblemer ble målt med Risk Behavior Measure Scale.

Studien til Lehmann et al. (2021) er en publikasjon fra BiE-prosjektet, og benyttet det samme utvalget som denne studien (2997 respondenter, 12-19 år, SDQ-S). Forskerne utforsket kjønns- og aldersvariasjoner i opplevde konsekvenser av nedstengningen i Norge i april 2020 – mai 2020. Studien fant at jenter og eldre ungdom opplevde nedstengningen som mest utfordrende, sammenlignet med gutter og yngre ungdommer. Dette innebar at de ble mer negativt påvirket av skolestengingen, opplevde dårligere læringsutbytte av hjemmeskoleundervisningen og at egen familiesituasjon i større grad ble endret til det verre i denne perioden. Konsekvensenes utslag på den psykiske helsen ble ikke målt.

3.3.2 Pandemispesifikke variabler

Pandemi og nasjonal nedstengning er en unntakstilstand der det oppstår en rekke nye variabler som mulig kan assosieres med psykiske vansker hos ungdom. Blant slike pandemispesifikke variabler utforsket flere studier assosiasjoner til familiesituasjonen hjemme under pandemiens første fase. Achterberg et al. (2021) fant at ungdom i familier preget av overaktivitet hos

foreldre var utsatt for negative konsekvenser av nedstengningen i Nederland i april 2020 – mai 2020. Mer opplevd stress under nedstengning var assosiert med en større økning i eksternaliseringsvansker sammenlignet med før pandemien, og dette stressnivået ble påvirket av både tidligere og nåværende foreldreovertaktivitet. Utvalget bestod av 151 ungdommer (10-13 år) og 106 foreldre, og psykiske vansker ble målt med SDQ-P.

Assosiasjoner mellom familiesituasjon og psykiske vansker under pandemien er også undersøkt i studien til Penner et al. (2021). Med selvrapporing fra 322 ungdommer (10-14 år) viste resultatene at bedre familiefungering under nedstengningen i USA var forbundet med færre internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos ungdom. De psykiske vanskene ble målt med måleinstrumentet BPM. Videre gjorde Borbás et al. (2021) særlige analyser av mor-barn-relasjonens betydning for selvrapporterte (SDQ-S) internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos 26 barn og unge (7-17 år) under nedstengningen i Sveits. Studien fant at mødrenes opplevde omsorgsbyrde resulterte i flere emosjonelle og atferdsmessige vansker under nedstengningen, sammenlignet med før.

Tverrsnittstudien til Ulset og Von Soest (2022) undersøkte assosiasjoner mellom depresjon og flere ulike pandemispesifikke variabler blant 12 686 ungdommer i ungdoms- og videregående skole under nedstengningen i Norge i april 2020 – mai 2020. Depresjonssymptomer ble selvrapportert (HSCL-10), og variablene som ble undersøkt var permittering hos foreldre, smittebekymring og foreldrenes omsorgsutøvelse under nedstengningen. Den største signifikante korrelasjonen ($r=-.34$) ble funnet mellom dårlig omsorg fra foreldrene og høye nivåer av depresjon. Ungdom som rapporterte om høy grad av bekymring for at de selv eller noen i familien skulle bli smittet, rapporterte også om høyere nivåer av depresjonssymptomer ($r=.19$). Det ble funnet en signifikant liten korrelasjon ($r=.06$) mellom foreldrepermittering og depresjonssymptomer, noe som indikerer at ungdom som opplevde at foreldrene mistet jobben eller ble midlertidig permittert under pandemien rapporterte om mer depresjonssymptomer.

Tverrsnittstudien til Wang et al. (2021) undersøkte også relasjoner mellom forskjellige pandemispesifikke variabler og internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos 6587 ungdommer i ungdoms- og videregående skole under nedstengningen i Kina i april 2020 – mai 2020. Med selvrapporing (SDQ-S) fant studien at vanskeligheter med hjemmeskole

og dårlig relasjon til foreldre var signifikant assosiert med høyere skåre for både internaliserings- og eksternaliseringsvansker under pandemien. Hjemmeskole er også en av variablene som ble undersøkt i studien til Rosen et al. (2021). Rapporteringer fra 224 barn og unge (7-15 år) og deres foreldre i USA viste at stressorene familieforhold, hjemmeskole, smitte og permittering var assosiert med økning i både internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Blant annet omhandlet stressoren hjemmeskole at det var vanskelig å gjøre hjemmeskolearbeid som følge av bråkete forhold hjemme. Psykiske vansker ble målt med SDQ-P og SDQ-S.

Larsen et al. (2021) gjorde særlige analyser av hjemmeskolens innvirkninger på psykiske vansker hos 442 barn og unge (7-18 år) under nedstengningen i Norge i april 2020 – mai 2020. Forskerne undersøkte hvordan en positiv eller negativ hjemmeskoleopplevelse predikterte selvrapporterte symptomer på angst og depresjon, sammenlignet med før pandemien. Studien fant at de som rapporterte om en mer positiv opplevelse av hjemmeskole også rapporterte om færre emosjonelle vansker. De som savnet venner på skolen rapporterte om signifikant mer emosjonelle vansker, sammenlignet med de som ikke savnet venner. Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) og Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) ble benyttet for å måle angst- og depresjonssymptomer.

Gjennom SDQ-P undersøkte Ezpeleta et al. (2020) assosiasjoner mellom pandemispesifikke variabler og internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos 226 ungdommer (13 år) under nedstengningen i Spania i juni 2020, sammenlignet med før pandemien. Studien fant at høyere skåre for atferdsproblemer var assosiert med en forverret relasjon til foreldre, mer diskusjon i hjemmet og at ungdommen ikke holdt følge med hjemmeundervisningen. Høyere skåre for hyperaktivitet var også assosiert med en forverret relasjon til foreldre og mer diskusjon i hjemmet, men også med å ha lite hjemmeskolearbeid, krangling om lekser, mangel på grenser og bekymringer for egen helse. Høyere skåre for vansker med jevnaldrende var assosiert med å ikke gjøre felles aktiviteter sammen med familien og dårlig forhold til søsken i hjemmet. For emosjonelle vansker var høyere skåre assosiert med mer konflikt i hjemmet, bekymringer for å bli smittet av COVID-19-viruset og bekymringer for egen helse.

Bekymringer ble også utforsket i tverrsnittstudien til Ellis et al. (2020), som undersøkte assosiasjoner mellom COVID-19-relaterte bekymringer og depresjon under nedstengningen i Canada i april 2020. Med selvrappotering fra 1054 ungdommer mellom 14-18 år fant studien

at 43% av utvalget rapporterte at de var «veldig bekymret» for pandemien, og at bekymring knyttet til pandemien var assosiert med symptomer på depresjon. Vanskene ble målt med en delskala av Brief Symptom Inventory (BSI). BiE-studien til Bjørknes et al. (2021) undersøkte hvilke selvrapperte bekymringer ungdom hadde under nedstengningen i Norge i april 2020 – mai 2020. Studien tok utgangspunkt i det samme utvalget og datamateriale som vår studie, men baserte seg på et åpent spørsmål i spørreundersøkelsen. Med dette deltok 1314 ungdommer i alderen 12-19 år. Forskerne fant størst bekymring knyttet til hvilke konsekvenser den sosiale distanseringen ville ha for vennskap og familie, at læringsutbyttet skulle bli dårligere, samt dårligere økonomi i både familien og for samfunnet. Flere ungdommer var bekymret for fremtiden sin, og dette omhandlet særlig at COVID-19-situasjonen skulle påvirke fremtidig utdannings- og jobbmuligheter.

Hafstad et al. (2021) fant at COVID-19-relaterte bekymringer var en risikofaktor for både angst og depresjon hos 3572 ungdommer (13-16 år) under nedstengningen i Norge i juni 2020. Bekymringene innebar blant annet frykt for at en selv eller noen i familien skulle bli smittet, for at en skulle smitte andre og for at pandemien skulle påvirke familiens økonomi og ungdommens egne fremtidsplaner. Forskerne observerte at disse bekymringene var sterkt assosiert med mer angst- og depresjonssymptomer, sammenlignet med før pandemien. På den andre siden fant studien at permittering hos foreldre ikke hadde en signifikant effekt på ungdoms psykiske vansker. Vansker ble selvrappertert med HSCL-10.

3.3.3 Oppsummering

Flere av studiene som undersøkte demografiske variabler fant at jenter rapporterte om mer symptomer på internaliseringsvansker (derav særlig angst- og depresjonsvansker) under pandemiens første fase, sammenlignet med gutter. Studier som målte endringer fant også en større økning i slike vansker hos jenter, enn hos gutter. Disse funnene ble rapportert i både norske og internasjonale studier, med selv- og foreldrerapportering og hos yngre og eldre ungdommer. Kun en studie utforsket begge grupperinger av vansker, og fant størst økning i internaliseringsvansker hos jenter og i eksternaliseringsvansker hos gutter.

Samlet fant studier som undersøkte aldersforskjeller at lavere alder predikerte mer internaliserings- og eksternaliseringsvansker under pandemien. Disse studiene var fra både norsk og internasjonal kontekst, samt benyttet både foreldre- og selvrapportering. Alle studier

som undersøkte familiestruktur fant at ungdom med enslig forsørger rapporterte om en større økning i symptomer på angst og depresjon under pandemien, sammenlignet med ungdom med to foreldre. Felles for disse studiene var at de benyttet selvrapporing, inkluderte både yngre og eldre ungdommer og var gjennomført både i Norge og internasjonalt.

Noen få studier utforsket assosiasjoner mellom det å ha søsken og psykiske vansker under pandemiens første fase. Studier som undersøkte begge grupper av vansker fant økning i internaliseringsvansker hos de som ikke hadde søsken i hjemmet, mens denne sammenhengen ble ikke funnet for eksternaliseringsvansker. Foreldrerapportering ble benyttet i disse studiene. På den andre siden fant en studie at en positiv relasjon til søsken under pandemien var signifikant assosiert med mindre atferdsproblemer dersom ungdommen opplevde mye COVID-19-relatert stress. Det var imidlertid ingen norske studier som undersøkte betydningen av søsken, men samtlige studier undersøkte både yngre og eldre ungdom.

Det ble også i varierende grad funnet assosiasjoner mellom pandemispesifikke variabler og psykiske vansker under pandemiens første fase. Alle studier som undersøkte sider ved familiesituasjonen fant assosiasjoner til vansker, og dette ble funnet i både internasjonale og norske studier, blant yngre og eldre ungdommer, og med selv- og foreldrerapportering. Vanskene var i stor grad knyttet til aspekter ved foreldrerollen eller foreldre-barn-relasjonen, slik som foreldreoveraktivitet, forverret relasjon til foreldrene og dårligere omsorgsutøvelse. Samlet fant studiene signifikante assosiasjoner til både internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Studier som undersøkte begge grupper av vansker fant imidlertid sterkest assosiasjon til eksternaliseringsvansker, sammenlignet med internaliseringsvansker, og særlig gjaldt dette variabler som omhandlet foreldrerollen og foreldre-barn-relasjonen.

Det var også bred enighet om at COVID-19-relaterte bekymringer var signifikant assosiert med internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Dette ble funnet i både internasjonale og norske studier, blant yngre og eldre ungdommer og med selv- og foreldrerapportering. Bekymringene var i hovedsak knyttet til at de selv eller noen i familien skulle bli smittet av COVID-19-viruset. Bekymringer for at pandemien skulle påvirke ungdoms fremtidsplaner og familiens økonomi var assosiert med mer angst- og depresjonssymptomer. På den andre siden fant studier som undersøkte permittering hos foreldre ulike funn, der en studie fant ingen signifikant assosiasjon med symptomer på angst og depresjon, mens en annen observerte en liten signifikant korrelasjon med depresjonssymptomer.

Det ble funnet signifikante assosiasjoner mellom utfordringer med hjemmeskole og psykiske vansker, både i norske og internasjonale studier, hos yngre og eldre ungdommer og med selv- og foreldrerapportering. Dette var utfordringer knyttet til blant annet savn etter venner på skolen og vanskeligheter med å gjennomføre undervisningen som følge av forstyrrende hjemmeforhold. De fleste studiene som undersøkte begge grupper av vansker fant assosiasjoner til både internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Det var imidlertid en studie som bare fant signifikante assosiasjoner til atferdsproblemer og hyperaktivitet, og ikke til vansker med jevnaldrende og emosjonelle vansker.

3.4 Samlende konklusjon av litteraturgjennomgangen

3.4.1 Forskningsspørsmål 1 - Psykiske vansker hos ungdom under nedstengningen

Litteratursøket resulterte i relativt få studier som kartlaga omfanget av psykiske vansker hos ungdom under pandemiens første fase. Dette gjaldt særlig studier gjennomført i Norge, da søket bare resulterte i tre norske studier som hadde målt vansker. Disse studiene undersøkte i hovedsak symptomer på depresjon og angst. Det ble ikke funnet noen norske studier som undersøkte eksternaliseringsvansker hos ungdom, eller som hadde kartlagt vansker med SDQ.

Det ble imidlertid funnet flere internasjonale studier som undersøkte psykiske vansker. Det var et klart flertall som kartla vansker i form av angst- og depresjonssymptomer, og særlig sistnevnte. Det ble funnet flere internasjonale publikasjoner som benyttet SDQ, men i disse studiene var det som oftest foreldre som hadde rapportert om ungdommens psykiske vansker. Dermed tok de fleste studiene som undersøkte eksternaliseringsvansker utgangspunkt i foreldrerapportering.

Oppsummert er det et stort behov for ytterligere kartlegging av psykiske vansker hos ungdom under pandemiens første fase, og særlig med selvrapporing og i norsk kontekst. Det er også behov for en bredere dekning av flere ulike typer vansker utover angst og depresjon, deriblant særlig eksternaliseringsvansker. Internasjonale studier fant både stillstand, økning og nedgang i vansker, mens norske studier rapporterte om ingen eller minimale endringer. Disse sprikende funnene indikerer et behov for mer forskning på området. Med dette var målet med vår studie å ytterligere undersøke omfanget av både internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos

ungdom i Norge under pandemien. Med dette ble vårt første forskningsspørsmål: «*Hvordan var den psykiske helsen til ungdom 7-9 uker inn i nedstengningen?*».

3.4.2 Forskningsspørsmål 2 - Variabler assosiert med psykiske vansker under nedstengningen

Funn fra litteratursøket indikerer at forskning i varierende grad har undersøkt variabler assosiert med psykiske vansker hos ungdom under pandemiens første fase. Når det gjelder demografiske variabler undersøkte et flertall av de internasjonale studiene alders- og kjønnsvariasjoner i vansker, mens få norske studier undersøkte disse variablene. Samlet benyttet disse studiene oftest foreldrerapportering når vansker hos yngre ungdommer skulle kartlegges, samt når SDQ ble brukt. Ellers var det få studier som undersøkte assosiasjoner til familiestruktur og bosituasjon, og særlig i norsk kontekst. Ingen norske studier undersøkte assosiasjoner til det å ha søsken.

Blant alle studiene som undersøkte demografiske variabler var det et flertall som målte psykiske vansker i symptomer på depresjon og angst, og ingen norske studier undersøkte eksternaliseringsvansker. De internasjonale studiene som målte eksternaliseringsvansker benyttet foreldrerapportering, med unntak av en studie. Det ble heller ikke funnet noen studier, uavhengig av land, som hadde målt assosiasjoner mellom variasjoner i familiestruktur og eksternaliseringsvansker under pandemiens første fase.

Totalt sett var det flest studier som undersøkte assosiasjoner mellom pandemispesifikke variabler og psykiske vansker. Tross mer forskning på området ble det også her funnet et begrenset antall norske studier, og et flertall av studier som kun målte vansker i angst- og depresjonssymptomer. Det ble ikke funnet noen norske studier som målte eksternaliseringsvansker. Det var likevel en bedre dekning av eksternaliseringsvansker blant de internasjonale studiene som undersøkte pandemispesifikke variabler, sammenlignet med studiene som undersøkte demografiske variabler. De pandemispesifikke variablene ble undersøkt nasjonalt og internasjonalt, med selv- og foreldrerapportering, for internaliserings- og eksternaliseringsvansker og blant yngre og eldre ungdommer. Unntaket var for forskning om permitterte foreldre, der det bare ble funnet to norske studier som undersøkte assosiasjoner til angst- og depresjonssymptomer med selvrappotering.

Familiesituasjonen hjemme under pandemien, særlig sider knyttet til foreldrene, ble hyppigst undersøkt i forskningen som ble avdekket. Studiene som undersøkte assosiasjoner mellom COVID-19-relaterte bekymringer og psykiske vansker tok i hovedsak utgangspunkt i bekymringer knyttet til smitte. Blant forskningen som utforsket sider ved hjemmeskolen er funnene sprikende, der noen studier bare fant assosiasjoner til eksternaliseringsvansker, mens andre fant assosiasjoner til begge grupper av vansker. Hjemmeskole ble imidlertid noe smalt dekket, da for eksempel ingen studier undersøkte assosiasjoner til læringsutbytte. De to norske studiene som undersøkte permittering hos foreldre konkluderte ulikt, der det ble funnet manglende assosiasjon til angst og depresjon og en liten signifikant korrelasjon til depresjon.

Oppsummert er det et stort behov for ytterligere forskning som undersøker hvilke variabler som var assosiert med psykiske vansker hos ungdom under pandemiens første fase. Det er behov for flere studier som utforsker effekten av demografiske variabler, også utover alder og kjønn, og særlig i norsk kontekst og med selvrapporing. Det trengs en bredere undersøkelse av hvilke pandemispesifikke variabler som var assosiert med vansker. Dette gjelder også særlig i norsk kontekst, og for variablene hjemmeskole og foreldrepermittering som hittil har vist sprikende funn. Assosiasjoner til eksternaliseringsvansker må i større grad undersøkes. Med dette var målet med vår studie å ytterligere undersøke hvilke variabler som var assosiert med selvrapporerte internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos ungdom under pandemiens første fase i Norge. Vårt andre forsknings spørsmål ble dermed følgende: «*Hvilke demografiske og pandemispesifikke variabler var assosiert med psykiske vansker i denne perioden?*».

4 Metode

Følgende kapittel tar for seg metodevalg for denne studien. I første omgang gis en kort redegjørelse av studiens plassering innenfor vitenskapsteori, dette gjennom paradigmer og samfunnsvitenskapelig metode. Deretter introduseres og gjøres det rede for datainnsamlingsprosessen, karakteristika ved utvalget, anvendte måleinstrumenter og analyser. Avslutningsvis redegjøres det for etiske vurderinger, reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

4.1 Bakgrunn for valg av metode

I kvantitativ metode er målet å kunne slutte bevis for en teori gjennom analyse av data. Variabler er et sentralt begrep i kvantitativ metode, der metoden måler og studerer forholdet mellom ulike variabler (Field, 2018). Denne studien har et utvalg bestående av mange respondenter, og ønsker å undersøke ungdoms psykiske helse i en pandemisammenheng. Fordi kvantitativ metode kan gi data om et stort utvalg, er denne metoden godt egnet for vår studie. På den andre siden produserer gjerne kvalitativ metode mer dyptgående innsikt knyttet til et mindre utvalg (Punch, 2014). Kvantitativ metode har som fordel å være presis og nøyaktig, og som gir rom for å kunne forme påstander rundt det som studeres (Langdridge, 2006). I lys av dette kan kvantitative forskningsresultater generaliseres til deler av befolkningsgrupper, og bidra til å belyse fenomener som angår flere enn studiens utvalg. Kvantitative tilnærminger bygger på naturvitenskapelig metode og et positivistisk vitenskapssyn (Neuman, 2014).

4.1.1 Vitenskapsteori og paradigmer

Vitenskapsteori kan beskrives som en refleksjon over vitenskapelig aktivitet og kunnskap (Ringdal, 2018). En teori er en generell påstand om virkeligheten og krever en viss generalisering, noe som vil si at teorier bør anses som allmenne. Teorier baserer seg på sammenhenger mellom fenomener, og for at en teori skal være vitenskapelig må den kunne beskrive en regelmessighet. Dette vil gi teorien en gyldighet på tvers av tid og sted (Johannessen et al., 2016).

Innenfor vitenskapsteorien finnes det mange fremgangsmåter for å forstå og tolke kunnskap. Disse fremgangsmåtene kan kalles paradigmer, og inneholder dimensjoner som gir retning til

den som forsker (Nyeng, 2017). Dette vil si at den som forsker får en ramme rundt arbeidet sitt, og kan tolke resultater av forskningen på en bestemt måte. Dette kommer tydeligere frem gjennom dimensjonene epistemologi, ontologi og metodologi (Punch, 2014). Epistemologi handler om måter å forstå kunnskap på, om hvordan vi innhenter kunnskap og hva som defineres som en sannhet. Ontologi beskriver virkelighetens natur, hva virkelighet er og hvordan den ser ut. Metodologi er teorier om metode, som for eksempel hvordan empirisk forskning skal gjennomføres (Johannessen et al., 2016).

Hvert paradigme har sine egne epistemologiske, ontologiske og metodologiske teorier (Punch, 2014). Paradigmet positivismen henter mange av sine ideer fra naturvitenskapen, og mener at kunnskap skal måles og registreres (Neuman, 2014). Fra et metodologisk ståsted sier positivismen at forskning skal starte med en hypotese som enten avvises eller bekreftes. For å finne ut om denne hypotesen stemmer analyseres data (tall). Posivismen forstår kunnskap som observerbar fakta, og at forskningsresultater kun er det som produserer sannheter. Disse resultatene skal oppleves som pålitelige og relevante. Mens andre paradigmer kan mene at det er mer til fenomener enn det vi ser, mener positivister at fenomener er slik de fremstår forårsaket av naturen (Aadland, 2004). I lys av dette mener positivister at den som forsker skal holdes objektiv og involveres på avstand. Dette betyr at forsker utformer studien, men at forsker ikke har en aktiv rolle i selve eksperimentet (Neuman, 2014).

4.1.2 Postpositivisme

Posivismen har mottatt kritikk for sitt snevre syn på forskningsprosessen, og i lys av dette har en ny retning oppstått. Denne retningen kalles postpositivisme, og dominerer dagens syn på forskning (Hagen & Gudmundsen, 2011). I postpositivismen er virkeligheten et resultat av de individer som er delaktige i forskningsprosessen. Postpositivister mener at virkeligheten påvirkes av konteksten den tolkes i, og dermed er det mulig å ha flere oppfatninger av virkeligheten (Hughes, 1990). Dette synet skiller seg fra positivismen som mener at virkeligheten er objektiv og formet av naturvitenskapen alene. Selv om postpositivismen ser verden som noe subjektivt, avkrefter ikke paradigmet den objektive positivistiske måten å forstå verden på, da denne er en av flere måter å tolke verden på (Aadland, 2004). Kritikken til Popper (1959) av positivismen utmerker seg særlig da han mente at falsifisering, som handler om å avkrefte hypoteser og teorier, er noe av kjernen i postpositivismen. Han mente også at det ikke finnes noen metode innen forskning som kan avkrefte en hypotese kun basert

på observasjoner (Popper, 1959). Postpositivister mener at det ikke er mulig å observere verden på en perfekt måte, dette på bakgrunn av at individer oppfatter fenomener ulikt (Aadland, 2004). Positivister mener at forskning skal være «verdifritt», men dette er postpositivister uenige i. Postpositivister mener at det er vanskelig å holde en forskningsprosess verdifri, uten påvirkning av filosofi, religion, moral og estetikk (Neuman, 2014).

