

Tjenestebruk blant ungdom i Bergen under covid-19-pandemien.

Service use among youth in Bergen during the covid-19-pandemic.

Ida Kløvfjell & Tone Koland



MASTEROPPGAVE

Master i barnevern

Våren 2022

Det psykologiske fakultet

Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL)

Hovedveileder: Stine Lehmann

Førsteamanuensis ved HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen

Forord

Denne oppgaven er skrevet i forbindelse med avsluttende utdanning for master i barnevern ved institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL). Arbeidet har funnet sted i perioden høsten 2021-våren 2022. I en hverdag preget av manglende sosial kontakt, restriksjoner og smittevernstiltak grunnet covid-19-pandemien, har vi verdsatt et prosjekt som har bidratt til struktur. Å tilegne seg kunnskap om covid-19, ungdoms liv og tjenestebruk har vært lærerikt, spennende og omfattende. Vi har fått innsikt i det komplekse samspillet mellom brukere, tjenesteytere og samfunnet. Det har bidratt til bevisstgjøring av egen erfaring og refleksjon. Vi håper du som leser får forståelse av samfunnsoppdraget: likeverdig tjenestetilbud med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat etter ungdoms behov.

Vi vil gjerne benytte anledningen til å takke vår veileder Stine Lehmann, som har gjort det mulig å delta i prosjektet Bergen i Endring. Vi takker deg for hjelp med akademisk skriving, struktur og innhold. En ekstra takk for tiltroen og oppfordringen av artikkelbasert masteroppgave.

En takk fortjener medstudenter og kjærester, som har interessert seg for oppgavens tematikk, veiledet og gitt råd. Vi takker dere for åpenhet og engasjement. Venner og familie, tusen takk for støtte og gjennomlesning.

Troende om at masteroppgaven kan være med å løfte frem ny forskning om ungdom under covid-19-pandemien, håper vi artikkelen og kappeteksten bidrar til refleksjon og ettertanke.

Til deg som leser- god lesing!

Bergen, mai. 2022

Ida Kløvfjell

Tone Koland

Ida Kløvfjell

Tone Koland

Sammendrag

Bakgrunn. Smittevernstiltakene har endret tjenestenes evne til normalproduksjon, hvor flere kommunale- og spesialisthelsetjenester har rapportert om redusert tjenestetilbud. Når tjenester faller bort, er det brukerne selv som kan fortelle om konsekvensene.

Formål. Studiet ble utviklet for å kartlegge omfanget av selvrapportert tjenestekontakt blant ungdom før og syv til ni uker under covid-19-pandemien. Vi ønsket å belyse forhold som kan ha påvirket likeverdig og behovsstyrt tjenestekontakt.

Metode. Datainnsamlingen fant sted i perioden 27. april til 11 mai 2020, og utvalget besto av 2997 respondenter i alderen 12 – 19 år fra Bergen kommune. Ved hjelp av regresjonsanalyser undersøkte vi om det var sammenheng mellom ungdoms kjønn, alder, psykisk helse, sosioøkonomisk status, permitterte foreldre, og nedgang i kontakt med henholdsvis kommunale- og spesialisthelsetjenester.

Resultat. Om lag en av tre ungdom ($n = 1022$; 34 %) var i kontakt med tjenester før pandemien. Oppsiktsvekkende rapporterte et flertall av ungdom om redusert tjenestekontakt med kommunale helsetjenester ($n = 609$; 66.3 %) og spesialisthelsetjenester ($n = 144$; 58.5 %) under pandemien. Jenter, lavere alder og økt symptomtrykk av psykiske vansker var assosiert med redusert kontakt med kommunale helsetjenester. Vi fant ingen grunn til antagelse om at hverken sosioøkonomisk status eller permitterte foreldre var assosiert med nedgang i kommunale- eller spesialisthelsetjenester.

Relevans. Funnene har relevans for ansatte i kommunale- og spesialisthelsetjenester, politikere, forskere og andre med interesse for feltet.

Nøkkelord. Likebehandling, tjenestetilgang, covid-19-pandemien, ungdom.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD

SAMMENDRAG

1.0 INNLEDNING	1
1.1 FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	1
1.2 AVGRENŚING	2
1.3 STRUKTUR	2
1.4 RELEVANS FOR BARNEVERNET	3
1.5 OPERASJONALISERING AV SENTRALE BEGREPER	3
1.6 DEFINERING AV TJENESTEBRUK	4
1.6.1 KOMMUNALE HELSETJENESTER	4
1.6.2 SPESIALISTHELSETJENESTER	6
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	7
2.1 BYRÅKRATI	7
2.2 BAKKEBYRÅKRATI	8
3.0 FORSKNINGSGJENNOMGANG	10
3.1 COVID-19-PANDEMIEN	10
3.2 UNGDOMS RETT PÅ LIK TILGANG TIL TJENESTER	11
3.3 UNGDOMS KONTAKT MED TJENESTER UNDER PANDEMIEN	12
3.4 UNGDOMS PSYKISK HELSE OG KONTAKT MED TJENESTER	14
3.4.1 UNGDOMS PSYKISKE HELSE UNDER COVID-19-PANDEMIEN	15
3.5 SOSIOØKONOMISK STATUS (SES)	16
3.6 PERMITTERING SOM FØLGE AV COVID-19-PANDEMIEN	18
3.7 SENTRALE FUNN FOR VIDERE FORSKNING	19
4.0 METODE	19
4.1 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED	20
4.2 FORSKNINGSDESIGN	21
4.3 PROSEDYRE VED DATAINNSAMLING	21
4.3.1 REKRUTTERINGSPROSEDYRER	22
4.4 UTVALG	23

4.5 MÅLEINSTRUMENT/VARIABLER	23
4.5.1 TJENESTEBRUK FØR PANDEMIEN	24
4.5.2 TJENESTEBRUK SYV TIL NI UKER UNDER COVID-19-PANDEMIEN	25
4.6 ANALYSER	25
4.6.1 DESKRIPTIV ANALYSE	26
4.6.2 KORRELASJONSANALYSE	28
4.6.3 LOGISTISK REGRESJONSANALYSE	28
4.6.4 MANGLENDE DATA	30
4.7 KVALITETSSIKRING AV STUDIEN	31
4.7.1 VALIDITET	31
4.7.2 RELIABILITET	32
4.8 ETISKE BETRAKTNINGER	33
5.0 OPPSUMMERING	34
6.0 LITTERATURLISTE	35

Vedlegg 1: Artikkel

Vedlegg 2: Retningslinjer fra UIB: Masteroppgave som artikkel

Vedlegg 3: Forfatterveiledning: Tidsskrift for velferdsforskning

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykke

Vedlegg 5: Alderstilpasset 12 – 15 år informasjonsskriv foreldre-samtykke

Vedlegg 6: Alderstilpasset 16 – 17 år informasjonsskriv samtykke

1.0 Innledning

Likeverdig tilgang til helsetjenester er et viktig mål for norsk velferdsstat. Det innebærer rettferdig fordelt og behovsstyrt tjenestetilgang, uavhengig av ungdoms kjønn, etnisitet, bosted, økonomi og livssituasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Imidlertid kan smittevernstiltakene som følge av pandemien ha affisert den offentlige forvaltningen. Det kan ha påvirket tjenesteyternes evne til å levere tjenester og opprettholdelse av tjenstekontakt (Bufdir, 2020a). Her kan en stille seg undrende til hvordan ungdoms bruk av tjenester har blitt påvirket. Sådan hvordan ungdom har opplevd tjenstekontakt under pandemien.

De aller fleste får helsehjelpen de trenger, men behovet for hjelp har muligens økt under pandemien (Førde et al., 2020). Norske ungdommer opplevde begrensinger i hverdagslivet som førte til økt psykiske vansker (Lehmann et al., 2022). Familielivet ble også endret, hvor en bølge av permitterte foreldre og redusert inntekt preget familiedynamikken (Hølaas, 2021). Denne masteroppgaven undersøker ulike faktorer som kan ha en sammenheng med ungdoms tjenstekontakt i pandemiens første nedstengning. Kunnskap om ungdoms selvrapporterte tjenstebruk under nasjonal nedstengning, kan muligens bedre ivareta ivaretagelse av ungdom ved fremtidige kriser. Studiet kartlegger derfor tjenstekontakt før og inn under covid-19-pandemien og identifiserer forhold som kan utfordre likeverdig- og behovsstyrt tjenestetilgang.

1.1 Formål og forskningsspørsmål

Studiets hensikt var å få mer kunnskap om ungdom under kriser og deres bruk av tjenester i krisetid. Vi vet lite om hvilke tjenester ungdom har brukt under pandemien, og hvordan tjenestetilbudet har blitt opplevd av ungdom. Kunnskap om ungdom i en tid hvor skolen var stengt og deres bruk av hjelpetjenester, kan bidra til viktig informasjon om tilrettelegging og tjensteutvikling i tråd med ungdoms behov. Det primære formålet med denne masteroppgaven var å kartlegge selvrapportert bruk av tjenester for ungdom før covid-19-pandemien, og undersøke om ungdom opplevde endring i tilgang til tjenester i første del av nedstengningen. Vi undersøkte også om det var særlige kjennetegn ved ungdom som hadde opplevd redusert tjenestetilgang. Dette ved å undersøke sammenhengen mellom faktorer som kjønn, alder, psykiske helse, selvopplevd sosioøkonomisk status, permitterte foreldre og nedgang i tjenstebruk. Med utgangspunkt i data samlet inn syv til ni uker inn i covid-19-pandemien, søker masteroppgaven å besvare følgende forskningsspørsmål:

1. Hva var omfanget av selvrapportert tjenestebruk *før* og *syv til ni* uker under covid-19-pandemien?
2. Er det en sammenheng mellom ungdoms kjønn, alder, psykisk helse og nedgang i kontakt med henholdsvis kommunale- og spesialisthelsetjenester under nasjonal nedstengning?
3. Er det en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og permitterte foreldre, og nedgang i kontakt med tjenester?

1.2 Avgrensing

Denne masteroppgaven er et underprosjekt til studien Bergen i endring (BiE-studien). Studien tar for seg en rekke ulike tematikker under pandemiens nedstengninger: barn, voksne, bekymringer, påvirkninger og konsekvenser (Bjørknes et al., 2021; Lehmann et al., 2021; Lehmann et al., 2022; Mæland et al., 2021). Vårt datamateriale fra BiE-studien er avgrenset til ungdom i aldersgruppen 12 – 19 år, tjenestebruk, psykisk helse, sosioøkonomisk status og permitterte foreldre. Følgelig har vi avgrenset studiet ved å se på nedgang i tjenestebruk blant ungdom. Da retningslinjer for artikkel og kappetekst begrenser omfanget, har vi valgt å avgrense det teoretiske rammeverket i to teorier: byråkratiet (Weber, 1985) og bakkebyråkratiet (Lipsky, 1980). Tidligere forskning (kapittel 3) retter seg primært mot norske studier, da vi har ønsket å finne litteratur som hadde høy relevans for våre data om ungdom i Bergen.