Det postpositivistiske paradigmet knyttes ofte til kvantitativ metode. Det er delte meninger om det er mulig å anvende «mixed methods», noe som vil si å benytte både kvantitative og kvalitative metoder (Sale et al., 2002). Positivismen forholder seg kun til kvantitativ metode, noe som gir forskningsprosessen mindre frihet (Neuman, 2014). I et postpositivistisk forskningsprosjekt vil forskere starte med en hypotese, for deretter å samle inn data som enten støtter eller avkrefter hypotesen. En hypotese kan beskrives som en antakelse mellom fenomener som etterprøves gjennom empirisk innhenting av data (Johannessen et al., 2016). Deretter vil det gjøres revideringer og ytterligere analyser av den innsamlede dataen (Creswell, 2014).

På bakgrunn av denne studiens tematikk er det postpositivistiske paradigmet godt egnet. Psykisk helse er et begrep som blir operasjonalisert i studien, og som ikke blir tolket objektivt. Vi anerkjenner at vår tolking av begrepet er subjektiv med bakgrunn i teori, samt at våre verdier og egenskaper påvirker forskningsprosessen. Dette ville gjort at en positivistisk tilnærming til studien ikke ville vært mulig. Studien bruker også et datamateriale som er innhentet av andre, noe som gjør at vi kan tolke funn fra studien på en annen måte.

4.1.3 Forskningsdesign

Et forskningsdesign redegjør for strategi, rammeverk og fenomener som blir studert, samt hvordan data blir innhentet og analysert (Punch, 2014). Forskningsdesignet gir dermed et rammeverk til hele forskningsprosessen.

For å bedre kunne forstå studiens forskningsdesign, kan den ses i lys av epidemiologisk vitenskap. Epidemiologi har sin rot i medisinsk disiplin, og har et overordnet formål om å bidra til sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid (Magnus, 2013). Denne studiens overordnede formål er å kartlegge den psykiske helsen til ungdom under COVID-19-

pandemien, samt undersøke hvilke variabler som var assosiert med psykiske vansker i denne perioden. Med dette vil studien kunne bidra til å belyse hvordan en på best mulig måte kan håndtere slike situasjoner i fremtiden. I epidemiologi er det vanlig å studere årsaker til helserelaterte problemer, og ofte brukes tverrsnitt fra befolkningen til å gjennomføre dette (Magnus, 2013). En studie fant at tidligere definisjoner av epidemiologi ikke ga rom for å bruke noe annet enn kvantitative metoder (Frérot et al., 2018). Epidemiologi er i dag ikke definert etter metoder, men kvalitative studier har som regel for små utvalg til å studere årsaker (Frérot et al., 2018). Epidemiologi bruker teori fra mange fagdisipliner utover medisin, som blant annet psykologi og samfunnsvitenskap (Magnus, 2013). For å besvare denne studiens forskningsspørsmål brukes også teori fra flere fag.

Denne studien bruker et ikke-eksperimentelt forskningsdesign som følge av at datamaterialet består av et spørreskjema fra en tverrsnittstudie. Et ikke-eksperimentelt forskningsdesign kan blant annet bestå av spørreundersøkelser, og designet brukes primært til undersøkelser av sammenhenger mellom variabler (Creswell, 2014). En tverrsnittstudie anvendes når noe skal observeres på bare ett gitt tidspunkt, og gir ikke informasjon om årsaks- og virkningsforhold. Siden tverrsnittstudier bare undersøker i en gitt tidsperiode, kan det kun uttales noe om dette tidsintervallet (Punch, 2014).

4.2 Datainnsamlingsprosedyre

Vår studie anvender datamateriale fra BiE-prosjektet. Dette forskningsprosjektet, i regi av Alrek Helseklynge, er et samarbeid mellom Bergen kommune, FHI og UiB. Prosjektets overordnede formål er å undersøke hvordan COVID-19-pandemien og tiltakene påvirket helse, trivsel og levevaner. BiE-prosjektet består av flere delprosjekter, og det har blitt sendt ut flere spørreundersøkelser rettet mot både ungdom og voksne. Vår studie anvender datamateriale fra delprosjektet *Ung i koronatiden*, med Stine Lehmann som prosjektleder. Målgruppen for dette prosjektet er ungdom (12-19 år) som tilhører skoler i Bergen kommune. Incentivet for deltakelse var muligheten til å vinne en telefon. Tidsperioden for datainnsamlingen var 27. april 2020 – 11. mai 2020, og dermed var innsamlingstidspunktet 7-9 uker inn i den nasjonale nedstengningen i Norge våren 2020 (Universitetet i Bergen, 2021).

4.2.1 Utvalget

Utvalget til denne studien besto av ungdom med et aldersspenn fra 12-19 år. Samlet ble 7512 ungdom invitert til å delta i spørreundersøkelsen, og av disse var det 2997 ungdom som responderte. Dette tilsvarte en responsrate på 40% (Lehmann et al., 2021). Gjennomsnittsalder var 16 år ($SD=1.66$), og av respondentene var 56.5% jenter. Utvalget besto av to kohorter, som fikk navnene kohort 1 og kohort 2. Fordi vi ønsker å undersøke utvalget som en helhet, er ikke inndelingen i kohorter benyttet i analysen.

Kohort 1 besto av ungdom fra 12-15 år som var bosatt i Bergen kommune. Disse ble kontaktet gjennom foreldre som tidligere hadde deltatt i BiE-prosjektet, og som hadde gitt samtykke til å kontakte deres ungdom. Foreldrene til ungdom fra kohort 1 var et randomisert utvalg av innbyggere (18-99 år) fra Bergen kommune, og totalt 81 170 personer ble invitert til å delta gjennom e-post og SMS. Kontaktinformasjon til dette utvalget ble innhentet fra Digitaliseringsdirektoratet. Av disse var det 29 535 (36%) som responderte (Mæland et al., 2021). Totalt ble 1565 ungdom i kohort 1 kontaktet via SMS, hvorav 843 (54%) responderte.

Kohort 2 besto av ungdom fra 16-19 år som var elever på videregående skoler i Bergen kommune. Deler av kohort 2 kunne ha bosted utenfor kommunen, da inklusjonskriteriet var at de gikk på en videregående skole i Bergen. Kontaktinformasjonen til disse ble innhentet av Vestland fylkeskommune. Totalt ble 5947 ungdom kontaktet via SMS, hvorav 2154 (36%) responderte.

4.3 Måleinstrumenter

4.3.1 Avhengig variabel – Psykisk helse

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ble benyttet for måling av psykisk helse (Goodman, 1997). Dette er et hyppig brukt instrument for å vurdere den psykiske helsen til ungdom, og brukes i over 100 land på mer enn 80 forskjellige språk (Eidstuen & Kornør, 2017). SDQ er et sett spørreskjemaer som ble utarbeidet av Robert Goodman i 1997, og oversatt til norsk av Heiervang og kolleger i 1999 (Bøe et al., 2016). Det innebærer ulike kartleggingsskjemaer som brukes til å måle psykososiale vansker og ressurser hos barn og unge, og kan fylles ut av foreldre, lærere, barnehagelærere og barnet selv fra det fyller 11 år. Denne studien benytter den norske oversettelsen av SDQ-S, et kortfattet selvrapporterings-

skjema for ungdom ≥ 11 (Goodman, 1997). Mens foreldre, lærere og barnehagelærere har like skjema, er SDQ-S tilpasset selvutfyllings spørsmål med «jeg»-form. På norsk kalles dette instrumentet Sterke og svake sider, men vi vil videre bare referere til det som SDQ-S.

Hovedspørreskjemaet i SDQ-S inneholder 25 positive og negative utsagn fordelt på 5 delskalaer med 5 utsagn i hver. Fire av delskalene er problemskalaer som måler psykiske vansker; atferdsproblemer, hyperaktivitet, vansker med jevnaldrende og emosjonelle vansker. Den femte delskalaen kartlegger prososial atferd, men blir ikke inkludert i denne studien. I svaralternativene krysser ungdommene av for hvordan utsagnene stemmer for dem, om de «stemmer ikke», «stemmer delvis» eller «stemmer helt». Respondentene skal svare ut ifra hvordan de har hatt det de siste 6 månedene. Et eksempel på et negativt utsagn er «Jeg bekymrer meg mye», og et eksempel på et positivt utsagn er «Jeg har en eller flere gode venner» (Goodman, 1997).

Avkrysning i SDQ-S gis verdiene 0, 1, og 2 (0=stemmer ikke, 1=stemmer delvis, 2=stemmer helt), og tallene summeres til en skåre for hver problemskala. Rekkevidden for hver av skalaene blir dermed 0-10 poeng. Denne tallverdien bli benyttet til å måle i hvor stor grad ungdommen opplever symptomer på psykiske vansker, der høyest poeng gir flest symptomer. Videre kan problemskalaene summeres til en totalproblemskåre på 0-40 poeng. Denne indikerer om ungdommen ligger i normalområdet (sannsynlig uten vansker), gråsonen (sannsynlig psykiske vansker) og klinisk område (sannsynlig psykisk lidelse). Videre kan skårene for vansker med jevnaldrende og emosjonelle vansker også summeres til en skala for internaliseringsvansker, og skårene atferdsproblemer og hyperaktivitet til en skala for eksternaliseringsvansker (Goodman, 1997). I vår studie blir inndelingen i disse to bredskalaene benyttet.

For å vurdere reliabiliteten til måleinstrumentet SDQ-S i dette utvalget ble Cronbach's alpha undersøkt. En tilfredsstillende reliabilitet må ha alfaverdier over >0.7 (Field, 2018). Skala for internaliseringsvansker var tilfredsstillende ($\alpha=.73$), men skala for eksternaliseringsvansker møtte ikke kriteriene ($\alpha=.67$). Dette kommer av lav alpha for problemskalaen atferdsproblemer ($\alpha=.46$). Dette er imidlertid en kjent svakhet ved SDQ-problemskala for atferdsproblemer, der flere studier har funnet det samme resultatet (Bøe et al., 2016).

4.3.2 Uavhengige variabler - Demografiske variabler

Forskningsspørsmålene besvares ved hjelp av demografiske variabler. *Kjønn* ble kartlagt gjennom spørsmålet «Er du gutt eller jente?», og avkryssing på et av svaralternativene «gutt» og «jente». I analysen ble denne variabelen kodet 1=gutt og 2=jente, altså tilsvarte høy skåre at respondenten var jente.

Alder ble kartlagt gjennom spørsmålet «Hvor gammel er du?», og avkryssing på et av svaralternativene «12 år», «13år», «14år», «15år», «16år», «17år», «18år» og «19 år eller eldre». I analysen var variabelen kodet slik at høy alder tilsvarte høy skåre.

Familiestruktur ble kartlagt gjennom spørsmålet «Hvem bor du sammen med?», og avkryssing på en eller flere av svaralternativene «mor», «far», «mor eller far sin samboer», «fosterforeldre», «andre voksne», «yngre søsken» og «eldre søsken». I analysen ble alle verdiene slått sammen til to nye verdier; «enslig forsørger» og «annen familiestruktur». Verdien «enslig forsørger» inkluderte de som hadde krysset av for enten «mor» eller «far» og ingen av de andre alternativene, og verdien «annen familiestruktur» inkluderte alle de andre mulige kombinasjonene. Verdiene for yngre og eldre søsken ble ikke inkludert i variabelen familiestruktur. I analysen ble variabelen kodet 1=annen familiestruktur og 2=enslig forsørger, altså tilsvarte høy skåre at respondenten hadde enslig forsørger.

Bor med søsken ble også kartlagt gjennom spørsmålet «Hvem bor du sammen med?». I denne sammenhengen ble bare svaralternativene angående søsken inkludert. Verdiene «eldre søsken» og «yngre søsken» ble slått sammen til den nye verdien «bor med søsken». Den nye verdien «bor uten søsken» inkluderte de som ikke oppga å bo med verken yngre eller eldre søsken. Med dette inneholdt variabelen søsken i hjemmet svaralternativene 1=bor med søsken og 2=bor uten søsken, altså tilsvarte høy skåre at respondenten bodde uten søsken.

4.3.3 Uavhengige variabler – Pandemispesifikke variabler

Forskningsspørsmålene besvares også ved hjelp av flere pandemispesifikke variabler. Disse ble kartlagt gjennom seks selvrapporterte spørsmål eller utsagn, der disse utgjør studiens fem pandemispesifikke variabler. For noen av variablene ble verdier slått sammen, dette for å samle ungdommene i større og mer tydelig avgrensede grupper.

Permitterte foreldre ble kartlagt gjennom spørsmålet «Har en eller begge dine foresatte blitt permittert som følge av koronautbruddet?», og avkryssing på et av svaralternativene «nei» og «ja». I analysen ble denne variabelen kodet 1=nei og 2=ja, altså tilsvarte høy skåre at respondenten hadde hatt permitterte foreldre.

Læringsutbytte ble kartlagt gjennom spørsmålet «I de ukene du har hatt hjemmeskole, synes du at du har lært...», og avkryssing på et av svaralternativene «mindre enn om jeg var på skolen», «like mye som om jeg var på skolen» og «mer enn jeg ville lært på skolen». I analysen ble denne variabelen kodet 1=mer enn på skolen, 2=samme som på skolen og 3=mindre enn på skolen, altså tilsvarte høy skåre at respondenten hadde hatt et dårligere læringsutbytte av hjemmeskolen.

Familiesituasjon ble kartlagt gjennom spørsmålet «Hvordan har du det sammen med familien din etter at skolen stengte?», og avkryssing på et av svaralternativene «mye bedre», «litt bedre», «som før skolen stengte», «litt vanskeligere» og «mye vanskeligere». For denne variabelen ble verdiene «mye bedre» og «litt bedre» slått sammen til den nye verdien «bedre», og «litt vanskeligere» og «mye vanskeligere» ble slått sammen til «vanskeligere». Med dette inneholdt variabelen familiesituasjon svaralternativene 1=bedre, 2=som før skolen stengte og 3=vanskeligere, altså tilsvarte høy skåre at respondenten hadde det vanskeligere med familien.

Fremtidsbekymring ble kartlagt gjennom utsagnet «Jeg er bekymret for at utbruddet skal føre til at jeg får en vanskeligere fremtid», og avkryssing på et av svaralternativene «stemmer ikke», «stemmer delvis» og «stemmer helt». Verdiene «stemmer delvis» og «stemmer helt» ble slått sammen til den nye verdien «bekymret», og verdien «stemmer ikke» ble gitt navnet «ikke bekymret». Med dette inneholdt variabelen fremtidsbekymring svaralternativene 1=ikke bekymret og 2=bekymret, der høy skåre tilsvarte at respondenten var bekymret.

Smittebekymring ble kartlagt gjennom de to utsagnene «Jeg er bekymret for at jeg skal bli smittet selv» og «Jeg er bekymret for at noen i familien min skal bli smittet». Begge utsagnene krevde avkryssing på et av svaralternativene «stemmer ikke», «stemmer delvis» og «stemmer helt». I analysen ble utsagnene slått sammen til en ny variabel for samlet smittebekymring. Verdiene «stemmer delvis» og «stemmer helt» ble slått sammen til verdien «bekymret», og verdien «stemmer ikke» ble gitt navnet «ikke bekymret». Med dette inneholdt

variabelen smittebekymring svaralternativene 1= ikke bekymret og 2=bekymret, der høy skåre tilsvarte at respondenten var bekymret.

4.4 Dataanalyse

Et kjennetegn ved kvantitative metoder er at datamaterialet omgjøres til tall, som videre analyseres statistisk. Statistikk vil si en systematisk tallmessig beskrivelse (Johannessen et al., 2016). Statistikkprogrammet SPSS (versjon 27.0) ble anvendt i alle statistiske analyser i denne studien.

I første omgang hadde vi behov for å finne ut om SDQ-skårene til utvalget skulle inndeles i de fire problemskalaene, de to bredskalaene eller i en totalproblemskåre. Derfor ble alle trinn i analysen først gjennomført for hver av problemskalaene. Dermed undersøkte vi om de samme demografiske og pandemispesifikke variablene korrelerte med både emosjonelle vansker og vansker med jevnaldrende (internaliseringsvansker), og med både hyperaktivitet og adferdsproblemer (eksternaliseringsvansker). Vi undersøke også om assosiasjonene gikk i samme retning. Da dette var tilfelle, konkluderte vi med at problemskalaene kunne slås sammen til de to bredskalaene for internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Videre oppdaget vi ulike assosiasjoner mellom de to bredskalaene, og det var derfor ikke aktuelt å benytte en totalproblemskåre. På bakgrunn av dette tar studien utgangspunkt i en inndeling av SDQ-skårer i internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Dette stemmer også overens med at bredskalaene er best egnet for lavrisikoutvalg (Goodman et al., 2010).

4.4.1 Beskrivelse av utvalget – Deskriptive analyser

For å finne karakteristika ved utvalget gjennomførte vi innledningsvis deskriptive analyser av de demografiske variablene alder, kjønn, familiestruktur og bor med søsken. Dette gav nødvendig informasjon som total responsrate, prosentfordeling for kjønn, gjennomsnittsalder med standardavvik og utvalgets fordeling på variablene. Vi utførte også frekvensanalyser av de pandemispesifikke variablene permitterte foreldre, læringsutbytte, familiesituasjon, smittebekymring og fremtidsbekymring. I resultatdelen rapporteres utvalgets fordeling på disse variablene, både i antall (N) og prosent (%). Gjennom de deskriptive analysene innhentet vi også informasjon om manglende data for variablene.

4.4.2 Forskningsspørsmål 1 – Hvordan var den psykiske helsen til ungdom under nedstengningen?

4.4.2.1 Deskriptive analyser

For å kunne besvare forskningsspørsmålet «Hvordan var den psykiske helsen til ungdom 7-9 uker inn i nedstengningen?» gjennomførte vi deskriptive analyser av SDQ-bredskalaene for internaliserings- og eksteraliseringsvansker. Analysene gav informasjon om symptombyrde ved gjennomsnittskårer med standardavvik, samt laveste og høyeste bredskalaskårer i utvalget. Vi innhentet også informasjon om manglende data for begge skalaene. Videre gjorde analysene det mulig å undersøke skjevhet og kurtose, to verdier som gir en indikasjon på skårenes distribusjon i et histogram. Skjevhet-verdien bidrar med informasjon om hvordan distribusjonen av skårer er, og kurtose gir innsikt i distribusjonens spissitet (Pallant, 2020). Med dette vil det i resultatdelen rapporteres om gjennomsnittskårer (*M*), standardavvik (*SD*), minimum poengskåre (Min), maximum poengskåre (Max), skjevhet (Skew) og kurtose (Kurt).

4.4.2.2 T-test-kalkulator

I besvarelsen av det første forskningsspørsmålet benyttet vi også en nettbasert t-test-kalkulator (<https://www.graphpad.com/quickcalcs/ttest1/?format=SD>) som gjorde det mulig å sammenholde våre SDQ-gjennomsnittskårer med andre studier. Dette gav oss informasjon om det var signifikante forskjeller mellom våre og andre studiers skårer.

4.4.3 Forskningsspørsmål 2 – Assosiasjoner til psykiske vansker under nedstengningen

4.4.3.1 Uavhengig t-test

For å kunne svare på forskningsspørsmålet «Hvilke demografiske og pandemispesifikke variabler var assosiert med psykiske vansker i denne perioden?» gjennomførte vi flere analyser. I første omgang utførte vi analyser som gjorde det mulig å sammenligne SDQ-gjennomsnittskårer for de demografiske variablene alder, kjønn, familiestruktur og bor med søsken, samt undersøke om det var signifikante forskjeller i skårer. For de kategoriske variablene kjønn, familiestruktur og bor med søsken ble uavhengige t-tester benyttet. En slik analyse gjennomføres når det er ønskelig å sammenligne gjennomsnittskårer av en kontinuerlig variabel for to ulike grupper i utvalget (Pallant, 2020). Det var derfor passende å benytte uavhengige t-tester fordi verdiene i variablene deler respondentene i to grupper (gutt-

jente, enslig forsørger-annen familiestruktur, bor med søsken-bor uten søsken). Resultatene gav informasjon om gjennomsnittskårer og signifikante forskjeller i de ulike gruppernes SDQ-skårer. I resultatene ble det også oppgitt t-verdier, en verdi som måler hvor stor forskjell det er i variasjonen i SDQ-skårene. Jo høyere t-verdien er, desto mindre sannsynlighet er det for at gruppeforskjellen som observeres har oppstått tilfeldig. Jo nærmere t-verdien er 0, desto mer sannsynlighet er det for at forskjellen ikke er signifikant. I resultatdelen rapporteres gjennomsnittskåre (M), standardavvik (SD), t-verdi (t), frihetsgraden (df) og signifikansverdi (p -verdi).

4.4.3.2 One-Way ANOVA

For å kunne sammenligne SDQ-gjennomsnittskårer for den demografiske variabelen alder måtte vi først omgjøre den kontinuerlige variabelen til grupper. For å gjøre dette ble *Visual Binning* benyttet, et verktøy i SPSS som identifiserer passende avskjæringspunkter og deler kontinuerlige variabler inn i tre nye grupper (Pallant, 2020). Med dette ble det laget en ny kategorisk variabel for alder med de tre verdiene 12-15 år, 16-17 år og 18-19 år eller eldre. Deretter ble en One-Way ANOVA-analyse anvendt for å undersøke gjennomsnittsskårer av internaliserings- og eksternaliseringsvansker for de ulike aldersgruppene. En slik analyse gjennomføres når en har en kategorisk variabel med tre eller flere distinkte grupper. Derfor var denne analysen passende for å undersøke signifikante forskjeller i gjennomsnittskårer for variabelen alder (Field, 2018). I resultatdelen rapporteres gjennomsnittskåre (M), standardavvik (SD), frihetsgraden (df), signifikansverdi (p -verdi) og Fisher (F -verdi).

4.4.3.3 Korrelasjonsanalyse med Pearsons R

I besvarelsen av det andre forskningsspørsmålet gjennomførte vi også analyser som gjorde det mulig å undersøke sammenhenger mellom studiens uavhengige variabler (demografiske- og pandemispesifikke variabler) og avhengige variabler (SDQ-bredskalaene). I første omgang ønsket vi å beregne bivariate korrelasjoner for få informasjon om ujusterte sammenhenger, altså assosiasjonen mellom hver enkelt demografisk eller pandemispesifikk variabel og SDQ-skårene. Begrepet korrelasjon vil si samvariasjon mellom to variabler, og en korrelasjonsanalyse kan brukes til å beskrive styrken og retningen av denne samvariasjonen (Midtbø, 2007).

Fordi SDQ-bredskalaene er kontinuerlige variabler, var det passende å benytte en analyse som målte i korrelasjonskoeffisienten Pearsons r . En slik korrelasjonsanalyse oppgir en r -verdi for samvariasjonen mellom alle variablene, og har verdier fra -1 til 1 (Brace et al., 2012).

Retningen av forholdet undersøkes ved om verdien har et positivt eller negativt fortegn. En positiv r -verdi indikerer en positiv korrelasjon, noe som vil si at høyere skårer i den ene variabelen predikerer høyere skårer i den andre variabelen. Dersom r -verdien har et negativt fortegn indikerer dette en negativ korrelasjon, altså at økning i den ene variabelen gir lavere skårer i den andre variabelen.

Videre gir størrelsen på r -verdien informasjon om styrken på forholdet mellom de to variablene. En perfekt (positiv eller negativ) korrelasjon på 1 eller -1 indikerer at verdien i den ene variabelen kan finnes nøyaktig ved å kjenne verdien på den andre variabelen. En r -verdi på 0 indikerer ingen sammenheng mellom variablene (Brace et al., 2012). For å tolke verdiene mellom 0 og 1 kan Cohens (1988) retningslinjer brukes, der en høy korrelasjon har verdier på $r=.50$ eller høyere, middels stor korrelasjon $r=.30$ og liten korrelasjon $r=.10$. Kriteriene gjelder uavhengig av om r -verdien har positivt eller negativt fortegn, da dette bare sier noe om retningen. Korrelasjonsanalysen gav også muligheter for å finne graden av fellesvarians mellom variablene. Dette ble funnet ved å regne ut kvadratroten av r -verdien (multiplisere verdien med seg selv), for deretter å multiplisere med 100 for å finne prosentandel for fellesvarians (Midtbø, 2007).

4.4.3.4 Hierarkisk multippel regresjonsanalyse

Assosiasjoner mellom de demografiske og pandemispesifikke variablene og psykiske vansker under pandemien ble videre undersøkt med en hierarkisk multippel regresjonsanalyse. En regresjonsanalytisk metode gir informasjon om justerte sammenhenger mellom uavhengige og avhengige variabler. Regresjonsanalyser baseres også på korrelasjoner, men tillater i tillegg en bredere utforskning av sammenhenger innenfor et sett med variabler (Pallant, 2020). Multippel regresjon er en teknikk som kan benyttes når en vil undersøke forholdet mellom en kontinuerlig avhengig variabel og flere uavhengige variabler (Pallant, 2020). Fordi SDQ-bredskalaene er kontinuerlige avhengige variabler, og de demografiske og pandemispesifikke variablene uavhengige, var multippel regresjonsanalyse egnet for denne studien.

Hierarkisk multippel regresjonsanalyse gjorde det mulig å undersøke assosiasjoner mellom de

pandemispesifikke variablene og internaliserings- og eksternaliseringsvansker, etter at effekten av de demografiske variablene alder, kjønn, familiesituasjon og bor med søsken var kontrollert for. Ved å legge alder og kjønn i blokk 1, familiestruktur og bor med søsken i blokk 2, og de pandemispesifikke variablene i blokk 3, gav analysen oss muligheter til å se om de pandemispesifikke variablene fortsatt evnet å forklare variansen for internaliserings- og eksternaliseringsvansker, etter at effekten av de demografiske variablene var ekskludert fra modellen. Med dette gav analysen informasjon om hvilke og i hvor stor grad de pandemi-spesifikke variablene var assosiert med utfallsmålet SDQ, samt det relative bidraget til hver enkelt variabel.

Med en regresjonsanalyse oppgis også p -verdi, i likhet med flere andre analyser gjennomført i denne studien (Midtbø, 2007). P -verdien tar utgangspunkt i to hypoteser. Med nullhypotesen antar en at det ikke er noen effekt av en behandling eller eksponering, i denne sammenheng at de demografiske og pandemispesifikke variablene ikke har noen effekt på den psykiske helsen (Field, 2018). Med den alternative hypotesen antar en at nullhypotesen ikke er sann, altså at det er en effekt. P -verdien er sannsynligheten for det en observerer dersom det faktisk er slik at nullhypotesen er korrekt. Med en lav p -verdi forkastes nullhypotesen og resultatet kan sies å være statistisk signifikant. Dersom p -verdien er høy forkastes ikke nullhypotesen, og resultatet kan sies å være ikke-signifikant (Field, 2018). En p -verdi på .05 eller lavere tilsvarer et signifikant resultat, mens en verdi på over .05 tilsvarer et ikke-signifikant resultat (Pallant, 2020).

4.5 Forutsetninger og manglende data

4.5.1 Singularitet og multikollinearitet

Når en regresjonsanalyse gjennomføres er det flere forutsetninger som må sjekkes, da det er elementer som kan svekke analysens signifikansnivå og forklaringskraft. Disse risikoene handler om singularitet og multikollinearitet. Singularitet indikerer to variabler som korrelerer perfekt (Field, 2018). Risikoen for singularitet er dermed til stede dersom to avhengige variabler har helt like verdier, og dermed måler det samme. Multikollinearitet betyr at to eller flere variabler lineært ligger nært hverandre, og dermed gir en for høy korrelasjon mellom variablene (Field, 2018). En for høy korrelasjon (over .80) bør unngås, da det indikerer at to variabler som egentlig skal måle ulike fenomener måler det samme. Oppstår det

multikollinearitet kan det minske r -størrelsen i regresjonsanalysen (Field, 2018). I denne studien ble det ikke funnet for høye korrelasjoner.

Det er to verdier som gir en indikasjon på modellens mulighet for multikollinearitet og singularitet, og disse verdiene er VIF og toleranse (Pallant, 2020). VIF-verdier skal være over 10 og toleranseverdier under 0.1 for å være akseptable (Field, 2018). I studiens analyser ble det for begge skalaene for internaliseringsvansker og eksternaliseringsvansker funnet VIF-verdier mellom 1.001-1.087 og toleranseverdier mellom .920-.999. Med dette var studiens VIF-verdier og toleranseverdier innenfor grensen.

4.5.2 Utliggere

Dersom en verdi i utvalget i veldig stor grad skiller seg fra den normale fordelingen av skårer, kan dette kalles «outliers» eller «utligger» på norsk. Regresjonsanalyser er sensitive for utligger, men dette er primært en utfordring i små utvalg (Field, 2018). Denne studien baseres imidlertid på et stort utvalg, og har en liten gruppe med utligger. Ved hjelp av figuren «box-plots» fra analysene ble utligger undersøkt, og basert på dette konkluderte vi med at de få uteliggerne som ble funnet i utvalget ikke behøvdes å tas til etterfølge. Utligger kan også observeres i figuren «Scatterplots», men det ble ikke observert åpenbare utligger da det var en relativt jevn spredning i utvalget (Pallant, 2020).

Det er flere grunner til at vi valgte å ikke fjerne uteligger fra studien. For det første er det ofte normalfordeling i store utvalg, noe som vil si at det å fjerne verdier som regel ikke påvirker distribusjonen av skårer (Field, 2018). Videre vil det å fjerne ekstreme verdier kunne påvirke studiens hypotese. Dersom en fjerner verdier og transformerer data har ikke studien lenger rådata, noe som dermed påvirker tolkningsgrunnlaget av studiens hypotese (Field, 2018).

4.5.3 Normalfordeling og linearitet

Normalfordeling og linearitet undersøkes ved hjelp av grafen «Normal P-P Plot» fra analysene. Her er forutsetningen en rimelig rett diagonal linje fra vestre hjørne til høyre hjørne (Brace et al., 2012). Er denne forutsetningen innfridd indikerer dette ingen store avvik fra normalfordelingen. «Normal P-P Plot» fra regresjonsanalysen med skala for

internaliseringsvansker hadde en rett diagonal linje, med noen svake ujevnheter i midten av linjen. Dette ble likevel ikke karakterisert som et avvik. I regresjonsanalysen med skala for eksternaliseringsvansker var linjen helt rett, og dermed var forutsetningen om normalitet innfridd. Normalfordeling kan også undersøkes ved figuren for «Scatterplots», som illustrerer et mønster for oppsamling av skårer for de ulike variablene i modellen. Her er forutsetningen en nokså rektangulær distribusjon, med flest skårer sentrert i midten rundt 0-punktet (Pallant, 2020). «Scatterplots» ble undersøkt, som viste en oppsamling av skårer rundt 0-punktet med en rektangulær distribusjon både for skala for internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Vi observerte en liten skjevhet i figuren som skyldtes en noe større oppsamling av skårer i en positiv retning. Dette avviket ble imidlertid ikke ansett som stort nok, og ble dermed ikke tatt til følge.

4.5.4 Manglende data – Behandling med pairwise deletion

Det finnes ulike måter å behandle manglende data i analysene, og i SPSS kan disse behandles gjennom «listwise deletion» og «pairwise deletion». Med listwise deletion slettes alle tilfeller (deltakere) som mangler verdier, og analysen baserer seg kun på de som har respondert på alt (Field, 2018). Med pairwise deletion blir bare de manglende verdiene ignorert, og analysen blir utført på de verdier som er tilgjengelig. Fordi all tilgjengelig informasjon brukes, er dette en metode som bevarer mer informasjon enn listwise deletion (Field, 2018). På bakgrunn av dette ble manglende data i denne studien behandlet gjennom pairwise deletion, noe som resulterte i at den samlede responsraten varierte mellom 1206 og 2997.

En oversikt over manglende data for alle variabler i studien er presentert i tabell 2. Blant annet hadde deler av utvalget ikke gitt valide responser på alder og kjønn. Det var 33 respondenter (1.1%) som ikke oppga alder, og 57 respondenter (1.9%) som ikke oppga kjønn. Alle deltakerne i studien hadde rapportert for variablene familiestruktur og bor med søsken. For variabelen permitterte foreldre var kun kohort 2 (16 år - 19 år eller eldre) inkludert, dette som følge av at vi ikke fikk tilgang på denne informasjonen for kohort 1. Dermed manglet det rapportering om foreldrepermittering fra 891 deltakere (29.7%) i utvalget. For SDQ-bredskalaene manglet det respons fra 12.2% for internaliseringsvansker og 12.1% for eksternaliseringsvansker.

Tabell 2. Oversikt over manglende data

Variabler	N	Manglende data	
		n	%
<i>Alder</i>	2964	33	1.1
<i>Kjønn</i>	2940	57	1.9
<i>Familiestruktur</i>	2997	0	0
<i>Bor med søsken</i>	2997	0	0
<i>Permitterte foreldre</i>	2106	891	29.7
<i>Læringsutbytte</i>	2915	82	2.7
<i>Familiesituasjon</i>	2740	257	8.6
<i>Fremtidsbekymring</i>	2882	115	3.8
<i>Smittebekymring</i>	2883	114	3.8
<i>Internaliseringsvansker</i>	2632	365	12.2
<i>Eksternaliseringsvansker</i>	2635	362	12.1

4.6 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

4.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor stabilt, nøyaktig og pålitelig et måleinstrument er (Langdridge, 2006). Reliabilitet undersøkes ved flere fremgangsmåter, hvorav *stabilitet* og *indre konsistens* er de mest anvendte. Stabilitet vil si at en får samme resultat med samme utvalg ved ulike tidspunkt. Her vil det være ønskelig med tilnærmet like resultater, da dette vil indikere en høy stabilitet. Når indre konsistens måles, anvendes en test-retest-teknikk. Dette innebærer at alle målinger er forstyrret av målefeil, men de kan ha en tendens til å være konsistente (Ringdal, 2018). Det mest anvendte målet for indre konsistens er Cronbachs alfa, som varierer fra 0 til 1. En tilfredsstillende Cronbachs alfa skal ha en verdi over 0.70, men over 0.80 er det foretrekkende for å indikere god indre konsistens (Field, 2018).

SDQ sin stabilitet er målt i flere studier, og har en tilfredsstillende stabilitet (Goodman, 2001; Heyerdahl, 2011; Kornør & Heyerdahl, 2013). Det er likevel skalaer i SDQ som viser en sterkere stabilitet enn andre. En studie viser at SDQ-S skårer noe lavt på området vansker med jevnaldrende (Goodman, 2001). En norske studie fant at SDQ var tilfredsstillende for emosjonelle vansker og hyperaktivitet, mens dette ikke var tilfellet for atferdsproblemer og vansker med jevnaldrende (Thorvaldsen et al., 2018). En annen norsk studie fant også lav Cronbach alfa for atferdsproblemer (Rønning et al., 2004). En reliabilitetsanalyse ble utført for å måle SDQ's reliabilitet i denne studien.

4.6.2 Validitet

En studies validitet påvirkes av mange faktorer, og hvilke slutninger som skal trekkes ut av studien bestemmer hvilke aspekter av validitet som bør vektlegges. Det er eksempelvis ulike måter å måle en studies validitet, avhengig av om studien anvender en kvantitativ eller kvalitativ metode (Kleven, 2008). I likhet med reliabilitet kan validitet være med på å gi en kvalitetssikring. På den andre siden kan validitet og reliabilitet også belyse eventuelle svakheter ved studiens funn. Generelt sett omhandler validitet om en test eller et måleinstrument måler det vi ønsker å måle (Creswell, 2014). Validitet kan etter Cook & Campbell (1979) deles inn i de fire kategoriene; *begrepsvaliditet*, *statistisk validitet*, *indre validitet* og *ytre validitet* (Cook & Campbell, 1979).

Begrepsvaliditet beskriver kvaliteten på korrelasjonen mellom noe som kan observeres og noe som ikke er direkte observerbart (Kleven, 2008). Ved gjennomføring av spørreundersøkelser kreves en operasjonalisering av fenomenene en ønsker å undersøke, slik at de blir konkrete og målbare. Altså innebærer begrepsvaliditet operasjonalisering av et abstrakt begrep til et målbart fenomen. I vår studie omhandler dette at begrepet psykisk helse omgjøres til konkrete spørsmål som i størst mulig grad er dekkende og presise for det vi ønsker å registrere (Johannessen et al., 2016). I denne sammenheng har psykisk helse blitt operasjonalisert gjennom SDQ-S, som vises å ha gode psykometriske egenskaper for norsk ungdom (Bøe et al., 2016). Videre kan korrelasjons- og faktoranalyser evaluere om det operasjonaliserte begrepet måler det begrepet forventes å måle (Kleven, 2008). Ved faktoranalyser av SDQ-S var de 25 spørsmålene høyt korrelert med forventet faktor, men også korrelert med andre faktorer (Goodman, 2001; Heyerdahl, 2011; Kornør & Heyerdahl, 2013). Dette vil si at SDQ-S måler det instrumentet er laget for å måle, nemlig ungdoms psykiske helse.

Statistisk validitet vurderes gjennom signifikanttesting og tester av effektstørrelse (Bryman, 2012). Blant annet kan utvalgets størrelse i økende grad påvirke signifikansnivået negativt. En annen faktor som påvirker signifikansnivået er utvalgsmetoder, der randomiserte utvalg vil gi et høyere signifikansnivå (Ringdal, 2018). Innenfor statistisk validitet finner vi *type 1* og *type 2* feil. Kort forklart handler dette om at en nullhypotese beholdes eller kastes. Type 1 feil innebærer å kaste en nullhypotese som egentlig er sann (Creswell, 2014). I analysene kan det resultere i at funnene en finner ikke eksisterer i virkeligheten. Risiko for type 1 feil kan unngås ved å endre signifikansnivået, eksempelvis fra $p < .05$ til $p < .01$ (Midtbø, 2007). Dersom signifikansnivået endres, kan dette øke risiko for type 2 feil. Ved type 2 feil blir det konkludert med at det ikke finnes noen funn, men at det i virkeligheten er funn til stede. Ved et større signifikansnivå eller utvalg vil risikoen for type 2 feil minske (Creswell, 2014).

Indre validitet handler om kausalitet, og belyser spørsmålet om en konklusjon med to eller flere variabler er sann (Bryman, 2012). Undersøkelser av sammenhenger mellom variabler har som formål å finne en årsakssammenheng, og derfor er spørsmålet om indre validitet relevant. I følge Bryman (2012) er den indre validiteten vanligvis svak i tverrsnittstudier, dette på bakgrunn av at det er vanskelig å fastslå årsaksretning ut ifra resultatene. Tverrsnittstudier produserer assosiasjoner i stedet for kausalitet, da det kreves tydelig årsakssammenhenger for å gjøre dette (Bryman, 2012). Med eksperimentelle design blir årsakssammenhenger mer tydelige da effekt/utfallsmål observeres i utvalget, men dette er ikke tilfellet for ikke-eksperimentelle design (Kleven, 2008).

Både systematiske og tilfeldige målefeil innvirker på reliabilitet og validitet (Kleven, 2008). Målefeil innebærer at variasjoner i variablene skyldes egenskaper ved måleinstrumentet og ikke fenomenene som blir studert (Midtbø, 2007). Systematiske målefeil innebærer blant annet at en feilkoder et uriktig svar i et spørreskjema, eller at manglende data ikke blir behandlet tilstrekkelig. Tilfeldige målefeil kan bestå av menneskelig slurv, upresise svar eller at respondenten gir usanne opplysninger i et spørreskjema (Bryman, 2012). Målefeil vil alltid være til stede i større eller mindre grad, og spesielt de tilfeldige. Fordi studien bruker et anerkjent måleinstrument som SDQ, samt et datamateriale som er utviklet av sterke forskningsmiljøer, vil dette kunne være med på å redusere eventuelle systematiske målefeil. I tillegg kan nettbaserte spørreundersøkelser minimere risikoen for feilkoding, mens feilkoding kan være en større risiko ved manuell koding av svar avgitt i papirformat (Bryman, 2012).

4.6.3 Generaliserbarhet

Ytre validitet faller under generaliserbarhet, og beskriver i den grad om funn fra studien kan knyttes til personer, tid eller kontekst utover utvalget (Kleven, 2008). Ytre validitet kan trues ved at forsker generaliserer funn til grupper, situasjoner eller objekter utenfor utvalget (Creswell, 2014).

Om et utvalg er representativt henger sammen med studiens responsrate, der en responsrate gir informasjon om det relative antallet mennesker som valgte å delta (Langdridge, 2006). Størrelsen på utvalget i denne studien er relativt stort. Dette vil være en styrke da store utvalg gir flere fordeler, som blant annet mer presisjon og færre skjevheter. På den andre siden har datamaterialet vårt mange variabler, inkludert SDQ-S, noe som krever at utvalget må være av en viss størrelse. Dette henger sammen med hva som analytisk skal gjennomføres med datamaterialet. For eksempel vil et lite utvalg med mange variabler gjøre visse analyser vanskelige å gjennomføre (Langdridge, 2006).

I følge Bryman (2012) vil et randomisert utvalg indikere sterk ytre validitet. Vår studie baseres på et «voksenutvalg» som er innhentet randomisert, noe som betyr at utvalget er tilfeldig trukket blant innbyggere i Bergen kommune mellom 18-99 år (Mæland et al., 2021). Dette utvalget fikk mulighet til å gi kontaktinformasjon om sine ungdommer, og dermed ble utvalget i kohort 1 (12-15 år) innhentet systematisk. Denne utvalgsmetoden kan kalles et trinnvis utvalg, og består av utvelgelse i flere trinn slik at en når den gruppen som er ønsket for studien (Langdridge, 2006). Kohort 2 (16-19år) er også systematisk innhentet da alle ungdommer som gikk på videregående skoler i Bergen ble invitert til å delta. Det var dermed ingen tilfeldig utvelgelse av ungdom, da alle i fylkeskommunens kontaktregister ble kontaktet (Bjørknes et al., 2021).

Videre består utvalget til denne studien av ungdom i Bergen kommune med relativt høy SØS. Av foreldre som samtykket til å gi kontaktinformasjon hadde 64 % fullført høyere utdanning og 87% hadde middels til høy inntekt (Lehmann et al., 2021). På den andre siden ble kohort 2 kontaktet uten foreldres involvering, noe som kan øke generaliserbarheten til dette utvalget. Dette i kombinasjon med studiens responsrate (40%), gjør at det bør utvises forsiktighet ved generalisering av studiens funn.

4.7 Etiske vurderinger

Forskningsetikk baserer seg på grunnleggende etiske retningslinjer for all vitenskapelig aktivitet (Punch, 2014). For vår studie er særlig den helsefaglige forskningsetikken gjeldende, fordi den psykiske helsen til utvalget kartlegges gjennom et spørreskjema. På verdensbasis ligger de etiske prinsippene for medisinsk forskning blant annet under Helsinkideklarasjonen, som særlig vektlegger hensynet til sårbare grupper (World Medical Association, 2013). Deklarasjonen har etablert en standard for hvordan medisinsk forskning bør utføres på en etisk forsvarlig måte (Ruyter, 2014). Etiske vurderinger i medisinsk og helsefaglig forskning er også regulert gjennom Helseforskningsloven (2008). I arbeidet med å sikre god og etisk forsvarlig forskning er De nasjonale forskningsetiske komiteene ansvarlige. De behandler klager på vedtak fra de ulike regionale komiteene. De regionale komiteer vurderer nytte og risiko, om forskningen er utført forsvarlig og om personvernet er ivaretatt (Salbu, 2014).

BiE-prosjektet har en godkjenning av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest), prosjektnummer 131560. Med denne godkjenningen er hensynet til informert samtykke og anonymitet ivaretatt gjennom en forhåndsgodkjenning. Det kreves likevel en pågående vurdering av de etiske prinsippene underveis i studien (Salbu, 2014). Vi ble meldt til REK Vest som prosjektdeltakere gjennom en endringsmelding som opplyste om denne studiens forskningsspørsmål og veiledningsansvar. Utvalget samtykket til deltakelse ved å huke av på et samtykkeskjema i forkant av spørreundersøkelsen (Lehmann et al., 2021). Fordi datamateriale baserer seg på informasjon om ungdom og deres psykiske helse, er hensynet til utsatte grupper viktig. Likevel finnes det en risiko for å kunne triangulere data til en liten gruppe mennesker med et spesifikt vanskebilde som vil kunne indentifiseres. Dermed vil vi sikre at aidentifisert data ikke gjøres identifiserbar. Videre var datamaterialet vi fikk utlevert avgrenset til formålet og pseudonymisert før mottakelse og bruk.

Når det gjelder oppbevaring og lagring av datamaterialet, er et underutvalg av data til dette studiets formål blitt lagret i en atskilt mappe i et eksternt skrivbord via SAFE, som vi har fått tilgang til. Deretter har det blitt brukt en to-faktor-påloggingsmekanisme for å få tilgang til skrivebordet. Vi har kun tilgang til en undermappe, og tilgangen vil opphøre ved levering av masteroppgaven. I tillegg til oppmelding til REK Vest, ble det sendt en egen søknad til UiB sitt system RETTE for oversikt og kontroll med behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekter (Universitetet i Bergen, 2019).

5 Resultater

I følgende kapittel presenteres resultater. I første omgang gjennomgås kjennetegn ved utvalget, og deretter presenteres resultater fra analyser som besvarer studiens to forskningsspørsmål.

5.1 Karakteristika ved utvalget

Tabell 3 gir en presentasjon av studiens utvalg. Utvalget bestod av totalt 2997 ungdom, og gjennomsnittsalderen var 16 år ($SD=1.66$), med et aldersspenn fra 12-19 år eller eldre. Det var kun 3 respondenter som krysset av for verdien «19 år eller eldre». Med dette rommet aldersspennet i utvalget i all hovedsak ungdom i ungdoms-, og videregående skole. Jenter var i flertall med 57.6%. Et tydelig mindretall av deltakerne bodde med enslig forsørger (12.2%). Dette vil si at 87.8% av utvalget hadde en familiestruktur som innebar enten en kjernefamilie, to-hjemstruktur med/uten steforeldre, fosterforeldre eller andre voksne. Videre var det et tydelig flertall som oppga å bo med søsken (70.1%), enten de var yngre eller eldre.