1.3 Struktur

Masteroppgaven er utformet som en artikkel med tilhørende kappetekst etter retningslinjer fra masteroppgave i barnevern ved universitet i Bergen (Universitetet i Bergen, u.å.). Valg av format grunner i et ønske om at kunnskapen skal være lett tilgjengelig, anvendes og nå ut til et bredere publikum. Artikkelen (vedlegg 1) er utarbeidet i tråd med retningslinjer til tidsskriftet «tidsskrift for velferdsforskning» (vedlegg 2), med tanke på publisering. Artikkelformatet bør ikke overskride 46 000 tegn (med mellomrom) inkludert sammendrag, referanser og litteraturliste. Artikkelen inneholder 46 111 tegn (med mellomrom) og leveres sammen med en kappetekst. Artikkelen beskriver kort forskningsstatus og metodiske valg, og har hovedfokus på å formidle studiets funn og påfølgende diskusjon. Kappeteksten er en gjennomgang av teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Kappeteksten vil også gi en grundigere beskrivelse av metodiske og analytiske valg, samt kvalitetssikring av studien. Kappeteksten består av fem kapitler. Kapittel en (introduksjon) gjør rede for studiets tematikk og forskningsspørsmål.

Kapittel to (teori) redegjør for studiets teoretiske rammeverk. Kapittel tre gir en forskningsgjennomgang av sentrale kunnskapshull, og avrundes med en oppsummering. Det teoretiske rammeverket og forskningsgjennomgangen danner grunnlag for studiets metodedel. Kapittel fire (metode) gjør rede for vitenskapsteoretisk ståsted, forskningsdesign, prosedyre for datainnsamling, studiets utvalg, måleinstrument og analyser. Vi vil også drøfte studiets validitet, reliabilitet og etiske betraktninger. Avslutningsvis presenterer kapittel fem (oppsummering) en kort gjennomgang av hovedelementene i kappeteksten.

1.4 Relevans for barnevernet

Utfordringene ungdom står ovenfor er ofte sammensatte, og vil da overskride flere fagfelt. Det kan føre til at ungdom har behov for hjelp fra flere velferdstjenester. Dersom ungdom har behov for hjelp fra flere instanser, er det nødvendig med helhetlige og koordinerte hjelpe- og tjenesteapparater. Det krever tverrfaglig samarbeid mellom de ulike instansene, slik at ungdom får sikre skreddersydde tjenester og forebyggende tiltak etter behov (Fylling og Henriksen, 2020). Vår studie frembringer kunnskap om ungdoms bruk av tjenester før og under covid-19-pandemien med henholdsvis kommunale- og spesialisthelsetjenester. Barnevernet er blant en av mange hjelpetjenester som inngår i kategorien kommunale hjelpetjenester. Studien kan derfor være til hjelp for barnevernet i forståelsen av hvordan ungdoms bruk av tjenester var affisert under covid-19-pandemien. Slik kunnskap kan være til hjelp for å gjøre tjenester mer tilgjengelige ved fremtidige pandemier.

1.5 Operasjonalisering av sentrale begreper

Pandemi er en verdensomspennende epidemi av en sykdom (WHO, 2009).

Covid-19-pandemien skyldes smittespredning av koronaviruset sars-CoV-2. Begrepet blir brukt for å beskrive en global krise som har rystet ulike befolkninger, samfunn og land (Folkehelseinstituttet, 2020b).

Tjenestebruk inkluderer ungdom 12 – 19 år som har tatt i bruk tjenester fra enten kommunale- eller spesialisthelsetjenester før og syv til ni uker inn i covid-19-pandemiens nedstengninger.

Psykisk helse er en «tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (WHO, 2018).

Psykiske vansker refererer til symptomer som i betydelig grad går utover egen trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre, men uten at kriteriene for en diagnose er tilfredsstilt (Mykletun et al., 2009). Psykiske vansker er i denne studien kartlagt av screeningsverktøyet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), og er målt gjennom symptomtrykk av psykiske vansker (Goodman, 1997).

Sosioøkonomisk status (SES) er i denne studien en betegnelse for ungdoms subjektive opplevelse av familiens økonomi. Vi vil videre benytte forkortelsen SES.

Permittering referer til når virksomheten reduseres i en periode eller stanses (Arbeidstilsynet, u.å.a; NAV, 2022). **Permitterte foreldre** blir brukt som en samlebetegnelse for foresatte som har blitt midlertidig fratatt arbeid som følge av covid-19-pandemien.

1.6 Definerings av tjenestebruk

For å systematisere ungdoms tjenestebruk, har vi valgt å bruke begrepene kommunale- og spesialisthelsetjenester. Begrepene inkluderer flere tjenester, som i det neste vil bli kort presentert for videre forståelse av analyser, funn og diskusjon. Tjenestene tilbyr ulik tilrettelegging, hjelp og tiltak: alle med formål om å være til hjelp for barn og unge. Vi gjør oppmerksom på at ungdom kan ha benyttet andre tjenester under pandemien, som ikke er inkludert i studiet. Eksempelvis mental helse ungdom, SnakkOmPsyken, barnevakten, røde kors, blå kors eller alarmtelefonen for barn og unge (Helse Norge, 2020).