Tabell 3 gir en presentasjon av utvalgets fordeling på de pandemispesifikke variablene. Av 2106 respondenter oppga 22.3% at deres foreldre hadde blitt permittert som følge av pandemien. I alt 63.1% opplyste å ha lært mindre under nedstengningen enn om de hadde vært på skolen. Dette viser et klart flertall for dårligere læringsutbytte av hjemmeskole. Det var 20.4% av utvalget som opplyste å ha det bedre sammen med familien etter at skolen stengte, mens 12.8% oppgav at de hadde fått det verre. Et flertall av utvalget (54%) var bekymret for at pandemien skulle føre til at de fikk en vanskeligere fremtid. I alt 1312 respondenter (45.5%) var bekymret for at de selv eller noen i familien skulle bli smittet av COVID-19-viruset. Med dette var det et flertall (54.5%) som ikke var bekymret for smitte.

Tabell 3. *Kjennetegn ved utvalget og fordeling på demografiske og pandemispesifikke variabler*

<i>Variabler</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Manglende data %</i>
Alder	2964	100	1.1
12 – 15 år	777	26.2	
16 – 17 år	1798	60.7	
18 – 19 år+	389	13.1	
Kjønn	2940	100	1.9
Gutt	1246	42.4	
Jente	1694	57.6	
Familiestruktur	2997	100	0
Enslig forsørger	367	12.2	
Annen familiestruktur	2630	87.8	
Bor med søsken	2997	100	0
Med søsken	2100	70.1	
Uten søsken	897	29.9	
Permitterte foreldre	2106	100	29.7
Nei	1637	77.7	
Ja	469	22.3	
Familiesituasjon	2740	100	8.6
Bedre enn før	559	20.4	
Samme som før	1829	66.8	
Vanskeligere enn før	352	12.8	
Læringsutbytte	2915	100	2.7
Mer enn på skolen	321	11	
Like mye som på skolen	754	25.9	
Mindre enn på skolen	1840	63.1	
Fremtidsbekymring	2882	100	3.8
Ikke bekymret	1327	46	
Bekymret	1555	54	
Smittebekymring	2883	100	3.8
Ikke bekymret	1571	54.5	
Bekymret	1312	45.5	

5.2 Forskningsspørsmål 1 – Hvordan var den psykiske helsen til ungdom 7-9 uker inn i nedstengningen?

5.2.1 Internaliserings- og eksternaliseringsvansker

I tabell 4 presenteres utvalgets SDQ-skårer for internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Gjennomsnittskåren var 5.45 ($SD=3.40$) for internaliseringsvansker, og 5.87 ($SD=3.08$) for eksternaliseringsvansker. Minimum og maximum poengskåre i utvalget var 0-20 for internaliseringsvansker, 0-18 for eksternaliseringsvansker. Dette vil si at den største variasjonen i skårer ble funnet for internaliseringsvansker. Dette indikerer også at blant ungdommene i utvalget skåret en eller flere så mye poeng som det var mulig å skåre for internaliseringsvansker, da skalaene kan gi maksimalt 20 poeng. Det var noe mindre spredning i poengskårer på skalaen for eksternaliseringsvansker, men utvalget plasserte seg likevel både i bunn- og toppskiktet.

Med en positiv skjevhet-verdi på .656 var skårer for internaliseringsvansker i stor grad samlet til venstre ved de lave verdiene. For eksternaliseringsvansker var skjevhet-verdien 0.364, noe som også indikerer en fordeling av skårer mot venstre. Likevel var skjevhet-verdien lavere enn for internaliseringsvansker, noe som tilsier at samlingen av skårer for eksternaliseringsvansker var noe mindre sentrert mot venstre. For internaliseringsvansker indikerer den lave og positive kurtose-verdien på .081 en liten spisset distribusjon av skårer, med lang, tynn hale. For eksternaliseringsvansker var kurtose-verdien negativ på -.064, noe som indikerer at distribusjonen av skårer var relativt flat.

Tabell 4. Utvalgets skårer på skala for internaliseringsvansker og eksternaliseringsvansker

Variabler	N	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skew	Kurt	Manglende data %
Int. vansker	2632	0	20	5.45	3.40	.656	.081	12.2
Ekst. vansker	2635	0	18	5.87	3.08	.364	-.064	12.1

5.3 Forskningsspørsmål 2 – Hvilke variabler var assosiert med psykiske vansker under nedstengningen?

5.3.1 Demografiske variabler

I tabell 5 og tabell 6 presenteres SDQ-gjennomsnittskårer (M) for de demografiske variablene. Tabellene viser også standardavvik (SD), t -verdi (t), F -verdi (F), signifikansverdi (p -verdi) og frihetsgrader (df). For *alder* ble de største forskjellene i gjennomsnittskårer mellom aldersgruppene funnet for internaliseringsvansker ($f= 14.583$, $df= 2618$, $p=<.001$). Det var ikke signifikante forskjeller i skårer for eksternaliseringsvansker ($f= 1.469$, $df= 2621$, $p=.230$). Den høyeste målte gjennomsnittsskåren var for eksternaliseringsvansker i aldersgruppen 18-19 år+ (5.96), og den laveste var for internaliseringsvansker i aldersgruppen 12-15 år (4.86).

For *kjønn* ble de største forskjellene mellom gutter og jenter funnet for internaliseringsvansker. Gjennomsnittsskåren var 4.23 ($SD=2.97$) for gutter og 6.28 ($SD=3.44$) for jenter ($t= -16.23$, $df= 2465$, $p=<.001$). Blant alle de demografiske variablene og begge grupper av vansker var guttenes gjennomsnittsskåre for internaliseringvansker den laveste skåren som ble funnet i analysene. For eksternaliseringsvansker var det imidlertid ikke signifikant forskjell i gjennomsnittskårer, med 5.73 ($SD=3.15$) for gutter og 5.96 ($SD=3.02$) for jenter ($t= -1.82$, $df= 2202$, $p=.068$).

For *familiestruktur* ble de største forskjellene funnet for eksternaliseringsvansker, der skåren var 6.49 ($SD=3.31$) for de med enslig forsørger, og 5.79 ($SD=3.04$) for de som med en annen familiestruktur ($t= -3.62$, $df= 397$, $p=<.001$). Blant alle de demografiske variablene og begge grupper av vansker var skåren for eksternaliseringsvansker hos de med enslig forsørger den høyeste skåren som ble funnet i analysene. Det var også en signifikant forskjell i skårer for internaliseringsvansker, med 5.87 ($SD=3.45$) for enslig forsørger og 5.39 ($SD=3.40$) for annen familiestruktur ($t= -2.37$, $df= 2630$, $p=.018$). Familiestruktur var likevel av noe mindre betydning for internaliseringsvansker enn for eksternaliseringsvansker.

For *bor med søsken* ble de største forskjellene funnet for eksternaliseringsvansker, der skåren var 5.72 ($SD=3.03$) for de som bodde med søsken, og 6.27 ($SD=3.17$) for de som ikke bodde med søsken ($t= 4.17$, $df= 2633$, $p=<.001$). Det var også en signifikant forskjell i skårer for internaliseringsvansker, med 5.35 ($SD=3.36$) for de med søsken og 5.68 ($SD=3.52$) for de uten

søsken ($t=2.19$, $df= 2630$, $p=.029$). Om det var søsken i hjemmet eller ikke var altså av noe mindre betydning for internaliseringsvansker enn for eksternaliseringsvansker.

Tabell 5. Gjennomsnittskårer i SDQ-int for alder, kjønn, familiestruktur og bor med søsken

Internaliseringsvansker	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t (F)</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Alder				(14.583)	2618	<.001
12-15år	702	4.86	3.17			
16-17år	1571	5.67	3.46			
18-19år+	348	5.64	3.50			
Kjønn				- 16.2	2465	<.001
Gutt	1056	4.23	2.97			
Jente	1547	6.28	3.44			
Familiestruktur				- 2.37	2630	.018
Annen familiestruktur	2313	5.39	3.40			
Enslig forsørger	319	5.87	3.45			
Bor med søsken				2.19	2630	.029
Med søsken	1893	5.35	3.36			
Uten søsken	739	5.68	3.52			

Tabell 6. Gjennomsnittskårer i SDQ-ext for alder, kjønn, familiestruktur og bor med søsken

Eksternaliseringsvansker	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t (F)</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Alder				(1.469)	2621	.230
12-15år	700	5.70	3.08			
16-17år	1575	5.93	3.12			
18-19år+	349	5.96	2.86			
Kjønn				- 1.82	2202	.068
Gutt	1056	5.73	3.15			
Jente	1548	5.96	3.02			
Familiestruktur				- 3.26	397	<.001
Annen familiestruktur	2315	5.79	3.04			
Enslig forsørger	320	6.49	3.31			
Bor med søsken				4.17	2633	<.001
Med søsken	1895	5.72	3.03			
Uten søsken	740	6.27	3.17			

5.3.2 Korrelasjoner mellom demografiske og pandemispesifikke variabler og internaliserings- og eksternaliseringsvansker

Resultater fra korrelasjonsanalysen er presentert i tabell 7. Den største korrelasjonen blant alle variablene inkludert i studien ble funnet mellom internaliseringsvansker og kjønn, med en middels stor positiv korrelasjon $r=.30$ ($p < .001$). Dette indikerer at jenter skåret høyere på internaliseringsvansker sammenlignet med gutter, med 9% delt varians.

Den største korrelasjonen blant de pandemispesifikke variablene og SDQ-bredskalaene ble funnet mellom internaliseringvansker og fremtidsbekymringer, men en liten til middels positiv korrelasjon $r=.20$ ($p < .001$). Dette indikerer at bekymring for at pandemien skulle føre til en vanskeligere fremtid var assosiert med høye skårer av internaliseringsvansker, med 4% delt varians. Fremtidsbekymringer var også korrelert med eksternaliseringsvansker, men med en liten positiv korrelasjon $r=.11$ ($p < .001$) og litt over 1% delt varians.

Variabelen familiesituasjon hadde en liten til middels positiv korrelasjon på $r=.17$ ($p < .001$) med begge grupper av vansker. Dette indikerer at en vanskeligere familiesituasjon ble assosiert med høyere skårer av både internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Å ha hatt det vanskeligere med familien under pandemien hjalp med å forklare 3% av variansen i utvalgets skårer i begge bredskalaene.

Variabelen smittebekymring hadde en liten positiv korrelasjon med internaliseringsvansker på $r=.13$ ($p < .001$). Dette indikerer at bekymring for at en selv og noen i familien skulle bli smittet var assosiert med høyere skårer av internaliseringsvansker. Den forklarte variansen mellom variablene ble beregnet til rundt 2%.

For variabelen læringsutbytte ble det funnet en liten positiv korrelasjon med eksternaliseringsvansker på $r=.11$ ($p < .001$). Dette indikerer at et dårligere læringsutbytte av hjemmeskole var assosiert med høyere skårer av eksternaliseringsvansker, med litt over 1% delt varians.

Alder og internaliseringsvansker hadde en liten positiv korrelasjon på $r=.11$ ($p < .001$). Dette indikerer at de eldre ungdommene skåret høyere på internaliseringsvansker sammenlignet med de yngre ungdommene, med litt over 1% delt varians.

Tabell 7: Krysstabell med Pearsons korrelasjoner for alle variablene i studien

Variabel	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
Demografi											
1.Kjønn	-										
2.Alder	.04*	-									
3.Familiestruktur	.02	.09**	-								
4. Bor med søsken	-.06**	.10**	.21**	-							
Pandemivariabler											
5. Permittering	-.02	.02	.05*	.07**	-						
6. Læringsutbytte	≤-.01	.11**	-.03	≤-.03	-.02	-					
7. Familiesituasjon	.02	.07**	.02	.03	.01	.13**	-				
8. Smittebekymring	.12**	.07**	.03	.02	.01	-.01	-.01	-			
9. Fremtidsbekymring	.10**	.13**	.03	.02	.02	.13**	.06**	.21**	-		
SDQ-bredskalaer											
10. Internaliseringsvansker	.30**	.11**	.05*	.04*	.04	.05*	.17**	.13**	.20**	-	
11. Eksternaliseringsvansker	.04	.03	.08**	.08**	.05*	.11**	.17**	-.01	.11**	.36**	-

Note. Kjønn er kodet gutt=0, jente=1. Permittering er kodet nei=0, ja=1. * $p < .005$ (tohalet). ** $p < .001$ (tohalet)

5.3.3 Assosiasjoner mellom demografiske og pandemispesifikke variabler og internaliserings- og eksternaliseringsvansker

Stegvis multippel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke i hvilken grad internaliserings- og eksternaliseringsvansker var assosiert med de pandemispesifikke variablene, etter at de demografiske variablene var kontrollerte for. I tabell 8 presenteres funnene fra analysene.

I *steg 1* var kjønn ($\beta = .29, p < .001$) og alder ($\beta = .10, p < .001$) signifikant assosiert med internaliseringsvansker, noe som indikerer at jenter og eldre ungdommer i utvalget skåret høyere på slike vansker. På den andre siden var verken alder ($t = 1.31, p = .190$) eller kjønn ($t = 1.51, p = .132$) signifikant assosiert med eksternaliseringsvansker. I *steg 2* var familiestruktur ($\beta = .06, p = .015$) bare signifikant assosiert med eksternaliseringsvansker, og ikke med internaliseringsvansker ($t = .95, p = .345$). Dette indikerer at ungdom med enslig forsørger skåret høyere på eksternaliseringsvansker. Variabelen bor med søsken var signifikant assosiert med både eksternaliseringsvansker ($\beta = .07, p = .004$) og internaliseringsvansker ($\beta = .05, p < .041$). Altså skåret de som ikke bodde med søsken høyere på begge grupper av vansker.

I *steg 3* var familiesituasjon ($\beta = .15, p < .001$), fremtidsbekymring ($\beta = .14, p < .001$) og smittebekymring ($\beta = .07, p = .003$) signifikant assosiert med internaliseringsvansker. Dette indikerer at de som var bekymret for at de selv/noen i familien skulle bli smittet, at pandemien skulle føre til en vanskeligere fremtid og opplevde vanskeligere familieforhold skåret høyere på internaliseringsvansker. Verken læringsutbytte ($t = .24, p = .808$) eller permittering hos foreldre ($t = 1.70, p = .090$) var signifikant assosiert med internaliseringsvansker. Videre var familiesituasjon ($\beta = .15, p < .001$), fremtidsbekymring ($\beta = .10, p < .001$), læringsutbytte ($\beta = .08, p < .001$) og permitterte foreldre ($\beta = .05, p = .039$) signifikant assosiert med eksternaliseringsvansker. Dette indikerer at de som opplevde dårligere læringsutbytte av hjemmeskole, vanskeligere familieforhold, foreldre som ble permitterte og som var bekymret for egen fremtid skåret høyere på eksternaliseringsvansker. Det var bare smittebekymring ($t = -1.63, p = .104$) som ikke var signifikant assosiert med eksternaliseringsvansker.

Resultatene viste at alder og kjønn alene forklarte 10% av variansen til internaliseringsvansker. Når variablene familiestruktur og bor med søsken ble lagt til i modellen i steg 2, forklarte alle de demografiske variablene fortsatt 10% av variansen. Etter å ha lagt til de

pandemispesifikke variablene i steg 3, viste resultatene at hele modellen forklarte 15% av variansen til internaliseringsvansker ($R^2 = .15$, $F(9,1855) = 37.31$, $p < .001$). Med dette forklarte de pandemispesifikke variablene ytterligere 5% av variansen, etter å ha kontrollert for alder, kjønn, familiestruktur og bor med søsken ($\Delta R^2 = .05$, $F \text{ change}(5,1855) = 22.90$, $p < .001$). Dette indikerer at de demografiske variablene alder og kjønn var en sentral del av den forklarte variansen for internaliseringsvansker.

De demografiske variablene forklarte til sammen 1% av variansen i ekstermaliseringsvansker. Inkludert de pandemispesifikke variablene forklarte hele modellen 6% av variansen ($R^2 = .06$, $F(9,1859) = 12.73$, $p < .001$). De pandemispesifikke variablene forklarte altså ytterligere 5% av variansen, etter å ha kontrollert for alder, kjønn, familiestruktur og bor med søsken ($\Delta R^2 = .05$, $F \text{ change}(5,1859) = 18.21$, $p < .001$). Dette indikerer at variansen for ekstermaliseringsvansker i stor grad ble forklart av de pandemispesifikke variablene, og at de demografiske variablene hadde mindre innvirkning.

Tabell 8: Assosiasjoner mellom de demografiske- og pandemispesifikke variablene og internaliserings- og ekstermaliseringsvansker, med SDQ-bredskalaene som avhengig variabel

SDQ-bredskala	Internaliseringsvansker					Ekstermaliseringsvansker				
	<i>b</i>	<i>SE b</i>	β	R^2	ΔR^2	<i>b</i>	<i>SE b</i>	β	R^2	ΔR^2
Steg 1	1.21	.33		.10	.10***	5.25	.32		.002	.002
Alder	.21	.05	.10***			.06	.04	.03		
Kjønn	2.01	.15	.29***			.22	.14	.04		
Steg 2	1.12	.33		.10	.003*	5.12	.32		.01	.01***
Fam. struktur	.22	.23	.02			.54	.22	.06*		
Bor m. søsken	.34	.17	.05*			.47	.16	.07**		
Steg 3	-2.07	.52		.15	.05***	1.79	.49		.06	.05***
Permittering	.30	.18	.04			.35	.17	.05*		
Familiesit.	.88	.13	.15***			.80	.12	.15***		
Læringsutb.	.03	.11	.005			.36	.10	.08***		
Bek. smitte	.45	.15	.07**			-.23	.14	-.04		
Bek. fremtid	.95	.15	.14***			.60	.15	.10***		

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Steg 2 er justert for steg 1. Steg 3 er justert for steg 2 og steg 1.

6 Diskusjon

I dette kapittelet vil studiens hovedfunn diskuteres opp mot tidligere forskning. Først gis en oppsummering av våre funn, og deretter drøftes studiens to forskningsspørsmål ved å sammenholde våre funn med andre studiers funn. Deretter belyses styrker og svakheter ved studien, og i denne sammenheng vil blant annet validitet og generaliserbarhet diskuteres. Avslutningsvis oppsummeres kapittelet med implikasjoner for videre forskning.

6.1 Oppsummering av studiens funn

Studien vår besto av 2997 ungdom fra 12-19 år, gjennomsnittsalderen var 16 år og et flertall av disse var jenter (57,6%). I utvalget hadde 12.2% enslig forsørger, noe som betyr at et flertall hadde en annen familiestruktur under pandemiens første fase. Et flertall rapporterte også å bo med søsken, da 29.9% av utvalget ikke bodde med søsken. Analyser av de pandemispesifikke variablene viste at flertallet av foreldrene ikke hadde mistet jobben under pandemien (77.7%), og at mange ungdom opplevde sin familiesituasjon som uendret (66.8%). På den andre siden rapporterte et flertall av ungdommene at de hadde lært mindre på skolen (63.1%), og at de var bekymret for fremtiden sin (54%).

Flere ungdommer rapporterte om eksternaliseringsvansker enn internaliseringsvansker under pandemiens første fase. Det var størst variasjon i skårer for internaliseringsvansker, og i denne sammenheng rapporterte en eller flere ungdommer maksimalt på skalaen for skårer. Dette var ikke tilfellet for eksternaliseringsvansker, da ingen i utvalget rapporterte maksimalt på denne skalaen. Selv om det var en høyere gjennomsnittsskåre for eksternaliseringsvansker, viste funnene at de som hadde internaliseringsvansker rapporterte om høyere nivåer av symptomer.

Korrelasjonsanalysen viste at jenter hadde en høyere grad av internaliseringsvansker enn gutter, samt at fremtidsbekymring var assosiert med både internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Det var imidlertid en høyere grad av forklart varians mellom internaliseringsvansker og fremtidsbekymring, enn for eksternaliseringsvansker og fremtidsbekymring. Dette betyr at de som var bekymret for fremtiden rapporterte om høyere grad av internaliseringsvansker.

Trinnvis regresjonsanalyse viste at alder og kjønn forklarte hele 10% av variansen til

internaliseringsvansker, men når de pandemispesifikke variablene ble lagt til forklarte disse ytterligere 5% av variansen. Disse funnene indikerer at alder og kjønn var sterkest assosiert med internaliseringsvansker. I motsetning til internaliseringsvansker forklarte de demografiske variablene (alder, kjønn, familiestruktur og bor med søsken) bare 1% av eksternaliseringsvansker. Når de pandemispesifikke variablene ble lagt til økte den totale forklaringskraften til 6%, noe som betyr at disse variablene forklarte 5% av variansen for eksternaliseringsvansker. Dermed viste våre funn at de pandemispesifikke variablene forklarte like mye av variansen for både internaliserings- og eksternaliseringsvansker (5%).

6.2 Hvordan var den psykiske helsen til ungdom 7-9 uker inn i nedstengningen?

For å kunne si noe om hvordan den psykiske helsen til ungdom var under den nasjonale nedstengningen våren 2020, må studiens resultater sammenholdes med resultater fra andre studier i samme tidsrom. Dette kan gi en indikasjon på hvordan ungdoms psykiske helse var i vårt utvalg. Det finnes få studier fra pandemiens første fase som har brukt samme måleinstrument (SDQ-S) som denne studien, samt inndelingene internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Gruppene av vansker drøftes først hver for seg, og til slutt kommer en oppsummering av hva vi kan si om utvalgets psykiske vansker under nedstengningen.

6.2.1 Internaliseringsvansker under nedstengningen

Ungdom i studien vår hadde en gjennomsnittskåre på 5.45 for internaliseringsvansker. Den amerikanske studien til Rosen et al. (2021) kartla internaliseringsvansker med SDQ-S blant 224 barn og unge i samme tidsperiode som vår studie. Studien til Rosen et al. (2021) hadde to utvalg, et med barn fra 7-10 år og et ungdomsutvalg fra 13-15 år. Ungdomsutvalget besto av 154 respondenter, og hadde en gjennomsnittskåren på 5.35 for internaliseringsvansker. Sammenholdt med vår studie er det ikke statistiske signifikante forskjeller mellom det Rosen et al. (2021) fant ($t= 0.42$, $df= 2854$, $p=.067$) og våre resultater. Dette indikerer at rapporteringen av internaliseringsvansker i vår studie ikke skilte seg fra gjennomsnittet Rosen et al. (2021) fant i samme periode.

På den andre siden har det engelske forskningsprosjektet The Co-SPACE-Study kartlagt

internaliseringsvansker med SDQ-S blant 1054 ungdommer fra 11-16 år. Prosjektet kartla kun emosjonelle symptomer og ikke vansker med jevnaldrende. Studien utførte flere målinger under pandemiens første fase, men vi har tatt utgangspunkt i målingen som foregikk i april 2020 (Pearcey et al., 2020). Co-SPACE-utvalget hadde en gjennomsnittskåre på emosjonelle symptomer på 3.62, mens utvalget i vår studie hadde et gjennomsnitt på 3.32 for emosjonelle symptomer. Dette indikerer at engelsk ungdom rapportere om høyere grad av emosjonelle symptomer sammenholdt med denne studien ($t= 3.28$, $df= 3727$, $p=<.001$).

Noe lignende kan observeres med studien til Borbás et al. (2021) fra Sveits. Studien besto av 26 barn og unge mellom 7-17 år, og brukte SDQ-S til å kartlegge psykiske vansker i tidsperioden mars 2020 – mai 2020. Forskerne rapporterte om svært lave SDQ-skårer på emosjonelle vansker, med en gjennomsnittskåre på 1.21. Ungdom fra vår studie rapporterte om høyere grad av emosjonelle symptomer sammenholdt med det Borbás et al. (2021) fant ($t= 4.29$, $df= 2700$, $p=<.001$). På den andre siden rapporterte Borbás et al. (2021) om en gjennomsnittskåre på 1.64 på problemskalaen for vansker med jevnaldrende. Vår studie hadde en gjennomsnittskåre på 2.12 for vansker med jevnaldrende. Sammenholdt med det Borbás et al. (2021) fant var det ikke signifikante forskjeller til våre resultater ($t= 1.43$, $df= 2700$, $p=.015$). Dette indikerer at ungdommer fra studien til Borbás et al. (2021) og ungdommer fra vår studie rapporterte samme nivå av vansker med jevnaldrende.

6.2.2 Eksternaliseringsvansker under nedstengingen

I vår studie hadde ungdom en gjennomsnittskåre på 5.87 for eksternaliseringsvansker. Vi fant ingen norske studier som undersøkte eksternaliseringsvansker med SDQ-S. Blant studier som brukte inndelingen eksternaliseringsvansker hadde Rosen et al. (2021) en gjennomsnittskåre på 6.95. Sammenholdt med vår studie var dette et signifikant høyere gjennomsnitt enn våre resultater ($t= 4.98$, $df= 2857$, $p=<.001$). Dette indikerer at ungdom fra vår studie rapporterte om færre symptomer på eksternaliseringsvansker sammenholdt med Rosen et al. (2021) under pandemiens første fase.

De neste studiene som nevnes brukte problemskalaene hyperaktivitet og atferdsproblemer, som utgjør samlekategorien eksternaliseringsvansker. I vår studie hadde ungdom en gjennomsnittskåre på 1.50 for atferdsproblemer og 2.20 for hyperaktivitet. Co-SPACE-studien rapporterte om en gjennomsnittskåre på 2.28 for atferdsproblemer og 4.61 for

hyperaktivitet (Pearcey et al., 2020). Forskjellen mellom vår studie og Co-SPACE-studien var signifikant for både atferdsproblemer ($t= 13.82$, $df= 3728$, $p<.001$) og hyperaktivitet ($t= 2.51$, $df= 3729$, $p=.012$). Disse forskjellene indikerer at Co-SPACE-studien rapporterte om høyere symptombelastning for eksternaliseringsvansker, sammenholdt med våre resultater. På den andre siden rapporterte Borbás et al. (2021) om en signifikant lavere gjennomsnittskåre (2.88) for hyperaktivitet sammenholdt med våre resultater ($t= 3.51$, $df= 2702$, $p=.005$). Borbás et al. (2021) rapporterte i tillegg om en gjennomsnittskåre på 1.64 for atferdsproblemer, noe som indikerer at det gjennomsnittet Borbás et al. (2021) fant ikke skiller seg fra gjennomsnittet i våre resultater ($t= 0.51$, $df= 2701$, $p=.014$).

6.2.3 Faktorer ved internasjonale studier

Når vi sammenholder våre resultater med andre studier er det flere faktorer som er av betydning, og disse faktorene vil gjennomgå i det følgende. Det er til en viss grad forventet å finne signifikante forskjeller med våre resultater og andre studier. Dette kommer blant annet av at dette er internasjonale studier med andre samfunnsstrukturer enn Norge. USA skiller seg i stor grad fra Norge i en samfunnsstrukturell forstand. Dette kan observeres gjennom befolkningens tillit til staten, ulike helsesystem og arbeidsrettigheter (Geirdal et al., 2021). Selv om vår studie ikke direkte omhandler disse forholdene må de nevnes når vi undersøker våre resultater i lys av amerikanske studier. Dette er som følge av at slike forhold vil kunne være av betydning for resultater i studien vår, og medfører at forskjeller på tvers av nasjoner må tolkes med forsiktighet. Storbritannia skiller seg også fra Norge på mange måter, men ikke i like stor grad som USA (Geirdal et al., 2021). Sveits er et land som har en mer lik samfunnsstruktur som Norge, og dette bør dermed tas i betraktning ved tolking av signifikante forskjeller med studier fra Sveits (Kleven, 2016).

Når det kommer til internaliseringsvansker under pandemien første fase, viste våre resultater i lys av andre studier flere signifikante funn. Den britiske Co-SPACE-studien rapporterte om høyere grad av internaliseringsvansker enn det vår studie fant. Dette kan bety at ungdom fra England opplevde at pandemiens første fase hadde større innvirkning på deres psykiske helse, enn ungdom fra vårt eget Rosen et al. (2021) sitt utvalg. Samtidig fant Borbás et al. (2021) at ungdom i deres utvalg ikke opplevde at pandemien hadde noen særlig innvirkning på deres internaliseringsvansker. I lys av det Borbás et al. (2021) rapporterte hadde ungdom i vårt utvalg en betydelig høyere grad av internaliseringsvansker. Når det gjelder studien til Rosen

et al. (2021) fant vi ingen forskjell sammenholdt med våre resultater, noen som indikerer at vår studie fant det samme som denne studien. Likevel er dette bare en av mange studier som ble gjennomført under pandemien i USA, et land som er betydelig større enn Norge, og dermed bør denne likheten tolkes med forsiktighet. På den andre siden er det at vi ikke fant en forskjell også av betydning. Det faktum at internaliseringsvansker hos ungdom under pandemiens første fase ble rapportert likt, kan indikere at pandemien påvirket ungdom på samme måte. Samlet betyr dette at vi ikke ser en bestemt trend i ungdoms internaliseringsvansker under pandemiens første fase, da resultatene spriker.

På den andre siden peker tendensen vi fant med eksternaliseringsvansker generelt mot at ungdom i vårt utvalg rapporterte om lavere grad av symptomer enn studiene vi sammenholdt våre resultater med. Studiene fra England og USA (Pearcey et al., 2020; Rosen et al., 2021) rapporterte begge om høyere grad av eksternaliseringsvansker enn ungdom i vårt utvalg. Imidlertid peker resultatene fra Sveits (Borbás et al., 2021) i en annen retning, da ungdom i vårt utvalg rapporterte om høyere grad av hyperaktivitet. Når det gjelder atferdsproblemer fant Borbás et al. (2021) det samme som vår studie. Samlet indikerer dette at eksternaliseringsvansker under pandemiens første fase ble rapportert ulikt fra det vi fant i våre resultater, sett bort i fra det Borbás et al. (2021) rapporterte om atferdsproblemer.

Ulike situasjonsbilder under pandemiens første fase kan ha påvirket hvordan den psykiske helsen til ungdom var (John, 2020). Under pandemien har ulike land hatt ulike smittevernstiltak, samt at smitte- og dødstall har variert stort. For eksempel rapporterte USA om en vestlig høyere dødsrate enn Norge under pandemiens første fase (World Health Organization, 2021). Det er klart at landets innbyggere spiller en stor rolle her, men likevel belyser dette en forskjell som er av betydning. At ungdommer i USA og Storbritannia opplevde høye smitte- og dødstall kan være en forklarende faktor til at de rapporterte om høyere nivå av selvrapporterte psykiske vansker under pandemiens første fase, sammenholdt med denne studiens resultater. Når det er sagt hadde både USA, Storbritannia, Sveits og Norge stengt skoler i denne perioden, med enkelte variasjoner i de ulike statene i USA (Geirdal et al., 2021). Tross ulikhetene som er påpekt ovenfor i dette avsnittet er dette en faktor som gjør at skolehverdagen til ungdommene var noe liknende.

På den andre siden hadde de overnevnte studiene (Borbás et al., 2021; Pearcey et al., 2020; Rosen et al., 2021) på forhånd innhentet informasjon om utvalgets psykiske helse, noe som

kan gi utvalget en høyere grad av selvrapporterte vansker. Med dette menes at deler utvalget kan være allerede sårbare grupper med diagnoser og psykiske vansker. Eksempelvis hadde 17% av utvalget i CO-SPACE-studien psykiske vansker i forkant av pandemien, dette basert på en tidligere undersøkelse med foreldrerapportering (Pearcey et al., 2020). Studien vår hadde et utvalg som ikke kunne defineres som sårbart, og diagnoser ble ikke kartlagt på forhånd (Lehmann et al., 2021). Dette kan resultere i at vi fant en høyere gjennomsnittskåre i noen av studiene vi sammenholdt med, som igjen kan bidra til at forskjellene blir signifikante.

Til slutt er det verdt å nevne at de tre internasjonale studiene (Borbás et al., 2021; Pearcey et al., 2020; Rosen et al., 2021) hadde svært ulike størrelser på utvalgene. En ubalansert forskjell i utvalg kan gi signifikante forskjeller selv om utgreningen fra T-testen tar høyde for forskjeller i utvalget (Field, 2018). Dette gjelder spesielt i forhold til studiene fra Sveits og USA (Borbás et al., 2021; Rosen et al., 2021). Studien fra Sveits hadde kun 26 respondenter, og sett i forhold til at vår studie hadde 2997 respondenter er denne forskjellen av betydning. Det er også slik at 26 respondenter er for få til å kunne danne et situasjonsbilde av hvordan den psykiske helsen til ungdom i Sveits var under pandemiens første fase. Det samme gjelder for den amerikanske studien til Rosen et al. (2021) med 224 respondenter.

I lys av de overnevnte faktorene må den psykiske helsen under pandemiens første fase tolkes med forsiktighet. Sett i sammenheng med de tre internasjonale studiene pekte ikke ungdoms rapportering om psykisk helse i en bestemt retning. Faktorer knyttet til hvilket land den psykiske helsen måles i, samt hvilken samfunnsstruktur og smittevernsrestriksjoner som gjaldt, kan trolig være av betydning for hvordan den psykiske helsen var under pandemien.

6.3 Hvilke demografiske variabler var assosiert med psykiske vansker under nedstengningen?

En rekke signifikante assosiasjoner ble funnet mellom de demografiske variablene og internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Disse funnene bidrar i forståelsen av hvordan variabler, som en fra tidligere vet har betydning for ungdoms psykiske helse, innvirket på psykiske vansker i en pandemisituasjon.

6.3.1 Alder

I analysene ble assosiasjoner mellom psykiske vansker og alder undersøkt. Funnene indikerer at selvrapporterte symptomer på internaliseringsvansker økte med stigende alder. Dette er ikke et overaskende funn da ungdomstiden er forbundet med store emosjonelle endringer i forbindelse med puberteten (Graber, 2013). Forskere er enige om at internaliseringsvansker gjerne øker og/eller inntreffer i begynnelsen av puberteten (Costello et al., 2011; Ogden & Hagen, 2019; Oliva et al., 2014; Rutter et al., 2003). Fra puberteten og utover vil det dermed foreligge en sensitivitet i ungdoms følelsesliv, noe som kan resultere i økte internaliseringsvansker (Kaltiala-Heino et al., 2003).

Det kan dermed tenkes at studier under pandemien også vil finne at internaliseringsvansker økte med alder. Zhou et al. (2020) benyttet et lignende aldersspenn som vår studie (12-18 år), og fant at angst og depresjon økte med alderen under pandemiens første fase i Kina. På den andre siden spriker funnene våre fra noen studier gjennomført under pandemien. Noen internasjonale og nasjonale studier på området fant at yngre alder predikerte mer internaliseringsvansker (Waite et al., 2021; Hafstad et al., 2021). Disse studiene tok imidlertid utgangspunkt i et annet aldersspenn enn vår studie (4-16 år). Ungdata undersøkte 140.000 norske ungdom og deres psykiske helse i 2021 (Bakken, 2021). Det hadde i denne forbindelse vært en fordel at den landsdekkende undersøkelsen gjennomførte sin nasjonale spørreundersøkelse våren 2020, da disse kunne representert store deler av den norske ungdomsbefolkningen under pandemiens første fase (Soest Von et al., 2020). Ungdata fant likevel at andelen som hadde psykiske vansker øker gjennom ungdomsårene for begge kjønn. Undersøkelsen fant at elever som gikk siste året på videregående skole (18-19 år) var de som rapporterte å ha flest psykiske vansker i løpet av de siste syv dagene (Bakken, 2021).

Når det gjelder eksternaliseringsvansker ble det i våre analyser ikke funnet noen signifikante assosiasjoner til alder. Dette indikerer at selvrapporterte symptomer på eksternaliseringsvansker ikke økte med alder under pandemiens første fase. Tidligere forskning kan støtte denne assosiasjonen da det er vist at eksternaliseringsvansker gjerne avtar med alder (Costello et al., 2011; Ogden & Hagen, 2019). I motsetning til tendensen vi ser med internaliseringsvansker, er tendens ved eksternaliseringsvansker at disse oppstår i barndommen (Ogden & Hagen, 2019; Olson et al., 2013). Eksternaliseringsvansker som oppstår i barndommen kan arte seg på en annen måte ved økt alder. Eksempelvis har forskning vist at eksternaliserings-

vansker kan utvikles til internaliseringsvansker i ungdomstiden (Kjeldsen et al., 2016; Weeks et al., 2016; Zoccolillo, 1992). Dette kan forklare at studien vår ikke fant en assosiasjon mellom eksternaliseringsvansker og alder.

Når det gjelder studier som undersøkte eksternaliseringsvansker under pandemien spriker våre resultater med den eneste studien som ble funnet på området. Waite et al. (2021) fant assosiasjon mellom lavere alder og høyere nivå av eksternaliseringsvansker. Denne studien benyttet imidlertid foreldrerapportering i SDQ-P, og aldersspennet i utvalget var 4-16 år. Forskningen på dette området er ikke entydig da stabilitet ved økt alder påvirkes av svært mange faktorer. Eksempler på slike faktorer er kjønn, SØS, etniske bakgrunn, tid mellom hver test, hva slags informanter som er brukt, samt hvordan stabiliteten måles (Forns et al., 2018). Det er også slik at mange studier som undersøker eksternaliseringsvansker og alder anvender utvalg som er preget av stor risiko. Dette kan eksempelvis handle om barn og unge som vokser opp i svært skadelige omsorgssituasjoner (Costello et al., 2011).

Studien vår fant at internaliseringsvansker økte med økende alder, et funn som kan støttes av tidligere forskning (Costello et al., 2011; Ogden & Hagen, 2019; Oliva et al., 2014; Rutter et al., 2003). Under pandemien ser det likevel ut til at andre studier på området delvis kan støtte våre funn. Av studier som ikke fant det samme som våre resultater, kan forhold som hvordan vanskene ble rapportert samt utvalgets alder spille inn. Videre fant vår studie at eksternaliseringsvansker ikke økte med økende alder. Dette området er lite forsket på under pandemiens første fase. Funnene våre kan støttes av noen studier, men store deler av forskningen på eksternaliseringsvansker er gjennomført med kliniske utvalg og foreldrerapportering, noe som gjør funnene mindre overførbare til våre resultater.

6.3.2 Kjønn

Analysene våre viste at jenter skåret høyere på internaliseringsvansker sammenlignet med gutter, med 9 % delt varians. At jenter skårer høyere enn gutter på denne gruppen vansker finnes det belegg for innen forskningen (Hankin, 2009; Naninck et al., 2011). Tendensen er at denne kjønnsforskjellen blir særlig tydelig fra 13-14 års alderen, hvor jenter jevnt over rapporterer om høyere grad av internaliseringsvansker enn gutter. Forskere mener at kjønnsforskjeller i ungdomstiden blant annet henger sammen med at jenter er mer disponible for kognitiv sårbarhet, noe som kan resultere i mer tvil og engstelse (Hankin et al., 1998;

Rutter et al., 2003). Hvorfor studien vår fant at denne kjønnsforskjellen var til stede under pandemien kan dermed henge sammen med at pandemien førte meg seg frykt og usikkerhet for ungdom. Våre funn knyttet til at jenter rapporterte om høyere grad av internaliseringsvansker kan støttes av andre studier målt under pandemiens første fase (Bekkhuis et al., 2020; Hafstad et al., 2021; Lehmann et al., 2021; Waite et al., 2021; Zhou et al., 2020). Bakken (2021) fant blant annet at jenter på ungdomsskolen var det eneste gruppen som rapporterte om økte psykiske vansker under pandemien.

Videre var det ikke en signifikant assosiasjon mellom eksternaliseringsvansker og kjønn, noe som indikerer at det ikke var kjønnsforskjeller i rapporteringer av eksternaliseringsvansker. Dette er et noe overraskende funn da tidligere forskning ofte viser til at gutter rapporterer om mer eksternaliseringsvansker enn jenter (Costello et al., 2006; Shi et al., 2020). På den andre siden understreker Costello et al. (2006) at kjønnsforskjeller i eksternaliseringsvansker kommer best til syne i kliniske utvalg eller i studier som bruker foreldre- og/eller lærerrapport. I en metaanalyse av kjønnsforskjeller fant Gaub & Carlson (1997) at det ikke var noen kjønnsforskjeller når det kom til ADHD (mer spesifikt trekkene impulsivitet, skoleprestasjoner, sosial fungering, finmotorikk, foreldres utdanning og foreldres depresjon). Denne studien kan trekke paralleller til våre funn fordi hyperaktivitet er en av problemskalaene innen eksternaliseringsvansker.

Det at vi ikke fant noen kjønnsforskjeller i våre resultater kan henge sammen med at vi målte eksternaliseringsvansker i en bred forstand, da gutter som regel viser mer normbrytende atferd enn jenter (Andershed & Andershed, 2007; Rutter et al., 2003). Studien vår har også et generelt utvalg, noe som kan bety at kjønnsforskjeller blir mindre tydelige enn i kliniske utvalg (Costello et al., 2006). Av studier som målte eksternaliseringsvansker og kjønnsforskjeller under pandemien fant vi kun en studie som møtte kriteriene våre. Denne studien fant at gutter skåret høyere på eksternaliseringsvansker under pandemiens første fase (Waite et al., 2021). Dette var imidlertid en studie som målte barn og unge i alderen 4-16 år med foreldrerapportering, noe som kan resultere i at studien fant økte kjønnsforskjeller.

Samlet viser våre resultater at jenter hadde mer internaliseringsvansker under pandemien enn gutter, et funn det viser seg at tidligere forskning og forskning under pandemien kan støtte. Det kan dermed tenkes at jenters emosjonelle sårbarhet medførte økte internaliseringsvansker under pandemiens første fase, fordi jenter kan oppleve mer usikkerhet og bekymring enn

gutter. Når det gjelder eksternaliseringsvansker fant studien vår at dette ikke var signifikant assosiert med kjønn. Funnet vårt kan støttes ved at tidligere forskning på området er splittet, og i tillegg ble vanskene i vårt utvalg målt med bredskala uten kliniske diagnoser.

6.3.3 Familiestruktur

Tidligere forskning har vist at faktorer ved familiestruktur kan påvirke ungdoms psykiske helse. Dette er faktorer som familiesamhold, SØS, om en har enslig forsørger eller blir utsatt for sosialt stress i familien (Barrett & Turner, 2005; Sweeney, 2010). I studien vår ble det funnet signifikante assosiasjoner mellom eksternaliseringsvansker og familiestruktur, noe som vil si at det å ha enslig forsørger under pandemiens første fase var assosiert med økte eksternaliseringsvansker, sammenlignet med de som hadde annen familiestruktur. Av tidligere forskning som er gjennomført på dette området i Norge, brukte en studie SDQ og fant assosiasjoner mellom enslig forsørger og eksternaliseringsvansker (Nilsen et al., 2018). Denne studien fant dermed det samme som vår studie, men undersøkte ikke i en pandemisituasjon.

Den signifikante assosiasjonen mellom eksternaliseringsvansker og enslig forsørger i studien vår kan forklares ved at familier med enslig forsørger kan slite med andre forhold som kan komme til overflaten i en krisesituasjon som COVID-19-pandemien. Ungdoms psykiske reaksjoner påvirkes av foreldres emosjonelle reaksjoner (Heltne & Hauken, 2021). Familier med enslig forsørger kan ha kompliserte forhold til familie som kan påvirke ungdom med eksternaliseringsvansker. Eksempelvis kan familiestress i en krisesituasjon gjøre at den voksne har mindre kapasitet til ungdommen, noe som kan ha resultert i økt sinne, aggresjon og utagering hos ungdommen (Heltne & Hauken, 2021). Som enslig forsørger er det mange oppgaver i hverdagen og antakeligvis mindre avlastning, noe som kan fremkalle konflikter i hjemmet. Konflikter i hjemmet kan i verste fall føre til at ungdom flykter hjemmefra eller utvikler normbrytende atferd (Nilsen et al., 2018).

På den andre siden fant vi ikke noen signifikante assosiasjoner mellom internaliseringsvansker og familiestruktur. Under pandemien har derimot studier bare undersøkt assosiasjoner mellom internaliseringsvansker og enslig forsørger (Hafstad et al., 2021; Luijten et al., 2021). Blant annet fant den nederlandske studien Luijten et al. (2021) at enslig forsørger var assosiert med økt symptomer på angst og depresjon, men ikke med sinne. Studien brukte et annet måleinstrument enn studien vår, og selv om sinne ble målt var det flere variabler ved

eksternaliseringsvansker som studien ikke målte. Den norske studien til Hafstad et al. (2021) målte ikke eksternaliseringsvansker, men forskerne målte den psykiske helsen til ungdom før og under pandemien. Studien fant at å være enslig forsørger var en risikofaktor som var til stede før pandemien, samt at enslig forsørger også var assosiert med økte internaliseringsvansker under pandemien (Hafstad et al., 2021).

På den andre siden fant studien vår at det å ha enslig forsørger ikke var assosiert med mer internaliseringsvansker, et funn som kan sies å være overraskende. Likevel er det slik at deler av utvalget i studien vår opplevde å ha mer tid med familien under pandemien. Dette kan ha bidratt til en økt trygghet hos ungdommen. Med dette menes at voksenpersoner sannsynligvis var mer tilgjengelige, noe som også kan ha vært tilfellet for de med enslig forsørger. Dette i kombinasjon med andre faktorer, som eksempelvis at foreldre ikke overførte sitt stress på ungdommen, kan ha virket beskyttende mot symptomer på internaliseringsvansker, også for de som bodde med enslig forsørger under pandemiens første fase.

Det er i lys av resultatene våre viktig å understreke at enslig forsørger ikke er en sterk risikofaktor for eksternaliseringsvansker under pandemien, da det er snakk om små assosiasjoner i resultatene våre. På samme måte kan en ikke si at enslig forsørger ikke er en risikofaktor for internaliseringsvansker under pandemien, dette fordi forskningen i utgangspunktet viser at enslig forsørger kan være en risikofaktor for internaliseringsvansker.

6.3.4 Søsken i hjemmet

Resultatene våre viste at det å ikke bo med søsken var assosiert med mer internaliserings- og eksternaliseringsvansker under pandemiens første fase. Søskenes betydning kan forklares gjennom en relasjonsbygging som bidrar til utvikling av perspektivtaking, forhandling og problemløsning (Howe et al., 2002). Dette utvikles eksempelvis gjennom søskens kranling og samhandling i familien. Når barn og unge vokser opp uten søsken må dette læres andre steder, som for eksempel gjennom samhandling med jevnaldrende. Under pandemien bidro den nasjonale nedstengingen til mindre samhandling med jevnaldrende for ungdom, noe som ungdom som ikke bodde med søsken kan ha merket ekstra godt (Raw et al., 2021). Dette kan ha medført at de var mer alene, samt at de i perioder hadde færre å snakke med på sin egen alder. Det er derfor ikke særlig overraskende at vi fant at ungdom som ikke bodde med søsken rapporterte om økte symptomer.