1.6.1 Kommunale helsetjenester

Tjenesten er en samlebetegnelse for alle helsetjenestene kommunene har ansvar for å drive (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.). I studiet inkluderer begrepet: helsestasjon for ungdom, barne- og familiehjelpen eller ung arena, pedagogisk psykologisk tjeneste, barnevernet, fastlege, utekontakten, ergo- og fysiotjenesten, og helsesykepleier.

1.6.1.1 Helsestasjonen for ungdom

Helsestasjonen for ungdom er et tjenestetilbud for aldergruppen 13 til 23 år. Tilbudet er gratis og uforpliktende. Virksomheten tilbyr hjelp og råd fra helsesykepleier, jordmor, lege og psykolog. Flesteparten av ungdom som oppsøker tjenesten ønsker veiledende samtaler og hjelp innenfor spørsmål om prevensjon, graviditet, abort, spisevansker, depresjon, angst, sorg,

ensomhet, familieforhold, rus, vold, overgrep og mobbing (Bergen Kommune, 2022b; Helsedirektoratet, 2021a).

1.6.1.2 Barne- og familiehjelpen

Bergen kommune opprettet i 2018 Barne- og familiehjelpen som et lavterskeltilbud for barn, ungdom og voksne. Formålet er at brukere skal møte et samlet og koordinert tjenestetilbud. Det innebærer tjenester som råd og veiledning for barn, samt kurs til foreldre som opplever at deres barn ikke har det godt. De fleste ungdom som benytter seg av tjenestetilbudet har behov for støtte og samarbeid med foreldre. Teamet er sammensatt av psykologer, familieveiledere og andre voksne med erfaring fra samtaler med barn og ungdom (Bergen Kommune, 2021a, 2022a; Norheim, 2019).

1.6.1.3 Ung arena

Ung Arena er et gratis hjelpe- og samtaletilbud for ungdom i aldersgruppen 12 til 25 år. Lavterskeltilbudet ble opprettet etter ønske fra ungdom om å gjøre tjenester mer tilgjengelige etter tilpasning av behov og samlokalisering. Teamet er sammensatt av psykologer, sosionomer, barnevernspedagoger og erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulenter er ungdom med tidligere erfaring fra tjenesteapparater. Formålet er å bidra til sømløs overgang til andre offentlige tjenester, og skaffe riktig hjelp for hvert enkelt individ på ungdommenes egne premisser. I tillegg tilbyr tjenesten hjelp med blant annet jobbsøking, personlig økonomi og skolegang (Bergen Kommune, 2021e; Mental Helse, u.å.).

1.6.1.4 Pedagogisk psykologisk tjeneste

Pedagogisk psykologisk tjeneste jobber med å sikre et tjenestetilbud for barn, elever og voksne som har behov for særskilt tilrettelegging. Hensikten er å skape et inkluderende, likeverdig og tilpasset pedagogisk tilbud (Utdanningsdirektoratet, 2017). Organisasjonen samarbeider med barnehager og skoler, og har sitt mandat regulert etter Opplæringsloven (1998) og Barnehageloven (2005).

1.6.1.5 Barnevernet

Barnevernet har som formål å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. I 2019 fikk 55.000 ungdom hjelp av barnevernet. Tjenesten tilbyr råd og veiledning, samt hjelpetiltak av ulik art. Tjenestetilbudet skal sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse

og utvikling, får nødvendig hjelp (Barnevernloven, 1992; Bufdir, 2015a, 2015b; Helsetilsynet, 2016).

1.6.1.6 Fastlege

Ethvert menneske har rett på fastlege ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Fastlege er en allmennpraktiserende lege som samarbeider i kommunen for å yte helsetjenester etter brukerens behov. Barn over 16 år kan selv velge fastlege (Bergen Kommune, 2021c).

1.6.1.7 Utekontakten

Tjenesten har sosialarbeidere som aktivt jobber for å medvirke til bedring av ungdoms livssituasjon gjennom forebyggende tiltak. Flesteparten av ungdom som tar kontakt med utekontakten ønsker veiledende samtaler om skolesituasjon, mobbing, ensomhet, familie, kjærlighet og seksualitet (Utekontakten, 2016).

1.6.1.8 Ergo- og fysiotjenesten

Tjenestetilbudet hjelper ungdom med tilrettelegging og tilpasning av hjelpemidler, og jobber med forebyggende og veiledende behandling. Tilbudet retter seg mot ungdom som trenger hjelp til å forbedre eller ivareta sin funksjonsevne. Ungdom født med diagnoser eller ulike former for risiko som traumer eller psykiske plager kan ha nytte av tilbudet (Bergen Kommune, 2021b).

1.6.1.9 Helsesykepleier

Helsesykepleier er et gratis og frivillig tilbud ved skolehelsetjenesten. Tilbudet er rettet mot elever og foresatte, og skal bidra til å fremme psykisk- og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold. Skolehelsetjenesten gir råd og veiledning, og kan gjennomføre helseundersøkelser og vaksinasjoner (Bergen Kommune, 2021d).

1.6.2 Spesialisthelsetjenester

Tjenesten er en samlebetegnelse på helsetjenester som ikke utføres på et kommunalt nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Studiet benytter betegnelsen om psykisk helsevern for barn og unge, og om legetjeneste ved sykehus.

1.6.2.1 Psykisk helsevern for barn og unge

Helsetilbudet er for ungdom under 18 år med psykiske vansker og deres pårørende. Det kreves henvisning for å yte tjenesten. Tiltakene som kan iverksettes er utredning eller behandling av blant annet angst, atferdsproblemer, ADHD, depresjon, utviklingsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, tvangslidelser, autisme, selvmordstanker og psykose (Helse Bergen, u.å.; Ung, 2022).

1.6.2.2 Lege ved sykehus

Tjenesten «lege ved sykehus» inngår for pasienter som har en alvorlig sykdom, skade eller lidelse som har behov for oppfølging eller behandling av spesialisthelsetjenester. Dette omfatter alle pasienter som er innlagt på sykehus eller møter til polikliniske konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2016).

2.0 Teoretisk rammeverk

Vårt teoretiske rammeverk er forankret i to teorier: byråkratiet (*delkapittel 2.1*) og bakkebyråkratiet (*delkapittel 2.2*). Førstnevnte, byråkratiet, er kjent som Max Webers (1985) «ovenfra-ned» perspektiv på organisasjoner. Teorien kan være til hjelp for å forstå offentlig forvaltning og hvordan tjenester er bygd opp. I det neste vil vi redegjøre for Michael Lipsky (1980) sin teori om bakkebyråkratiet, som kan anses som et «nedenfra- opp» perspektiv. Teorien kan være til hjelp for å forstå hvordan nasjonale og lokale smittevernregler kan affisere bruk av tjenester for ungdom under covid-19-pandemien. Teoriene vil her bli brukt som ett sett briller for å skape forståelse av det komplekse samspillet mellom tjenester, tjenestebruk og ungdom. Vi legger til grunn at tjenestene som inngår i kommunale- og spesialisthelsetjenester har en byråkratisk organisering, hvorav de ansatte er en del av et velferdsbyråkrati. Det teoretiske rammeverket danner utgangspunkt og gir retning for vår analyse og drøftingsdel.

2.1 Byråkrati

Den tyske sosiologen Weber (1985) forbindes ofte med begrepet byråkrati. Han beskrev byråkrati som en hierarkisk organisasjonsform med høy grad av arbeidsfordeling, med utgangspunkt i lover og regler (Swedberg, 2005). Hierarki referer i den sammenheng til strukturerte og rangerte stillingskategorier i virksomheten (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Idealmodellen av en regelstyrt organisasjon har som hensikt å sikre likebehandling. I den opprinnelige beskrivelsen av byråkratiet trakk Weber frem mange ulike kjennetegn: klare

horisontale arbeidsdelinger, hierarki, regler, lover og kvalifikasjoner. Han hevdet at klare horisontale arbeidsdelinger var viktig for å ivareta organisasjonens kompetanseområder. Hierarki, regler og lover skulle hjelpe den ansatte til å vite hva som skulle gjøres i ulike tilfeller og gi organisasjoner muligheter for kontroll. Kvalifikasjonene var viktig for å sikre at de ansatte hadde karrieremulighet ved at en kunne avansere fra lavere til høyere posisjoner i hierarkiet. Webers teori om byråkrati var med andre ord preget av høy standardisering, hvorav lover og regler dannet føring for praksis (Jacobsen, 2019; Weber, 1985).

De senere årene har både positive og negative sider ved teorien til Weber blitt trukket frem. Klare ansvarsforhold, stabilitet, forutsigbarhet og standardisering som fremmer produktivitet har blitt trukket frem som styrkene ved teorien. Derimot kan endringsdyktighet, regler og standardisering bli sett på som en svakhet. Enkelte hevder at den byråkratiske organisasjonsstrukturen er vanskelig å endre. Reglene for de ansatte kan bli et mål i seg selv eller begrense den enkeltes mulighet til å utøve faglig skjønn. Standardiserte arbeidsoppgaver kan også virke mot sin hensikt og kan medføre at ansatte demotiveres. Med andre ord vender kritikken til byråkratisk organisering seg mot dens dysfunksjonelle posisjon i dagens samfunn, hvor organisasjoner må være fleksible og kunne tilpasse seg raske endringer relatert til utvikling (Kalberg, 2011; Veiden, 2020).

Teorien om byråkratiet forklarer at offentlige tjenester ofte er hieratisk oppbygget med klare standardiserte oppgaver etter lover og regler. Et slik «ovenfra- ned» perspektiv er viktig for å skape forståelse av hvordan tjenestene ungdom kan ha brukt er bygget opp. Sett i lys av pandemiens konsekvenser har myndighetene iverksatt ulike tiltak som har preget byråkratiet. Nasjonale og lokale smittevernstiltak har trolig endret organisasjoners struktur og arbeidsdelinger, samt hindret standardiserte arbeidsoppgaver og skapt nye formelle og uformelle regler. Med et sett briller som gir innblikk i hva som skjer når myndighetene iverksetter smittevernstiltak som preger den offentlige forvaltningen, vil det herunder anses som relevant å belyse innvirkning på tjenestetilbudet for ungdom. Det vil også gi et innblikk i hva som kan skje når myndighetene pålegger nye regler til bakkebyråkratene, sett fra et «nedenfra-opp» perspektiv. Dette for å sette lys på hvordan tjenestetilbudet for ungdom under covid-19-pandemien har blitt påvirket av restriksjoner og smittevernstiltak.