Søskens rolle under pandemien ble undersøkt av Campione-Barr et al. (2021). Studien fra USA påpeker at stress knyttet til pandemien var en avgjørende faktor for hvordan ungdom med søsken opplevde sine atferdsproblemer. Studien fant at ungdom som hadde en positiv relasjon til søsken også hadde mindre atferdsproblemer, dersom de hadde lite COVID-19-relatert stress. Våre funn kan støttes av Raw et al. (2021) som fant økte internaliseringsvansker for de som ikke hadde søsken under pandemiens første fase, samt Ezpeleta et al. (2020), som fant at det å ikke tilbringe tid med søsken var assosiert med mer internaliseringsvansker.

Samlet tyder våre funn og annen forskning på at søsken kan ha fungert som en beskyttende faktor under pandemiens første fase. Dette kan tenkes fordi søsken har vært isolert sammen, noe som kan ha bidratt til at hverdagen ble lettere. Søsken kan ha hatt økt toleranse når det gjelder uenigheter og krangling, da de kan ha vært innforstått med at de måtte oppholde seg i hjemmet. Det kan tenkes at dette kan ha ført til at søsken har kommet nærmere hverandre. På den andre siden førte trolig pandemien også til mye krangling og uenighet mellom søsken (Bakken, 2021). Tross dette peker våre funn på at det å ikke bo med søsken var assosiert med økte symptomer for både internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Dette er et funn som trolig kan forklares gjennom mindre tid med jevnaldrende, noe som sannsynligvis kan ha ført til mer bekymring og ensomhet under pandemien.

6.4 Hvilke pandemispesifikke variabler var assosiert med psykiske vansker under nedstengningen?

6.4.1 Læringsutbytte av hjemmeskolen

Denne studien har undersøkt opplevd læringsutbytte av hjemmeskole, og vi fant at 63% av ungdommene opplevde å ha lært mindre enn de ville gjort på skolen. I denne sammenheng viste resultatene at et dårligere læringsutbytte var assosiert med mer eksternaliseringsvansker. Vi fant på den andre siden ingen studier som har undersøkt hva som påvirket opplevd læringsutbytte av hjemmeskolen. Forskning fant imidlertid at ungdom som opplevde vanskeligheter med hjemmeskolesituasjonen, som ikke holdt følge med den digitale undervisningen og som hadde lite skolearbeid skåret høyere på eksternaliseringsvansker (Wang et al., 2021; Rosen et al., 2021; Ezpeleta et al., 2020). Selv om dette er funn som ikke

omhandler læringsutbytte, viste de likevel at flere aspekter ved hjemmeskolesituasjonen kan være assosiert med mer eksternaliseringsvansker.

Det kan være flere grunner til at et dårligere læringsutbytte av hjemmeskole var assosiert med mer eksternaliseringsvansker under pandemiens første fase. Blant annet måles eksternaliseringsvansker i SDQ-S gjennom påstander som «Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro», «Jeg er stadig urolig eller i bevegelse» og «Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg» (Goodman, 1997). Dersom hjemmeforholdene hadde mer forstyrrelser og uro og mindre rom for bevegelse, sammenlignet med en ordinær skolehverdag, kan det tenkes at dette gav utslag på eksternaliseringsvansker. Dette støttes av Rosen et al. (2021) som fant at bråkete hjemmeforhold i forbindelse med hjemmeskolearbeid var assosiert med mer eksternaliseringsvansker. Forstyrrelser i den daglige rutinen løftes også frem til en risikofaktor for atferdsproblemer under pandemien (Rosen et al., 2021).

På den andre siden viste våre resultater at det ikke var en signifikant assosiasjon mellom internaliseringsvansker og læringsutbytte av hjemmeskolen. Dette spriker fra tidligere forskning på området som rapporterte om at vanskeligheter med hjemmeskole og en negativ hjemmeskoleopplevelse var assosiert med mer internaliseringsvansker (Wang et al., 2021; Rosen et al., 2021; Larsen et al., 2021). Vi fant ingen studier som undersøkte læringsutbytte, og disse funnene kan dermed ikke ses direkte opp mot våre funn. De gir imidlertid en indikasjon på at enkelte aspekter ved hjemmeskolesituasjonen også kan ha hatt innvirkning på internaliseringsvansker, men at våre resultater tyder på at læringsutbytte ikke var en av disse. Likevel fant Ezpeleta et al. (2021) at ungdommer som ikke holdt følge med undervisningen og som hadde lite skolearbeid skåret høyere på eksternaliseringsvansker, og ikke på internaliseringsvansker. Det er med andre ord fortsatt usikkerhet rundt hvilke aspekter ved hjemmeskolesituasjonen som var knyttet til de ulike gruppene av vansker.

Det kan være mange årsaker til at vi ikke fant assosiasjoner mellom læringsutbytte og internaliseringsvansker. Blant annet løftet Penner et al. (2021) frem hjemmeskolesituasjonen som en potensielt stor årsak til at de fant en signifikant reduksjon i internaliseringsvansker under pandemien. De begrunnet dette med at ungdommene ikke lenger trengte å delta i det fysiske skolemiljøet, noe som medførte en reduksjon av jevnaldrende stressfaktorer. At hjemmeskolesituasjonen mulig reduserte prestasjonspresset ble også løftet frem som en mulig årsak til reduksjonen i internaliseringvansker. Dette oppstod som følge av at den digitale

undervisningen gav ungdommene mer tid og fleksibilitet til å fullføre skolearbeidet, samt at det ble stilt færre akademiske krav (Penner et al., 2021). I lys av dette kan det tenkes at hjemmeskolen også kan ha hatt en positiv innvirkning på ungdoms internaliseringsvansker, og kanskje særlig for ungdommer som hadde slike vansker i forkant av pandemien.

Når det kommer til sprikene mellom våre og andre studier funn kan dette omhandle at andre aspekter ved hjemmeskolesituasjonen i større grad var knyttet til psykiske vansker, enn læringsutbytte. Det er for eksempel mulig at de sosiale aspektene hadde større innvirkning på vanskene, da det er kjent at sosial isolasjon kan medføre dårligere psykisk helse (Leigh-Hunt et al., 2017). Dette stemmer overens Larsen et al. (2021) som fant at de som oppga å savne vennene på skolen rapporterte om signifikant høyere grad av internaliseringvansker enn de som ikke savnet venner.

Oppsummert har vi med våre funn knyttet til læringsutbytte og eksternaliseringsvansker identifisert at skolens evne til å legge til rette for en digital undervisning som stimulerer til læring kan være en beskyttende faktor for ungdoms psykiske helse. Dette er et særlig viktig funn fordi tidligere forskning ikke ser ut til å ha undersøkt dette området enda, samt at det gir tydelige implikasjoner til praksis. I tillegg har vi identifisert at sider ved den fysiske skolen kan ha en negativ effekt på ungdoms internaliseringsvansker, da hjemmeskolesituasjonen ser ut til å ha en beskyttende effekt for denne gruppen vansker. Dette gir også implikasjoner til praksis, der skolene bør legge til rette for at den fysiske skolehverdagen i mindre grad har en negativ innvirkning på ungdoms internaliseringsvansker.

6.4.2 Familiesituasjon

Vi fant at de som opplevde å ha det vanskeligere sammen med familien under nedstengningen skåret høyere på både internaliserings- og eksternaliseringsvansker, sammenlignet med de som hadde fått det bedre med familien eller som ikke opplevde noen endringer. Dette kan sies å være et forventet funn da det hersker en bred enighet om at en rekke familiebaserte risikofaktorer spiller en sentral rolle i ungdoms utvikling av psykiske vansker (Borge, 2018). Blant annet vet vi at et turbulent hjemmemiljø er assosiert med begge grupper av vansker, samt uklare grenser og hyppige og alvorlige krangler (Fanti & Henrich, 2010; Kvello, 2015).

Likevel kan det tenkes at slike familiebaserte risikofaktorer kan ha blitt forsterket under

pandemien, dette som følge av at smittevernsrestriksjonene medførte at en i større grad tilbrakte tid hjemme med familien. Med dette ble det vanskeligere for ungdom å slippe unna hjemmeforholdene. Dette støttes av Bakken (2021) som fant at 1 av 4 norske ungdom rapporterte om mer krangling i familien under pandemien, sammenlignet med før. I lys av dette fant Ezpeleta et al. (2020) at mer krangling, diskusjon og konflikt i hjemmet var assosiert med en økning i både internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos ungdom. Samlet tyder dette på at flere fikk det vanskeligere med familien under pandemien, og at dette hadde store innvirkninger på den psykiske helsen. Det tyder også på at de som hadde det vanskelig sammen familien i forkant av pandemien, trolig fikk det verre under pandemien. I utvalget vårt var det cirka 13% som opplevde å få det vanskeligere sammen med familien under nedstengningen.

Det også kjent at mentale helsevansker hos foreldre er assosiert med psykiske vansker og økt sårbarhet hos ungdom (Kvello, 2015). Det er derfor ugunstig at flere studier observerte en økning i depresjon og angst hos foreldre under pandemiens første fase (Folkehelseinstituttet, 2021; Achterberg et al., 2021). Årsakene til økningen kan ifølge Achterberg et al. (2021) henge sammen med at foreldrene opplevde økte krav til seg selv, som det å plutselig måtte ha hjemmekontor og lede barna sine gjennom hjemmeskolen, samt at de hadde overdreven bekymring for pandemien. Dette tyder på at pandemien også medførte at det oppstod nye risikofaktorer i familiesituasjonen, som bidro til økte psykiske vansker hos ungdommen.

Samtlige studier vi fant har også funnet assosiasjoner mellom vanskeligere familiesituasjon under pandemien og internaliserings- og eksternaliseringsvansker (Achterberg et al., 2021; Penner et al., 2021; Borbás et al., 2021; Ulset & Von Soest, 2022; Wang et al., 2021; Rosen et al., 2021; Ezpeleta et al., 2020). På den andre siden ble familiesituasjonen undersøkt med et relativt bredt blikk i vår studie, noe som gjør at vi ikke kan si noe om hvilke spesifikke aspekter ved familien som var assosiert med mer vansker. Dette er særlig relevant da flere studier fant at ulike aspekter ved familiesituasjonen predikerte ulike psykiske vansker under pandemien. Studier som undersøkte begge grupper av vansker fant sterkest assosiasjon til eksternaliseringsvansker, sammenlignet med internaliseringsvansker (Achterberg et al., 2021; Ezpeleta et al., 2020). Dette omhandlet ofte dårligere foreldreomsorg og relasjonen mellom ungdommen og foreldrene. Blant annet fant Ezpeleta et al. (2020) at en forverret relasjon til foreldre predikerte mer eksternaliseringsvansker, men ikke mer internaliseringsvansker.

Med vårt brede blikk på familiesituasjonen vil annen forskning på området kunne være en god indikasjon på hvilke spesifikke aspekter som var assosiert med mer psykiske vansker. Blant annet fant Penner et al. (2021) at bedre familiefungering var forbundet med færre internaliserings- og eksternaliseringsvansker, mens Ulset og Von Soest (2022) fant en stor korrelasjon mellom dårlig foreldreomsorg og høye nivåer av depresjon. Videre kan familiesituasjonen hjemme under pandemien også ha hatt en beskyttende effekt på ungdom. For eksempel kunne det å ikke gjøre felles aktiviteter sammen med familien predikere mer internaliseringsvansker (Ezpeleta et al., 2020). Dette gir mening da det at foreldre investerer tid sammen med ungdommen er en kjent beskyttelsesfaktor (Kvvello, 2015).

Det er altså mye som tyder på at familiesituasjonen under pandemien var av stor betydning for ungdoms psykiske vansker. Våre og andre studiers funn på området viser mulighetene for at familiesituasjonen både hadde en beskyttende og forverrende effekt på den psykiske helsen. Dette indikerer at hjemmet spiller en sentral rolle når det kommer til ungdoms psykiske vansker under pandemien, samt at det er en arena der ungdom er særlig sårbare under en nedstengningssituasjon. Videre gir dette implikasjoner til at barneverntjenestens, skolens og andre instansers arbeid i stor grad bør rettes mot denne arenaen, både i lignende fremtidige situasjoner og i tiden fremover i etterkant av pandemien.

6.4.3 Permitterte foreldre

Resultatene våre viste at permittering hos foreldre under pandemien ikke gjorde noe utslag på internaliseringsvansker hos ungdom. Dette er et overraskende funn da det er kjent at arbeidsledighet hos foreldre er en stor risikofaktor for utvikling av psykiske vansker hos ungdom (Kvvello, 2015). Funnet spriker også med flere av studiene vi fant på området. Ulset og Von Soest (2022) fant sammenheng med depresjon under nedstengningen i Norge, og Wang et al. (2021) rapporterte om assosiasjoner til internaliseringsvansker. Luijten et al. (2021) fant at ungdom med foreldre som fikk negative endringer i jobbsituasjonen rapporterte om mer angst og depresjon. På den andre siden støttes funnet vårt av Hafstad et al. (2021) som fant at permittering ikke hadde en signifikant effekt på angst og depresjon hos ungdom under nedstengningen i Norge.

Videre fant vi at ungdom som hadde foreldre som ble permitterte under pandemien hadde større sannsynlighet for økte eksternaliseringsvansker, enn de som ikke hadde permitterte

foreldre. Dette er et forventet funn da arbeidsledighet hos foreldre også er en risikofaktor for eksternaliseringsvansker (Kvelling, 2015). Vi fant på den andre siden bare en studie som undersøkte assosiasjoner til denne gruppen vansker, men denne støtter våre funn da forskerne fant assosiasjoner til eksternaliseringsvansker (Wang et al., 2021). Samlet var det imidlertid relativt få studier som utforsket assosiasjoner til permittering, og både våre og andres funn er preget av at assosiasjonene er relativt små. Dette må særlig tas i betraktning når forskningen på området er sprikende.

Sprikene i funnene kan mulig forklares med at permitteringen må ses i sammenheng med flere andre faktorer, som for eksempel hvordan foreldrene håndterte situasjonen og hvilken betydning det fikk for resten av familien. Forskning har blant annet vist at foreldrenes omsorgsevne og relasjon til ungdommen hadde mye å si for utvikling av psykiske vansker under pandemien (Achterberg et al., 2021; Borbás et al., 2021; Ulset & Von Soest, 2022; Wang et al., 2021; Rosen et al., 2021; Ezpeleta et al., 2020). Det er derfor mulig at faktorer knyttet til dette gjorde større utslag på internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos ungdom, enn hva selve permitteringen gjorde.

Dette kan også muligens bidra til å forklare hvorfor vi ikke fant assosiasjoner til internaliseringsvansker. For eksempel var følgene av permitteringen veldig situasjonsbetinget, da ulike land hadde ulik håndtering av dette under pandemien. I Norge ble det relativt raskt satt inn økonomiske støtteordninger for de som ble permitterte fra jobb, noe som kan ha bidratt til at byrden på familien ble mindre (Covid-19-forskriften, 2020). I lys av våre funn kan dette ha medført at ungdommene i mindre grad bekymret seg for den økonomiske situasjonen, noe som kan ha gitt positivt utslag på internaliseringsvansker. På den andre siden medførte permitteringen at foreldre ble hjemmeværende sammen med ungdommen, noe som tidligere vist kan ha bidra til å forsterke eller medføre nye familiebaserte risikofaktorer for utvikling av eksternaliseringsvansker (Achterberg et al., 2021; Penner et al., 2021; Borbás et al., 2021).

Oppsummert viste våre funn at permittering hos foreldre under nedstengningen hadde innvirkning på ungdoms eksternaliseringsvansker. Dette tyder på at det er viktig at permitteringsordningene tar særlig hensyn til ansatte med barn, og på en slik måte at permitteringen i så liten grad som mulig går ut over dem. De relativt små assosiasjonene, samt at det ikke ble funnet assosiasjoner til internaliseringsvansker, kan muligens være en

indikasjon på at håndteringen av permitteringer under nedstengningen i Norge hadde en positiv effekt.

6.4.4 Bekymringer for smitte og egen fremtid

Ungdom som var bekymret for at de selv eller noen i familien skulle bli smittet av COVID-19-viruset hadde større sannsynlighet for økte internaliseringsvansker, enn de som ikke var bekymret for smitte. Dette er et forventet funn da bekymringer er tett knyttet opp mot hva som måles på skalaen for internaliseringsvansker, deriblant med påstanden «Jeg bekymrer meg mye» (Goodman, 1997). Videre støttes funnet av samtlige studier vi fant som undersøkte assosiasjoner mellom smittebekymring og internaliseringsvansker, både i Norge og internasjonalt (Bjørknes et al., 2021; Hafstad et al., 2021; Ezpeleta et al., 2020; Rosen et al., 2021; Ulset og Von Soest., 2022). Det går igjen i flere studier at ungdom primært var bekymret for at familie eller venner skulle bli smittet, eller at de selv skulle få viruset og deretter smitte noen andre (Bjørknes et al., 2021; Hafstad et al., 2021; Ulset og Von Soest, 2022). Studier fant imidlertid også at ungdoms bekymringer for egen helse var assosiert med internaliseringsvansker (Ezpeleta et al., 2020; Rosen et al., 2021).

På den andre siden fant vi ingen assosiasjon mellom smittebekymring og eksternaliseringsvansker, noe som indikerer at bekymringer for smitte ikke gjorde noe utslag på denne gruppen vansker. Dette funnet støttes i mindre grad av tidligere forskning, enn våre funn knyttet til internaliseringsvansker. Blant annet fant Ezpeleta et al. (2020) at bekymring for egen helse var assosiert med hyperaktivitet, og Rosen et al. (2021) rapporterte at bekymring for smitte predikerte mer symptomer på både internaliserings- og eksternaliseringsvansker.

I vår studie er også ungdoms fremtidsbekymringer undersøkt, og vi fant at 54% av utvalget var bekymret for at COVID-19-pandemien skulle føre til at de fikk en vanskeligere fremtid. Funnene viste at de som rapporterte om fremtidsbekymringer også rapporterte om mer internaliseringsvansker. Dette funnet kan støttes av annen forskning, der blant annet Hafstad et al. (2021) fant at frykten for at pandemien skulle påvirke fremtidsplaner var sterkt assosiert med mer angst- og depresjonssymptomer. I likhet med smittebekymringer er dette også et forventet funn, da det å være bekymret for fremtiden i stor grad måler det samme som internaliseringsvansker (Goodman, 1997).

Det er derfor overraskende at vi også fant assosiasjoner mellom fremtidsbekymringer og eksternaliseringsvansker. Vi fant ingen tidligere studier som undersøkte denne koblingen, og vi kan dermed ikke støtte funnet med tilsvarende forskning. Det kan likevel tenkes å være flere grunner til at vi fant assosiasjoner til eksternaliseringsvansker. Blant annet fant Bjørknes et al. (2021) at fremtidsbekymringene til ungdommene i BiE-utvalget i stor grad omhandlet at pandemien skulle påvirke deres fremtidige utdannings- og jobbmuligheter. Dette kan gi utslag i eksternaliseringsvansker da Rosen et al. (2021) fant at mangel på forutsigbarhet var sterkt knyttet til atferdsproblemer hos ungdom under pandemien. I tillegg viste resultatene våre assosiasjoner mellom eksternaliseringsvansker og dårligere læringsutbytte av hjemmeskolen, noe som kan tilsa at fremtidsbekymringene mulig var knyttet til at deres dårligere akademiske prestasjoner skulle virke negativt inn på fremtidsmulighetene. Dette stemmer overens med at Bjørknes et al. (2021) fant at mange bekymret seg for at læringsutbyttet skulle bli dårligere.

Samlet indikerer resultatene våre at ungdom er særlig sårbare når det kommer til pandemi-spesifikke bekymringer under pandemien, da vi fant at denne type bekymringer gav store utslag på internaliseringsvansker. Funnene gir tydelige implikasjoner til praksis, da de viser viktigheten av at skole, hjelpetjenester, foreldre og andre voksenpersoner evner å støtte og veilede ungdommene i møte med pandemisituasjonen. Dette kan være å sørge for at de har korrekt og tilstrekkelig informasjon om situasjonen, og at de får hjelp til å bearbeide og håndtere tanker og bekymringer som oppstår. At vi også fant assosiasjoner mellom fremtidsbekymringer og eksternaliseringsvansker understreker ytterligere viktigheten dette, da bekymringene synes å ha negativ innvirkning på flere vanskeområder enn tidligere antatt.

6.5 Styrker og begrensninger ved studien

I dette kapitlet drøftes studiens styrker og svakheter. Først gjennomgås studiens styrker, og deretter presenteres begrensninger ved studien. Elementer ved validitet og generaliserbarhet diskuteres gjennomgående.

I studien vår er kvantitativ metode anvendt primært fordi datamaterialet la grunnlaget for dette. På den andre siden er denne metoden passende for det studien undersøker (Lehmann et al., 2021). Valget om å undersøke psykiske vansker under pandemien ble tatt med et utgangspunkt i at vi hadde mulighet til å analysere svar fra et stort antall ungdommer om

deres psykiske helse. Et kvalitativ design ville resultert i at konsekvenser av pandemien hadde blitt undersøkt med et betydelig mindre antall respondenter, og med et mer detaljert blikk. Studien hadde heller ikke hatt mulighet til å analysere mange variabler og ulike vansker, da dette kunne vært svært tidskrevende med en kvalitativ metode (Neuman, 2014).

Et bredt spekter av variabler har bidratt til å identifisere mange faktorer, noe som har gjort det mulig for studien å avdekke flere konsekvenser av pandemien for både internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Da studien har målt både demografiske og pandemispesifikke variabler, har dette bidratt til at vi kunne analysere konkrete trekk under pandemiens første fase. Det kan dermed tenkes at resultatene våre kan være et viktig bidrag til forskningsfeltet. Det er som nevnt tidligere kun et fåtall studier som har undersøkt eksternaliseringsvansker under pandemien, og fant ingen studier fra Norge.

Ved at studien vår har brukt et vel-validert måleinstrument som SDQ, kunne psykiske vansker operasjonaliseres og gjøres om til noe målbart (Goodman, 2001). SDQ regnes som et godt instrument for en «generell ungdomsbefolkning», og dette gjør måleinstrumentet passende fordi vi har undersøkt ungdom som ikke anses for å være i en spesifikk risikogruppe (Goodman et al., 2010). Dette kan være en styrke fordi et flertall av studier som har brukt SDQ under pandemien undersøkte såkalte kliniske utvalg med barn og unge i risiko (Pearcey et al., 2020; Rosen et al., 2021). I studien er det gjennomført en egen reliabilitetsanalyse av SDQ som viser tilfredsstillende verdier for alle problemskalaer bortsett fra atferdsproblemer ($\alpha=.46$). Flere norske studier har også funnet at atferdsproblemer sin indre konsistens ikke er tilfredsstillende (Rønning et al., 2004; Thorvaldsen et al., 2018). Dette kan komme av at studien bruker selvrapport, da det er vist at selvrapport har lavere reliabilitet enn foreldre- og lærerrapport (Goodman et al., 2010).