2.2 Bakkebyråkrati

Lipsky (1980) sin teori om *Street level bureaucracy* (bakkebyråkratiet) kan bidra til å forklare hvordan nasjonale og lokale smittevernregler kan affisere bruk av tjenester for ungdom under

covid-19-pandemien. Det finnes flere ulike faktorer som kan påvirke bruk av tjenester for ungdom, og vi vil her fordype oss i teorien om bakkebyråkratiet.

Tjenesteytere i det offentlige er ifølge Lipsky (1980) betegnet som bakkebyråkrater. Begrepet bakkebyråkrater viser til personer som arbeider nederst i organisasjonens hierarki, der forvaltningen av tjenesten foregår og der borgerne blir møtt ansikt til ansikt (Lipsky, 1980; Stjernø, 1983). I vår studie kan de ansatte i kommunale- og spesialisthelsetjenester inngå i definisjonen. Dette fordi de ansatte befinner seg i en posisjon mellom politikk og befolkningen. Eksempelvis har de mulighet til å levere goder og sanksjoner, gjennom kontakt med mennesker. I det følgende vil de ansatte i kommunale- og spesialisthelsetjenester bli brukt synonymt med begrepet bakkebyråkrater.

Bakkebyråkratene er en del av et velferdsbyråkrati, og jobber under offentlige tjenester av hierarkisk struktur. Bakkebyråkratene kan ofte her møte på et krysspress mellom tjenestenes mål og krav, og brukernes ønsker. Tjenestenes klare visjoner og mål er regulert etter regler og lover, vedtatt av øvre ledd i organisasjonen, påvirket av politikk og andre samfunnsordninger. På den ene siden kan bakkebyråkratene føle at handlingsrommet blir begrenset etter de rammer og ressurser som er gitt. I et slikt tilfelle kan bakkebyråkratene føle vanskeligheter med å imøtekomme brukerens behov, ettersom regler og lover danner føringer for arbeidsoppgaver og beslutninger. På den andre siden kan bakkebyråkratene ha stort handlingsrom til å utføre jobben på sin måte. Dette fordi beslutningsprosessene påvirkes av normer, kultur, faglig autonomi og etiske retningslinjer for hva som er rett og galt. På den måten kan det tyde på at bakkebyråkrater som tar beslutninger, opererer mellom myndighetene og publikum (Lipsky, 1980).

Maynard-Moody og Musheno (2012) forklarer krysspresset for bakkebyråkrater gjennom to forhold: bakkebyråkrater som statens agenter og publikumets agenter. Bakkebyråkrater som statens agenter referer til deres oppgaver med å implementere myndighetenes politikk. Det omhandler å arbeide i tråd med regler og prosedyrer, for å fremme effektivitet og sikre likeverdig tjenestetilbud. Bakkebyråkrater som publikummets agenter hevder derimot at selv om deres avgjørelser tas som følge av befatning av regler og prosedyrer, er hver beslutning gjort ut ifra et normativt utgangspunkt. Bakkebyråkratene ser ikke på deres beslutninger som myndighetenes forlengede arm, eller som statens agenter. De ser på seg selv som aktører som handler for å hjelpe individer ved hjelp av pragmatiske improvisasjoner eller kreative løsninger (Maynard-Moody & Musheno, 2012).

Teorien om bakkebyråkrater forklarer hvordan det er å arbeide nederst i organisasjonens hierarki. Et krysspress av politikk, lover og regler, standardiserte arbeidsoppgaver og brukeres behov, påvirker bakkebyråkratenes evne til å levere tjenester. Et slikt «nedenfra-opp»

perspektiv i lys av pandemiens konsekvenser kan være til hjelp for å forstå hvorfor tjenestetilbudene for ungdom er endret. Når smittevernstiltak og nye restriksjoner hindrer tjenesteproduksjon og påvirker bakkebyråkratenes evne til å levere tjenester, vil en naturlig kunne dra slutninger om at ungdoms tjenestetilbud endres.

3.0 Forskningsgjennomgang

I dette kapittelet vil vi først redegjøre for hva covid-19-pandemien er og påfølgende konsekvenser av smittevernstiltak for ungdom (*delkapittel 3.1*). Videre tar vi for oss begrepet likebehandling (*delkapittel 3.2*). Dette for å tydeliggjøre ungdoms rettigheter og skape innsikt i om smittevernstiltakene kan ha påvirket prinsippet om lik rett på tilgang til tjenester (*delkapittel 3.3*). Ungdoms psykiske helse (*delkapittel 3.4*), SES (*delkapittel 3.5*) og virkningen av permitterte foreldre (*delkapittel 3.6*) blir deretter løftet frem. Dette for å kartlegge tidligere forskning vedrørende ungdoms behov for tjenester før og under pandemien. Hensikten er å se om de ulike faktorene kan ha påvirket prinsippet om likebehandling av tjenester under nasjonal nedstengning. Kapittelet avrundes med en kort oppsummering av sentrale funn for videre forskning (*delkapittel 3.7*).

3.1 Covid-19-pandemien

Verdens helseorganisasjon (WHO) rapporterte 30. januar 2020 om utbruddet av koronaviruset, som i mars 2020 ble erklært som en pandemi (WHO, 2020). Begrepet pandemi brukes om en verdensomspennende epidemi av en sykdom (WHO, 2009). Med andre ord kan det tolkes som at covid-19-pandemien er en verdensomspennende spredning av en sykdom over et større geografisk område, som krysser internasjonale grenser og påvirker et stort antall mennesker (Bonneux & Van Damme, 2011). Covid-19-pandemien skyldes spredning av sars-CoV-2 gjennom dråpesmitte og direkte eller indirekte kontaktsmitte. Viruset kan forårsake luftveisinfeksjon av varierende alvorlighetsgrad og har i senere tid mutert seg til ulike varianter (Helsedirektoratet, 2021b).

Den 12. mars varslet statsminister Erna Solberg om de mest inngripende tiltakene Norge har hatt i fredstiden (Kalajdzic & Solberg, 2020). Formålet med å iverksette nasjonale og lokale smittevernstiltak var å bremse spredningen av covid-19, gi myndighetene tid til å innhente mer kunnskap om virusets smittsomhet og skadepotensial, samt å vaksinere befolkningen (Meld.St. 5 (2020-2021)). Regjeringen har hatt ansvar for å vedta nasjonale smitteverntiltak med støtte fra folkehelseinstituttet og helsedirektoratet. I tillegg har enkelte kommuner vedtatt lokale

restriksjoner og tiltak i samråd med nasjonale myndigheter (Regjeringen, 2021a). Folkehelseinstituttet (2020c) viser til store forskjeller mellom fylker og bydeler i antall smittede, og i omfanget av smitteverntiltakene. Enkelte kommuner har hatt betydelige strengere lokale smittevernstiltak og restriksjoner enn andre (Tvedten, 2021). Blant tiltakene som ble innført var påbud om 1 meters avstand, hjemmekontor og digital skole, herunder forbud om reduksjon av antall nærkontakter, smittevernaglig forsvarlig drift, rutiner for god hygiene, godt renhold og lufting (Regjeringen 2021b). Smitteverntiltakene har bidratt til å redusere smitte og at syke har fått god behandling (Aavitsland, 2021). Norge er et av landene i Europa og i verden med lavest andel døde i befolkningen (Tvedten, 2021). WHO rapporterte om 420 856 tilfeller av covid-19 i Norge med 1 349 dødsfall i perioden 2020 til 2022 (WHO, 2022).

Til tross for at det kan tolkes som at smittevernstiltakene har bidratt til å bekjempe spredningen av covid-19, fremkommer det gjennom flere kunnskapsoversikter at smitteverntiltakene har hatt store samfunnsmessige omkostninger (Aavitsland, 2021; Barneombudet, 2021; Helsedirektoratet, 2020). Begrensninger i fritidsaktiviteter, regler om sosial distansering, stengte skoler, barnehager og bedrifter, har ført til økt ensomhet, svekket tjenestetilbud, økonomisk tap, arbeidsledighet og permittering (Bekkhus et al., 2020; Folkehelseinstituttet, 2020a). Herunder hevder direktør i Folkehelseinstituttet, Camilla Stoltenberg, at barn og unge sannsynligvis ble størst belastet (Bech, 2021). I en rapport fra Barneombudet (2021) var ikke smittevernstiltakene tilrettelagt for ungdom. Ungdom hadde ikke blitt involvert i beslutninger om tiltak mot covid-19 og ved fremtidige kriser påpeker Barneombudet at Regjeringen og Stortinget bør ha kontinuerlig kontakt med ungdom når de utarbeider nye restriksjoner. Myndighetene bør også skaffe et bedre kunnskapsgrunnlag, og hente inn ungdoms erfaring for å effektivisere inngripende tiltak (Barneombudet, 2021).

3.2 Ungdoms rett på lik tilgang til tjenester

I løpet av livet vil flesteparten av befolkningen ha behov for hjelp av velferdstjenester. Det kan eksempelvis være helsetjenester som sykehus eller velferdstjenester som barnehage eller skole. Tjenestene som yter bistand treffer daglig et mangfoldig publikum, med ulike bakgrunn, kjennetegn og behov. Til felles har alle brukere krav på likebehandling som inkluderer et likeverdig tjenestetilbud (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2011). Den norske velferdsstat har en sterk politikk som sikrer at alle får tjenester etter behov uavhengig av personlig økonomi, kjønn, alder, etnisitet, bosted eller den enkeltes livssituasjon. Det inkluderer prinsippet om lik rett på tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter hjemmel i

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Loven tydeliggjør brukerens rettigheter og legger til grunn at brukere skal ha «*lik tilgang på tjenester av god kvalitet*». Lovverkets bestemmelser skal sikre brukerens rettigheter ovenfor tjenestetilgang og ivareta respekten for den enkeltes brukes liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Imidlertid kan «lik tilgang» og «kvalitet» tolkes på ulike måter, som igjen kan gi opphav til ulik praksis. Kravet om likebehandling innebærer at personer med ulike risikokategorier, aldersgrupper og inntektsgrupper ikke skal påvirke brukerens tilgang til tjenester. Eksempelvis skal ikke lav inntekt føre til et dårligere behandlingstilbud eller ungdoms kjønn påvirke hvem som får tjenester. Rettferdig fordelte og likeverdige tjenester er et viktig bidrag til å rette opp sosiale forskjeller i helse og er nødvendig for ivaretagelse av medborgere (Meld.St. 16 (2010-2011)).