Statistisk validitet avhenger blant annet utvalgets størrelse, og fordi denne studien har et relativt stort utvalg kan dette ha bidratt til å øke studiens statistiske styrke (Field, 2018). Studiens utvalgsstørrelse har antageligvis også bidratt til at analysene har blitt mer presise. Presise analyser kan knyttes til at datagrunnlaget er basert på en nettbasert spørreundersøkelse og er innhentet fra etablerte forskningsinstitusjoner, noe som kan ha bidratt til å minimere målefeil (Bryman, 2012). En annen faktor som også kan ha bidratt til å begrense målefeil er at studien bruker internaliserings- og eksternaliseringsvansker isteden for de fire problemskalaene. Dette er fordi studien får et økt antall items i analysene (Goodman et al., 2010).

På den andre siden kan studiens begrensinger belyses med flere eksempler. For det første har studien vår brukt tverrsnitt som metode, noe som betyr at studiens indre validitet blir diskuterbar. Med det menes at tverrsnitt ikke kan si noe om kausale virkninger eller årsaksforhold (Kleven, 2008). Dette er en svakhet fordi studiens resultater ikke måler psykiske vansker verken før eller etter pandemiens første fase. Dette kan eksemplifiseres gjennom studiens forskningsspørsmål. Med bakgrunn i at vi har undersøkt hvordan den psykiske helsen var, kan studien kun kartlegge opplevde psykiske vansker, og ikke om de psykiske vanskene hadde økt. Informasjon om utvalgets psykiske vansker før eller etter måletidspunktet kunne bidratt til å belyse eventuelle endringer og påvirkninger, noe som ville bidratt til verdifull informasjon om pandemiens konsekvenser for den psykiske helsen.

Studiens responsrate (40%) kan være en begrensning fordi resultatene våre ikke er fullt representative for den befolkningen vi undersøker. Det kan eksempelvis være slik at ungdom som virkelig har hatt det vanskelig under pandemiens første fase ikke ønsket å delta, og slike faktorer kan ha underestimert våre resultater. Andre faktorer som påvirker generaliserbarheten til resultatene kan observeres i lys av datainnsamlingsprosessen. Ungdommene i studien vår er innhentet fra et begrenset demografisk område, samt at utvalget kun er basert på skoleelever (Lehmann et al., 2021). Det kan derfor tenkes at de mest sårbare ungdommene ikke har blitt fanget opp i studien vår, da dette kan være elever som har falt av skoleløpet. En annen faktor som underbygger dette, er måten kohort 1 (12-15 år) ble innhentet. Foreldres innovering gjør at denne gruppen kan bli begrenset til ungdommer av foreldre med høyere utdanningsnivå- og inntekt (Lehmann et al., 2021; Lehmann et al., 2022). De overnevnte faktorene gjør at generaliserbarhet til andre grupper basert resultatene våre bør utføres med forsiktighet.

Studien vår er kun basert på selvrapporing, noe som kan indikere en bias i rapporteringen (Bøe et al., 2016). Dette kan blant annet ha resultert i en over- eller underrapportering av de psykiske vanskene. Selvrapporing kan være krevende for ungdom da det forutsetter en forståelse av alle spørsmål som stilles, samt at konsentrasjon må opprettholdes (Goodman, 2001). Det kan tenkes at lærer- og foreldrerapportering kunne ha bidratt med verdifull informasjon. På den andre siden er det mange forhold som kan virke inn med foreldrerapportering, blant annet foreldres SØS (Bøe et al., 2012).

Hvordan variablene våre ble målt og kodet, samt hvilke spørsmål som ble stilt i spørreskjemaet, har påvirket resultatene våre. Eksempelvis har utformingen av spørsmålet

«Hvem bor du sammen med?» bidratt til at vi bare kunne dele inn i «annen familiestruktur» eller «enslig forsørger». Dette resulterte i at de som hadde «annen familiestruktur» kunne bo med mor, far og mor eller far sin samboer, uten at vi hadde kjennskap til hvordan denne familiestrukturen var organisert. For den pandemispesifikke variabelen permitterte foreldre fikk studien kun tilgang på informasjon fra kohort 2 (16-19 år). Videre valgte vi å fjerne SØS som en variabel, dette på bakgrunn av vi manglet denne informasjonen for hele kohort 1 (843 respondenter). På den andre siden kunne ungdoms nasjonalitet og hvor god råd de opplevde at omsorgspersonene sine hadde vært nyttige variabler å undersøke i lys av psykiske vansker.

Studiens begrensninger gjør at tolkninger av resultater bør utføres med forsiktighet. Metoden i studien bidrar til at våre resultater ikke kan uttale seg om psykiske vansker verken før eller etter pandemien. I lys av dette bør videre forskning etterstrebe og undersøke konsekvenser av pandemien med forskningsmetoder som kan uttale seg om årsaksforhold. Elementer ved datainnsamlingen viste at generaliserbarhet til andre grupper bør unngås. Blant annet fordi utvalget til studien tilhører et spesifikt demografisk område, samt at selvrapporing innebærer en risiko for bias.

6.5.1 Implikasjoner for videre forskning

Overordnet fant studien indikasjoner på at flere ulike sider ved COVID-19-pandemien hadde en negativ innvirkning på ungdoms psykiske helse under nedstengningen i Norge. Med bakgrunn i dette, samt at det er lite og sprikende forskning på området, er det stort behov for ytterligere forskning som undersøker dette området. I denne sammenhengen bør videre forskning rette et spesielt fokus på eksternaliseringsvansker. Fordi pandemien har hatt innvirkning på en så stor del av hverdagslivet til ungdom, bør forskning undersøke ytterligere sider ved pandemien som kan ha påvirket deres psykiske helse. Som tverrsnittstudie kan ikke resultatene våre si noen om endringer i vansker. Av denne grunn bør funnene videre undersøkes i lys av både en pre- og postpandemisk tilstand, da dette kan gi et mer helhetlig og korrekt situasjonsbilde. Det er viktig at forskning fortsetter å utforske pandemiens innvirkning på ungdoms psykiske vansker, da det også kan oppstå langsiktige konsekvenser. Videre forskning på ungdoms psykiske vansker i lys av pandemien vil være en bidragsyter til å utvikle alderstilpasset håndtering for praksisfeltet, noe som videre vil kunne begrense uheldige konsekvenser av fremtidens pandemier og lignende situasjoner.

7 Konklusjon

Det overordnede formålet med denne studien var å kartlegge konsekvensene den nasjonale nedstengningen våren 2020 hadde på ungdoms psykiske helse. Våre resultater viste at ungdom i utvalget rapporterte om noe høyere grad av eksternaliseringsvansker enn internaliseringsvansker. Med bakgrunn i at få studier har undersøkt eksternaliseringsvansker under pandemien, og at vi har undersøkt begge grupper av vansker, kan studien vår ha bidratt til å fylle ett kunnskapshull. Internasjonale studier som kartla ungdoms psykiske helse under pandemien viste både økning, nedgang og stillstand i symptomer under pandemien. Sammenholdt med internasjonale studier pekte våre resultater i flere retninger, og dette illustrerer at de psykiske vanskene under pandimen bør tolkes ut ifra den konteksten de måles i. Det er noen studier (Bakken, 2021; Bekkhus et al., 2020; Lehmann et al., 2022) som peker på at psykiske vansker kan ha økt for noen grupper i Norge, og det er derfor svært viktig at forskning prioriterer å undersøke dette videre.

Resultatene våre tyder på at demografiske variabler som tidligere har vært assosiert med psykiske vansker, også har vært det under pandemien. Eksempelvis var både kjønn og alder assosiert med økte internaliseringsvansker under pandemiens første fase. Jenter ser ut til å ha vært ekstra sårbare under pandemien. Dette er et funn det er viktig at praksis tilrettelegger etter og følger med på, slik at eventuelle symptomer på internaliseringsvansker blir oppdaget så tidlig som mulig.

I studien vår var smittebekymring kun assosiert med internaliseringsvansker. Denne type bekymring er også undersøkt av andre studier, som fant en assosiasjon til økt angst og/eller depresjonssymptomer (Ellis et al., 2020; Hafstad et al., 2021). Dette kan være et uttrykk for at symptomer på internaliseringsvansker kan være knyttet til symptomer på smittebekymring. Våre funn indikerer at flere ungdommer opplevde en usikkerhet knyttet til fremtiden under pandemiens første fase, da fremtidsbekymring var assosiert med både internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Dette funnet belyser viktigheten av tilgjengelige hjelpetjenester som kan bidra trygge ungdom både under og i etterkant av pandemien. Det kan tenkes at ungdommer som opplever tilgjengelige voksenpersoner som kan gi god informasjon kan virke beskyttende mot økt bekymring under pandemien.

I tidligere forskning er tendensen for eksternaliseringsvansker under pandemien sprikende, blant annet fordi eksternaliseringsvansker ble målt med ulike instrument og ofte i kliniske utvalg. Våre resultater viser at disse vanskene bør prioriteres, da vi fant flere variabler som utelukkende var assosiert med eksternaliseringsvansker. Disse var å ha enslig forsørger, opplevd dårligere læringsutbytte og permitterte foreldre. Familier med enslig forsørger kan trenge ekstra støtte og avlastning under en pandemi. Det anbefales også at skolesektoren jobber med å tilrettelegge spesifikt for ungdom med eksternaliseringsvansker ved eventuelle fremtidige pandemier og lignende situasjoner. Dette gjelder særlig knyttet til læringsmiljøet, hvor det bør gis andre alternativer enn digital hjemmeundervisning. Det bør for eksempel være en mulighet å bruke skolen til undervisning under pandemier for elever som trenger ro og støtte under skolearbeidet.

Vi fant at mangel på søsken i hjemmet og vanskeligere familieforhold var assosiert med både internaliserings- og eksternaliseringsvansker, noe som også støttes av andre studier (Borbás et al., 2021; Penner et al., 2021; Raw et al., 2021; Soest Von et al., 2020). Det vil være viktig å etablere og organisere sosiale aktiviteter for ungdom som ikke bor med søsken, da studiens funn viste at søsken var en beskyttende faktor under pandemiens første fase. Det kan tenkes at pandemien gjorde familier mer sårbare, og stress i hjemmet og uforutsette hendelser kan ha preget ungdommen. Det kan også tenkes at ungdom som hadde en vanskelig familiesituasjon pre-pandemi fikk situasjonen sin forverret under pandemien (Bakken, 2021). Å forstå tidlige symptomer på psykiske vansker hos ungdom under pandemien vil være nyttig informasjon til tjenester som arbeider med særlig sårbare barn og unge, slik som barnevernstjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien.

I lys av studiens hovedfunn er det svært viktig at det også rettes en oppmerksomhet mot ungdom post-pandemi. Ungdom kan ha mistet verdifull sosial kompetanse, utvikling og samhandling med jevnaldrende under pandemiens første fase (Heltne & Hauken, 2021). Denne oppmerksomheten bør spesielt komme fra de instansene som jobber tett med ungdom, deriblant barnevernstjenesten, skolesektoren og lignende institusjoner. Våre funn vil være relevant for flere instanser som jobber med barn og unge, dette på bakgrunn av at studien har kartlagt flere typer psykiske vansker og ulike sider ved pandemien. Tjenestene bør kunne møte ungdom med god kunnskap om hvordan pandemien har påvirket deres psykiske helse, for på den måten kan de fatte bedre beslutninger og tilrettelegge deretter.

8 Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V. M. A., & Althoff, R. R. M. D. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
- Achterberg, M., Dobbelaar, S., Boer, O. D., & Crone, E. (2021). Perceived stress as mediator for longitudinal effects of the COVID-19 lockdown on wellbeing of parents and children. *Scientific Reports*, 11(1), 2971-2971. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81720-8>
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following Child Maltreatment: A Review of Protective Factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272. <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. utg.). American Psychiatric Association.
- Andershed, H., & Andershed, A.-K. (2007). *Normbrytende atferd hos barn: hva sier forskningen?* Gyldendal akademisk.
- Atzrodt, C. L., Maknojia, I., McCarthy, R. D. P., Oldfield, T. M., Po, J., Ta, K. T. L., Stepp, H. E., & Clements, T. P. (2020). A Guide to COVID-19: a global pandemic caused by the novel coronavirus SARS-CoV-2. *The FEBS Journal*, 287(17), 3633-3650. <https://doi.org/10.1111/febs.15375>
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression & Anxiety*, 4(2), 67-78. <https://doi.org/10.1002/da.1048>
- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 8/21). NOVA, OsloMet <https://hdl.handle.net/11250/2767874>

- Barrett, A. E., & Turner, R. J. (2005). Family Structure and Mental Health: The Mediating Effects of Socioeconomic Status, Family Process, and Social Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(2), 156-169. <https://doi.org/10.1177/002214650504600203>
- Bekkhuis, M., Von Soest, T., & Fredriksen, E. (2020). Psykisk helse hos ungdom under covid-19 - Ensomhet, venner og sosiale medier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(7). <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2020/06/psykisk-helse-hos-ungdom-under-covid-19>
- Berg, R., Johansen, T. B., Jardim, P. S. J., Forsetlund, L., & Nguyen, H. L. (2020). *Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter*. (Rapport – 2020). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/tiltak-for-barn-og-unge-med-atferdsvansker-eller-som-har-begatt-kriminelle-handlinger-rapport-2020.pdf>
- Berk, L. E. (2013). *Child development* (9. utg.). Pearson.
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2000). *Social epidemiology*. Oxford University Press.
- Bjåstad, F. J., Wergeland, G. J., & Haugland, M. S. B. (2020). Angstlidelser hos ungdom. I L. R. Øhlckers, O. Heradstveit, & L. Sand (Red.), *Ungdom og psykisk helse* (s. 67-76). Fagbokforlaget.
- Bjørknes, R., Sandal, G. M., Mæland, S., Haug, E. M. M., & Lehmann, S. (2021). 'We are unlikely to return to the same world, and I do not want it to destroy my future.' Young people's worries through the outbreak of the COVID-19 pandemic. *Child & Family Social Work*, 27(2), 246-253. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cfs.12878>
- Blöte, A. W., & Westenberg, P. M. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 71(1), 110-118. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.01.005>
- Borbás, R., Fehlbaum, L. V., Dimanova, P., Negri, A., Arudchelvam, J., Schneider, C. B., & Raschle, N. M. (2021). Mental well-being during the first months of Covid-19 in adults and children: behavioral evidence and neural precursors. *Scientific reports*, 11(1), 17595-17595. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96852-0>

- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens: risiko og sunn utvikling* (3. utg.). Gyldendal.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2012). *SPSS for psychologists* (5. utg.). Palgrave Macmillan.
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S., & Smith, L. (2019). *Barn og relasjonsbrudd: tilknytningsbasert forståelse, utredning og behandlingstiltak: Bind 2: Mikroseparasjoner* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4. utg.). Oxford University Press.
- Bufdir. (2020). *Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien*. (Statusrapport 1) Barne- ungdoms og familiedirektoratet.
https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/utsatte_barn_og_unge_tjenestetilbud_under_covid19_pandemien_statusrapport_1-konvertert.pdf
- Bøe, T., Hysing, M., Skogen, J. C., & Breivik, K. (2016). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Factor Structure and Gender Equivalence in Norwegian Adolescents. *PLoS One*, *11*(5), e0152202-e0152202.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152202>
- Bøe, T., Overland, S., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2012). Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(10), 1557-1566. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0462-9>
- Campione-Barr, N., Rote, W., Killoren, S. E., & Rose, A. J. (2021). Adolescent Adjustment During COVID-19: The Role of Close Relationships and COVID-19-related Stress. *Journal of Research on Adolescence*, *31*(3), 608-622.
<https://doi.org/10.1111/jora.12647>
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(3), 339-350.
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-1004-z>

- Chahal, R., Kirshenbaum, J. S., Miller, J. G., Ho, T. C., & Gotlib, I. H. (2021). Higher Executive Control Network Coherence Buffers Against Puberty-Related Increases in Internalizing Symptoms During the COVID-19 Pandemic. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 6(1), 79-88.
<https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.08.010>
- Christensen, T., & Læg Reid, P. (2020). The coronavirus crisis-crisis communication, meaning-making, and reputation management. *International public management journal*, 23(5), 713-729. <https://doi.org/10.1080/10967494.2020.1812455>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design & analysis issues for field settings*. Houghton Mifflin Co.
- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>
- Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. Developmental Epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000184929.41423.c0>
- Covid-19-forskriften. (2020). *Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet* (FOR-2020-03-27-470). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-03-27-470>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. utg.). SAGE.
- Danielsen, A. G., Samdal, O., Hetland, J., & Wold, B. (2009). School-Related Social Support and Students' Perceived Life Satisfaction. *The Journal of Educational Research*, 102(4), 303-320. <https://doi.org/10.3200/JOER.102.4.303-320>

- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant Discrepancies in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Critical Review, Theoretical Framework, and Recommendations for Further Study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Journal of the Society of General Systems Research*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2019). *Analyser av krisescenarioer* (Rapport 2401). <https://www.dsb.no/rapporter-og-evalueringer/analyser-av-krisescenarioer-2019/>
- Doshi, P. (2011). The elusive definition of pandemic influenza. *World Health Organization*, 89(7), 532-538. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.086173>
- Drugli, M. B. (2013). *Atferdsvansker hos barn: evidensbasert kunnskap og praksis*. Cappelen Damm akademisk.
- Durkheim, É. (2004). *Readings from Émile Durkheim*. Routledge.
- Eidstuen, J. S., & Kornør, H. (2017). Diagnostisk nøyaktighet ved algoritmen til den norske versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *PsykTestBarn*, 1(2), 1-13. <https://psyktestbarn.r-bup.no/cms/files/806/fullversjon-sdq-algoritmen-strength-and-difficulties-questionnaire-algorithm.pdf>
- Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically Isolated but Socially Connected: Psychological Adjustment and Stress Among Adolescents During the Initial COVID-19 Crisis. *Canadian journal of behavioural science*, 52(3), 177-187. <https://doi.org/10.1037/cbs0000215>
- Elstad, J. I. (1998). The Psycho-social Perspective on Social Inequalities in Health. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 598-618. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00121>
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer*. Sosial- og Helsedirektoratet.

- Ezpeleta, L., Navarro, J. B., de la Osa, N., Trepato, E., & Penelo, E. (2020). Life Conditions during COVID-19 Lockdown and Mental Health in Spanish Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7327. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197327>
- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of Pure and Co-Occurring Internalizing and Externalizing Problems From Age 2 to Age 12: Findings From the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*, 46(5), 1159-1175. <https://doi.org/10.1037/a0020659>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5. utg.). SAGE.
- Folkehelseinstituttet. (2013). Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport). https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen*. (Rapport 2021). <https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelse- rapportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>
- Forns, M., Abad, J., & Kirchner, T. (2018). Internalizing and Externalizing Problems. I Levesque R. J. R. (Red.), *Encyclopedia of Adolescence* (s. 1965-1970). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-33228-4_261
- Frambu. (2020). *Psykisk helse*. Frambu - Kompetansesenter for sjeldne diagnoser. <https://frambu.no/tema/psykisk-helse/>
- Frérot, M., Lefebvre, A., Aho, S., Callier, P., Astruc, K., & Aho Glélé, L. S. (2018). What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017. *PLoS One*, 13(12), e0208442-e0208442. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208442>

- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>
- Geirdal, A. Ø., Ruffolo, M., Leung, J., Thygesen, H., Price, D., Bonsaksen, T., & Schoultz, M. (2021). Mental health, quality of life, wellbeing, loneliness and use of social media in a time of social distancing during the COVID-19 outbreak. A cross-country comparative study. *Journal of Mental Health*, 30(2), 148-155. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875413>
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1179-1191. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and Adolescent Psychiatry* (3. utg.). New York: Wiley.
- Graber, J. A. (2013). Pubertal timing and the development of psychopathology in adolescence and beyond. *Hormones and Behavior*, 64(2), 262-269. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.04.003>
- Hafstad, G. S., & Augusti, E.-M. (2020). Barn, ungdom og koronakrisen. *En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020. Delrapport 1 av 3.* (Rapport nr. 2 2020). https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/12/Rapport_2-20.pdf

- Hafstad, G. S., Sætren, S. S., Wentzel-Larsen, T., & Augusti, E.-M. (2021). Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid-19 outbreak – A prospective population-based study of teenagers in Norway. *The Lancet regional health - Europe*, 5(1), 100093 <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100093>
- Hagen, R., & Gudmundsen, A. (2011). Selvreferanse og refleksjon - Forholdet mellom teori og empiri i forskningsprosessen. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 52(4), 459-489. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-291X-2011-04-02>
- Hankin, B. L. (2009). Development of Sex Differences in Depressive and Co-Occurring Anxious Symptoms During Adolescence: Descriptive Trajectories and Potential Explanations in a Multiwave Prospective Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(4), 460-472. <https://doi.org/10.1080/15374410902976288>
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of Depression From Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 107(1), 128-140. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.128>
- Haug, E., Mæland, S., Lehmann, S., Bjørknes, R., Fadnes, L. T., Sandal, G. M., & Skogen, J. C. (2022). Increased Gaming During COVID-19 Predicts Physical Inactivity Among Youth in Norway-A Two-Wave Longitudinal Cohort Study. *Frontiers in Public Health*, 10(1), 812932. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.812932>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2020). *Omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/smk/pressemeldinger/2020/nye-tiltak/id2693327/>
- Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samhörighet og håp: Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. (Rapport IS-2428).
- Heleseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Heltne, U., & Hauken, M. A. (2021). *Pandemi og krisepsykologi: Psykososiale utfordringer og støttetiltak* (1. utg.) Fagbokforlaget.

- Heyerdahl, S. (2011). SDQ - Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge. *Norsk epidemiologi*, 13(1). <https://doi.org/10.5324/nje.v13i1.320>
- Holden, S., Bjørnland, H., von Brasch, T., Torstensen, K., Magnussen, J., Sæther, E., & Vellesen Løken, K. (2020). *Covid-19 samfunnsøkonomisk vurdering av smittevernstiltak*. (Rapport 2). Helsedirektoratet.
- Honjo, K. (2004). *Social epidemiology: Definition, history, and research examples*. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 9(5), 193-199. <https://doi.org/10.1007/BF02898100>
- Howe, N., Rinaldi, C. M., Jennings, M., & Petrakos, H. (2002). No! The Lambs Can Stay Out Because They Got Cozies: Constructive and Destructive Sibling Conflict, Pretend Play, and Social Understanding. *Child Development*, 73(5), 1460-1473. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00483>
- Hughes, J. A. (1990). *The philosophy of social research* (2. utg.). Longman.
- Jahoda, M. (1980). *Current concepts of positive mental health*. Arno Press.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt.
- John, S. (2020). The Ethics of Lockdown: Communication, Consequences, and the Separateness of Persons. *Kennedy Institute of Ethics journal*, 30(3), 265-289. <https://doi.org/10.1353/ken.2020.0015>
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., Rantanen, P., & Rimpelä, M. (2003). Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Social Science & Medicine*, 57(6), 1055-1064. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00480-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00480-X)
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23(6), 661-674. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0351>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey

- Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 617-627.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kjeldsen, A., Nilsen, W., Gustavson, K., Skipstein, A., Melkevik, O., & Karevold, E. B. (2016). Predicting Well-Being and Internalizing Symptoms in Late Adolescence From Trajectories of Externalizing Behavior Starting in Infancy. *Journal of Research on Adolescence*, 26(4), 991-1008. <https://doi.org/10.1111/jora.12252>
- Kleven, T. A. (2008). Validity and validation in qualitative and quantitative research. *Nordic studies in education*, 28(3), 219-233. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1891-5949-2008-03-05>
- Kleven, Ø. (2016). *Tillit til politiske institusjoner: Nordmenn på tillitstoppen i Europa*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/nordmenn-pa-tillitstoppen-i-europa>
- Knudsen, F. H. L. (2020). Atferdsforstyrrelser hos ungdom. I L. R. Øhlckers, O. Heradstveit, & L. Sand (Red.), *Ungdom og psykisk helse* (s. 131-139). Fagbokforlaget.
- Kornør, H., & Heyerdahl, S. (2013). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire, selvrapport (SDQ-S)*, 3(6). <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/sdq-s-strengths-and-difficulties-questionnaire-selvrapport>
- Kothari, B. H., Blakeslee, J., & Miller, R. (2020). Individual and interpersonal factors associated with psychosocial functioning among adolescents in foster care: A scoping review. *Children and youth services review*, 118, 105454.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105454>
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.) Gyldendal akademisk.
- Lam, C. B., McHale, S. M., & Crouter, A. C. (2014). Time With Peers From Middle Childhood to Late Adolescence: Developmental Course and Adjustment Correlates. *Child Development*, 85(4), 1677-1693. <https://doi.org/10.1111/cdev.12235>
- Landmark, A. F. (2018). *Det uforståelige barnet: Om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden* (2. utg.) Hertervig forlag akademisk.

- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Tapir akademisk forlag.
- Larsen, L., Helland, M. S., & Holt, T. (2021). The impact of school closure and social isolation on children in vulnerable families during COVID-19: A focus on children's reactions. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01758-x>
- Lehmann, S., Skogen, J. C., Haug, E., Mæland, S., Fadnes, L. T., Sandal, G. M., Hysing, M. & Bjørknes, R. (2021). Perceived consequences and worries among youth in Norway during the COVID-19 pandemic lockdown. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(7), 755-765. <https://doi.org/10.1177/1403494821993714>
- Lehmann, S., Skogen, J. C., Sandal, G. M., Haug, E. M. M., & Bjørknes, R. (2022). Emerging mental health problems during the COVID-19 pandemic among presumably resilient youth -a 9-month follow-up. *BMC Psychiatry*, 22(67), 1-12 <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-021-03650-z>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152(1), 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Luijten, M. A. J., van Muilekom, M. M., Teela, L., Polderman, T. J. C., Terwee, C. B., Zijlmans, J., Klaufus, L., Popma, A., Oostrom, K. J., van Oers, H. J. & Haverman, L. (2021). The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. *Quality of Life Research*, 30(10), 2795-2804. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02861-x>
- Madsen, O. J. (2018). *Generasjon prestasjon: Hva er det som feiler oss?* Universitetsforlaget.
- Magnus, P. (2013). *Epidemiologi* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6), e007079-e007079. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007079>

- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid* (Rapport :5) Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20075-trivsel-og-oppvekst--barndom-og-ungdomstid-pdf.pdf>
- McMahon, G., Creaven, A. M., & Gallagher, S. (2020). Stressful life events and adolescent well-being: The role of parent and peer relationships. *Stress & Health*, 36(3), 299-310. <https://doi.org/10.1002/smi.2923>
- Midtbø, T. (2007). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere: Med eksempler i SPSS*. Universitetsforlaget.
- Myhr, A., Naper, L. R., Samarawickrema, I., & Vesterbekkmo, R. K. (2021). Impact of COVID-19 Pandemic Lockdown on Mental Well-Being of Norwegian Adolescents During the First Wave—Socioeconomic Position and Gender Differences. *Frontiers in public health*, 9(1). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.717747>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (Rapport 2009:8). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Universitetsforlaget.
- Mæland, S., Bjørknes, R., Lehmann, S., Sandal, G. M., Hazell, W., Rabben, Å. K., Vedaa, Ø., Skogen, J. C. & Fadnes, L. T. (2021). *How the Norwegian population was affected by non-pharmaceutical interventions during the first six weeks of the COVID-19 lockdown*, 50(1), 94-101. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/14034948211027817>
- Naninck, E. F. G., Lucassen, P. J., & Bakker, J. (2011). Sex Differences in Adolescent Depression: Do Sex Hormones Determine Vulnerability? *Journal of Neuroendocrinology*, 23(5), 383-392. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2011.02125.x>
- Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (7. utg.). Pearson.

- Nilsen, S. A., Breivik, K., Wold, B., & Bøe, T. (2018). Divorce and Family Structure in Norway: Associations With Adolescent Mental Health. *Journal of divorce & remarriage*, 59(3), 175-194. <https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1402655>
- Nordahl, T., Sørli, M.-A., Manger, T., & Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Fagbokforlaget.
- NOU 2021: 6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien: Rapport fra Koronakommisjonen*. Statministerens kontor. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5d388acc92064389b2a4e1a449c5865e/no/pdfs/nou202120210006000dddpdfs.pdf>
- Nyeng, F. (2017). *Hva annet er også sant? - En innføring i vitenskapsfilosofi*. Fagbokforlaget.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. <https://tidsskriftet.no/2001/06/kronikk/livskvalitet-som-psykisk-velvaere>
- Næss, Ø., Elstad, J. I., Westin, S., & Mæland, J. G. (2009). Sosial epidemiologi - et nytt fagfelt med tradisjoner. I Ø. Næss, J. I. Elstad, S. Westin, & J. G. Mæland (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 15-30). Gyldendal akademisk.
- Nøkleby, H., Berg, R. C., Muller, A. E. & Ames, H. M. R. (2021a). *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: En hurtigoversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2021/konsekvenser-av-covid-19-pa-barn-og-unges-liv-og-helse/>
- Nøkleby, H., Borge, T. C., & Johansen, T. B. (2021b). *Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske helse: Oppdatering av en hurtigoversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/oppdatering-av-hurtigoversikt-covid-barn-002.pdf>
- OECD, & Union, E. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

- Ogden, T. (2022). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge* (2. utg.) Gyldendal.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2019). *Adolescent mental health: Prevention and intervention* (2. utg.). Routledge.
- Oliva, A., Parra, A., & Reina, M. C. (2014). Personal and Contextual Factors Related to Internalizing Problems During Adolescence. *Child & Youth Care Forum*, 43(4), 505-520. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9250-5>
- Olson, S. L., Sameroff, A. J., Lansford, J. E., Sexton, H., Davis-Kean, P., Bates, J. E., Pettit, G. S. & Dodge, K. A. (2013). Deconstructing the externalizing spectrum: Growth patterns of overt aggression, covert aggression, oppositional behavior, impulsivity/inattention, and emotion dysregulation between school entry and early adolescence. *Development and Psychopathology*, 25(3), 817-842. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000199>
- Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S.-J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 634-640. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7. utg.). Open University Press.
- Pearcey, S., Shum, A., Raw, J., Waite, P., Patalay, P., & Creswell, C. (2020). *Changes in children and young people's emotional and behavioural difficulties through lockdown* (Report 04). https://cospaceoxford.org/wp-content/uploads/2020/06/Co-SPACE-report-04_06-09-21.pdf
- Penner, F., Hernandez Ortiz, J., & Sharp, C. (2021). Change in Youth Mental Health During the COVID-19 Pandemic in a Majority Hispanic/Latinx US Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(4), 513-523. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.12.027>
- Popper, K. R. (1959). *The logic of scientific discovery*. Hutchinson.

- Porta, M., Greenland, S., Burón, A., & International Epidemiological, A. (2014). *A dictionary of epidemiology* (6. utg.). Oxford University Press.
- Punch, K. F. (2014). *Introduction to social research: Quantitative & qualitative approaches* (3. utg.). Sage.
- Rao, U., & Chen, L.-A. (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *11*(1), 45-62. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/urao>
- Rasalingam, A., Clench-Aas, J., & Raanaas, R. K. (2017). Peer Victimization and Related Mental Health Problems in Early Adolescence: The Mediating Role of Parental and Peer Support. *The Journal of early adolescence*, *37*(8), 1142-1162. <https://doi.org/10.1177/0272431616653474>
- Raw, J. A. L., Waite, P., Pearcey, S., Shum, A., Patalay, P., & Creswell, C. (2021). Examining changes in parent-reported child and adolescent mental health throughout the UK's first COVID-19 national lockdown. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *62*(12), 1391-1401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13490>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Rosen, M., Rodman, A. M., Kasperek, S. W., Mayes, M., Freeman, M. M., Lengua, L. J., Meltzoff, A. N. & McLaughlin, K. A. (2021). Promoting youth mental health during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *PloS one*, *16*(8), e0255294-e0255294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255294>
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(8), 1092-1115. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00194>
- Ruyter, K. W. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

- Rønning, J. A., Handegaard, B. H., Sourander, A., & Mørch, W.-T. (2004). The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(2), 73-82.
<https://doi.org/10.1007/s00787-004-0356-4>
- Salbu, A. K. (2014). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Sale, J. E. M., Lohfeld, L. H., & Brazil, K. (2002). Revisiting the Quantitative-Qualitative Debate: Implications for Mixed-Methods Research. *Quality & Quantity, 36*(1), 43-53.
<https://doi.org/10.1023/A:1014301607592>
- Shi, Q., Ettekal, I., Deutz, M. H. F., & Woltering, S. (2020). Trajectories of Pure and Co-Occurring Internalizing and Externalizing Problems From Early Childhood to Adolescence: Associations With Early Childhood Individual and Contextual Antecedents. *Developmental psychology, 56*(10), 1906-1918.
<https://doi.org/10.1037/dev0001095>
- Skandsen, A. (2020). Ungdom og depresjon. I L. R. Øhlckers, O. Heradstveit, & L. Sand (Red.), *Ungdom og psykisk helse* (s. 83-94). Fagbokforlaget.
- Soest Von, T., Bakken, A., Pedersen, W., & Sletten, M. A. (2020). Livstilfredshet blant ungdom før og under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0437>
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support? *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.155>
- Stänicke, I. L. (2020). Ungdomstid som utviklingsfase. I L. R. Øhlckers, O. Heradstveit, & L. Sand (Red.), *Ungdom og psykisk helse* (s. 55-61). Fagbokforlaget.
- Sweeney, M. M. (2010). Remarriage and Stepfamilies: Strategic Sites for Family Scholarship in the 21st Century. *Journal of marriage and family, 72*(3), 667-684.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00724.x>

- Syse, A. (2020). *Ulike samfunn, ulike epidemier*. Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/ulike-samfunn-ulike-epidemier>
- Sørensen, L., & Skogan, H. A. (2020). Ungdom og ADHD. I L. R. Øhlckers, O. Heradstveit, & L. Sand (Red.), *Ungdom og psykisk helse* (s. 97-104). Fagbokforlaget.
- Teixeira, S. M. A., Coelho, J. C. F., Sequeira, C. A. d. C., Lluch i Canut, M. T., & Ferré-Grau, C. (2019). The effectiveness of positive mental health programs in adults: A systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 27(5), 1126-1134.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12776>
- Telenti, A., Arvin, A., Corey, L., Corti, D., Diamond, M. S., García-Sastre, A., & Garry, R. F. (2021). After the pandemic: perspectives on the future trajectory of COVID-19. *Nature*, 596(7873), 495-504. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03792-w>
- Thorell, L. B., Sjöwall, D., Diamatopoulou, S., Rydell, A.-M., & Bohlin, G. (2017). Emotional functioning, ADHD symptoms, and peer problems: A longitudinal investigation of children age 6-9.5 years: Emotional functioning, ADHD symptoms and peer problems. *Infant and child development*, 26(4), e2008.
<https://doi.org/10.1002/icd.2008>
- Thorvaldsen, S., Westgren, B. B., Egeberg, G., & Rønning, J. A. (2018). Mobbing, digital mobbing og psykisk helse hos barn og unge i Tromsø. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 95(2-03), 128-142. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1891-1838-2018-02-03-05>
- Ulset, V. S., & von Soest, T. (2022). Posttraumatic growth during the COVID-19 lockdown: A large-scale population-based study among Norwegian adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 1(1), 1-14. <https://doi.org/10.1002/jts.22801>
- Universitetet i Bergen. (2019). *RETTE – UiBs prosjektoversikt*.
<https://www.uib.no/personvern/128207/krav-om-registrering-av-prosjektet-ditt-i-rette>
- Universitetet i Bergen. (2021). *Bergen i Endring COVID19 studien - BiE studien*.
<https://www.uib.no/igs/135092/bergen-i-endring-covid19-studien-bie-studien#hva-inneb-rer-prosjektet->

- Waite, P., Pearcey, S., Shum, A., Raw, J. A. L., Patalay, P., & Creswell, C. (2021). How did the mental health symptoms of children and adolescents change over early lockdown during the COVID-19 pandemic in the UK? *JCPP advances*, *1*(1), e12009.
<https://doi.org/10.1111/jcv2.12009>
- Wang, J., Yang, Y., Lin, H., Richards, M., Yang, S., Liang, H., Chen, X. & Fu, C. (2021). Impact of psychosocial stressors on emotional and behavioral problems in Chinese adolescents during the COVID-19 period: the explanatory value of loneliness. *Translational Pediatrics*, *10*(11), 2929-2940. <https://doi.org/10.21037/tp-21-300>
- Weeks, M., Ploubidis, G. B., Cairney, J., Wild, T. C., Naicker, K., & Colman, I. (2016). Developmental pathways linking childhood and adolescent internalizing, externalizing, academic competence, and adolescent depression. *Journal of Adolescence*, *51*(1), 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.009>
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3. utg.). The Guilford Press
- Work & Family Life. (2014). When to worry about a moody adolescent. *Work & Family Life*, *29*(2), 5. <https://www.proquest.com/magazines/when-worry-about-moody-adolescent/docview/1497395653/se-2?accountid=8579>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
- World Health Organization. (2005). *Promoting Mental Health : Concepts, emerging evidence, practice*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>
- World Health Organization. (2010). *What is a pandemic?*
https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/
- World Health Organization. (2018). *WHO guidance for contingency planning*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260554/WHO-WHE-CPI-2018.13-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- World Health Organization. (2021). *Who Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*.
<https://covid19.who.int/table>
- World Health Organization. (2022). *Adolescent health*. World Health Organization.
https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wright, N., Hill, J., Sharp, H., & Pickles, A. (2021). Interplay between long-term vulnerability and new risk: Young adolescent and maternal mental health immediately before and during the COVID-19 pandemic. *JCPP advances*, 1(1), e12008.
<https://doi.org/10.1111/jcv2.12008>
- Zarbatany, L., Hartmann, D. P., & Rankin, D. B. (1990). The Psychological Functions of Preadolescent Peer Activities. *Child Development*, 61(4), 1067-1080.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02842.x>
- Zhou, S.-J., Zhang, L.-G., Wang, L.-L., Guo, Z.-C., Wang, J.-Q., Chen, J.-C., Liu, M., Chen, X & Chen, J.-X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749-758.
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
- Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of Conduct Disorder and Its Adult Outcomes with Depressive and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(3), 547-556. <https://doi.org/10.1097/00004583-199205000-00024>

Vedlegg 1 – Samtykkeskjema kohort 1



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Bergen i endring – hvordan ble livet til barn og ungdom under og etter korona epidemien?

En av dine foresatte har gitt oss lov til å invitere deg til å delta i vårt forskningsprosjekt for å undersøke hvordan livet ditt er i korona epidemien og spesielt etter at skolene stengte. Før du bestemmer deg er det viktig at du forstår hvorfor forskningen gjøres og hva det betyr for deg. Lese dette informasjonsskrivet og ta kontakt om du lurer på noe.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Med stengte skoler og mye tid med familien er det viktig at du som ung får si noe om hvordan du har det. Vi vil undersøke med spørreskjema hvordan livet ditt har vært etter korona utbruddet.

I denne undersøkelsen spør vi hvordan helsen din er, hvordan du har det i dagliglivet, om du har bekymringer og hvordan du sover. For mange er mobilen eneste måte å holde kontakt med venner og familie på og vi vil vite hvor mye du bruker mobilen nå, hvor mye du spiller/gamer og hvordan stemningen er i familien din.

Undersøkelsen vil gi ny kunnskap om hva som er viktig for at barn og unge skal ha det bra, når vi er i situasjoner som gjør at skole og fritidsaktiviteter blir stengt. Du er invitert til å delta uansett om du har vært syk av viruset eller ikke.

Vi vil også be om at du gir oss mulighet til å invitere deg til senere undersøkelser i samme prosjekt. Ved å svare her samtykker du til dette.



MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil ikke være noen direkte fordeler eller ulemper for deg knyttet til å delta i prosjektet. Ved å svare på spørreskjema kan noen spørsmål kanskje vekke ubehag eller irritasjon. Dersom du opplever dette og har behov for noen å snakke med bør du ta kontakt med Alarmtelefonen for barn og unge på telefon eller chat:

tlf: 116 111 chat: www.sidetmedord.no

Å dele dine erfaringer med korona epidemien vil kunne bidra i oppfølging av de som ble syk, men også de som ikke ble syk, men ikke fikk gå på skole og være med venner.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Ved å trykke deg videre i skjema samtykker du til å delta.

Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet får det ingen konsekvenser for oppfølging fra helsetjenestene eller kommunen.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes til å belyse konsekvensene av korona epidemien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er lagret, og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Universitetet i Bergen er databehandler og er ansvarlig for å tilse etterrettelig behandling av din informasjon.

I vår behandling av data vil ditt navn erstattes med en kode. Ingen gjenkjennende opplysninger om deg vil inngå i våre analyser. En koblingsnøkkel som oppbevares separat knytter koden til ditt navn. Koblingsnøkkelen mellom din unike kode og ditt navn er oppbevart på en sikker server der kun prosjektleder vil ha tilgang.

Medlemmer ved Universitetet i Bergen og Folkehelseinstituttet vil ha tilgang på aidentifiserte forskningsdataene som lagres på en lukket forskningsserver ved Universitetet i Bergen. Bergen kommune vil ha tilgang på anonyme data fra prosjektet. Anonyme data lagres ved NSD, Norsk senter for forskningsdata etter prosjektslutt. Bedre tilgjengeliggjøring og mer gjenbruk av forskningsdata kan bidra til vitenskapelige fremskritt ved at hver enkelt forsker får et større datagrunnlag å bygge på, til økt etterprøvbarehet og bedre kvalitetssikring.

OPPFØLGINGSPROSJEKT

Prosjektet har som formål å undersøke hvordan COVID-19 påvirker alle Bergen kommunes innbyggere. Vi ønsker derfor å kontakte deg både nå og på senere tidspunkt.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning REK Vest saksnummer 131560

Behandlingen av personopplysninger i prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav e) ("nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse") og artikkel 9 nr. 2 bokstav j) ("nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig forskning"), supplert med ditt samtykke.



UNIVERSITETET I BERGEN



BERGEN
KOMMUNE



Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med prosjektleder ved Universitetet i Bergen,

Silje Mæland, e-post: bie.studien@uib.no

Personvernombud ved Universitetet i Bergen er Janecke Veim, epost: janecke.veim@uib.no

Vedlegg 2 – Samtykkeskjema kohort 2



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Bergen i endring – hvordan ble livet til ungdom under og etter koronaepidemien?

Vi inviterer deg til å delta i vårt forskningsprosjekt for å undersøke hvordan livet ditt er i koronaepidemien og spesielt etter at skolene stengte. Før du bestemmer deg er det viktig at du forstår hvorfor forskningen gjøres og hva det betyr for deg. Lese dette informasjonsskrivet og ta kontakt om du lurer på noe.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Med stengte skoler og mye tid med familien er det viktig at du som ung får si noe om hvordan du har det. Vi vil undersøke med spørreskjema hvordan livet ditt har vært etter koronautbruddet.

I denne undersøkelsen spør vi hvordan helsen din er, hvordan du har det i dagliglivet, om du har bekymringer og hvordan du sover. For mange er mobilen eneste måte å holde kontakt med venner og familie på og vi vil vite hvor mye du bruker mobilen nå, hvor mye du spiller/gamer og hvordan stemningen er i familien din.

Undersøkelsen vil gi ny kunnskap om hva som er viktig for at unge skal ha det bra, når vi er i situasjoner som gjør at skole og fritidsaktiviteter blir stengt.

Du er invitert til å delta fordi ditt telefonnummer er registrert tilhørende elev ved en videregående skole som er eid av Vestland fylkeskommune. Dersom ditt tlf nr

Vi ønsker ditt svar uansett om du har vært syk av viruset eller ikke.

Vi vil også be om at du gir oss mulighet til å invitere deg til senere undersøkelser i samme prosjekt. Ved å samtykke til deltakelse i denne studien, samtykker du også til dette. Som 16 år og eldre har du rett til å samtykke til deltagelse uten å spørre foreldrene dine.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil ikke være noen direkte fordeler eller ulemper for deg knyttet til å delta i prosjektet. Ved å svare på spørreskjema kan noen spørsmål kanskje vekke ubehag eller irritasjon. Dersom du opplever dette og har behov for noen å snakke med bør du ta kontakt med Alarmtelefonen for barn og unge på telefon eller chat:

tlf: 116 111 chat: www.sidetmedord.no

Å dele dine erfaringer med koronaepidemien vil kunne bidra i oppfølging av de som ble syk, men også de som ikke ble syk, men ikke fikk gå på skole og være med venner.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Ved å trykke deg videre i skjema samtykker du til å delta.

Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet får det ingen konsekvenser for oppfølging fra helsetjenestene, fylkeskommune eller kommunen.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes til å belyse konsekvensene av koronaepidemien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er lagret, og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Universitetet i Bergen er databehandler og er ansvarlig for å tilse etterrettelig behandling av din informasjon. Vi bruker kun informasjon om telefonnummer registrert tilhørende elev ved en av Vestland fylkeskommune sine videregående skoler i Bergen kommune, til gjennomføring av denne studien.

I vår behandling av data vil ditt telefonnummer erstattes med en kode. En koblingsnøkkel som oppbevares separat knytter koden til ditt telefonnummer. Ingen gjenkjennende opplysninger om deg vil inngå i våre analyser.

Koblingsnøkkelen mellom din unike kode og ditt telefonnummer er oppbevart på en sikker server der kun prosjektleder vil ha tilgang. Denne skal kun brukes til å invitere deg til oppfølgingsstudier knyttet til livet etter korona (nevnt over).

Medlemmer ved Universitetet i Bergen og Folkehelseinstituttet vil ha tilgang på aidentifiserte forskningsdataene som lagres på en lukket forskningsserver ved Universitetet i Bergen. Vestland fylkeskommune vil ikke ha tilgang på data fra prosjektet. Anonyme data lagres ved NSD, Norsk senter for forskningsdata etter prosjektslutt. Bedre tilgjengeliggjøring og mer gjenbruk av forskningsdata kan bidra til vitenskapelige fremskritt ved at hver enkelt forsker får et større datagrunnlag å bygge på, til økt etterprøvnbarhet og bedre kvalitetssikring.

OPPFØLGINGSPROSJEKT

Prosjektet har som formål å undersøke hvordan COVID-19 påvirker alle Bergen kommunes innbyggere. Vi ønsker derfor å kontakte deg både nå og på senere tidspunkt.



UNIVERSITETET I BERGEN



Vestland
fylkeskommune



GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning REK Vest saksnummer 131560

Behandlingen av personopplysninger i prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav e) ("nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse") og artikkel 9 nr. 2 bokstav j) ("nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig forskning"), supplert med ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med prosjektleder ved Universitetet i Bergen, Silje Mæland, e-post: bie.studien@uib.no

Personvernombud ved Universitetet i Bergen er Janecke Veim, epost: janecke.veim@uib.no