Mangel på likeverdige tjenester kan få negative konsekvenser for brukere, ansatte og virksomheter. For brukere kan mangel på likeverdige tjenester føre til diskriminering, krenkelser, mangelfull behandling, feilbehandling eller forverret helsetilstand. Det kan her tenkes at ansatte kan bli anklaget for beslutninger som kan belaste brukeren. Virksomheter vil i et slikt tilfelle ikke være i stand til å gi alle like god hjelp, noe som kan gå utover brukeres tillit til hjelpetjenester. Herunder kan mangel på likeverdige tjenester være kostbart både tidsmessig og økonomisk. Likebehandling forutsetter at virksomheten aktivt jobber målrettet og planmessig for å sikre tilpassede tjenester av lik kvalitet for hvert enkelt individ. Det krever kunnskap om hvordan tjenestene i praksis kan tilpasse ulike brukeres behov. Det innebærer brukerinnflytelse hvorav brukeren høres ved utforming av tjenestene og kan medvirke i egen behandlingssituasjon. Det kan derav tolkes som at god kommunikasjon, åpenhet og respekt for brukerens forskjellighet er avgjørende for å sikre kvalitet i møte mellom bruker, tjenesteyter og virksomhet (Aasen et al., 2018; Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2011; Meld.St. 16 (2010-2011)). I midlertidig kan prinsippet om lik rett på tilgang til tjenester ha blitt utfordret under covid-19-pandemien, da flere tjenester opplevde redusert kapasitet og ressursknapphet (Førde et al., 2020).

3.3 Ungdoms kontakt med tjenester under pandemien

Smittevernstiltakene førte til omveltende endringer for tjenester som skal yte bistand for ungdom. Det ble tidlig uttrykt stor bekymring for om ungdom mistet sitt tilbud i en tid hvor behovet for hjelpetjenester muligens økte (Førde et al., 2020). I april 2020 opprettet regjeringen en tverrfaglig koordineringsgruppe for å følge med på tjenestetilbudet til barn og unge under pandemien. Kordringeringsgruppen ga en statusrapport til Barne- og

familiedepartementet hver 14. dag om hvordan barn og unge skulle følges opp. Gruppen vurderte tjenestetilbudet etter tjenestenes egenrapportering, og leverte 15 rapporter for årsskiftet 2020-2021 (Bufdir, 2020/21). Gjennom første rapport ble det dokumentert at tjenestene til barn og unge var blitt betydelig endret, særlig tilbud fra helsetjenesten. Gruppen trakk frem tre forhold som påvirket tjenesteleveransen: omdisponering av personalressurser, smittevern hensyn og redusert etterspørsel (Bufdir, 2020a). I statusrapport nr. 2 la gruppen frem 10 anbefalinger, som skulle bidra til å forbedre situasjonen for barn og unge. Den viktigste anbefalingen gikk ut på å få åpnet tjenestene (Bufdir, 2020b). I siste rapport som ble publisert i 2020, beskrives status for året som var overstått. Rapporten viste til nasjonale trender av henvendelser til tjenestene, graden av fysiske møter, hjemmekontor og avlysninger av avtaler. Trenden viste at det var klart færre henvendelser, færre fysiske møter, høyt bruk av hjemmekontor og hyppigere avlysninger i mai 2020. I perioden frem mot august normaliseres det mer men deretter noe tilbakegang igjen gjennom høsten (Bufdir, 2020c). Tjenestenes egenrapportering viser til at smittevernstiltakene har hatt stor påvirkning for leveranse av tjenester til barn og unge. Imidlertid kan en stille seg undrende til hvordan unge har opplevd den reduserte tjenestekontakten.

Statens helsetilsyn (2020b) foretok en gjennomgang av brukererfaringer med tjenester under covid-19-pandemien 2020 i Norge. Rapporten er en samlerapport som baserer seg på to metodiske valg: en spørreundersøkelse og en fokusgruppeundersøkelse. Seks brukerorganisasjoner sendte i perioden 1. til 15. september 2020 ut et nettbasert spørreskjema til sine medlemmer. Undersøkelsen ble sendt til 15 866 medlemmer, hvorav 1876 respondenter deltok. Fokusgruppeundersøkelsen ble gjennomført av organisasjonen «Voksne for barn» i midten av august, med ni unge voksne i aldersgruppen 19 til 28 år. Funn viste til at over halvparten av deltakerne i spørreundersøkelsen opplevde mindre tjenester enn før pandemien eller at tjenestene hadde falt helt bort. Et flertall rapporterte i likhet med dette om utsatte eller endret tjenestekontakt. Resultater fra fokusgruppen forklarte hvordan deltakerne opplevde redusert tjenestetilbud under pandemien. Flere av ungdommene hadde erfaringer med delvis eller avsluttet tjenestetilbud. Ungdommene rapporterte om at de selv måtte finne alternative løsninger, som lavterskeltilbud over telefon. Flertallet av ungdommene var bekymret for reduksjonen av tjenester, da det ble stilt spørsmål ved hva som skjer med dem som er for syke, eller har det for vanskelig til å hjelpe seg selv (Statens Helsetilsyn, 2020a, 2020b). Rapporten belyser hvordan brukere har opplevd tjenester under pandemien. Slik det fremstår har en stor andel unge voksne opplevd utsatt, avlyst eller endret tjenestetilbud. Funnene er

oppsiktsvekkende, og vår studie ønsket å undersøke om ungdom i alderen 12 – 19 år fra Bergen kommune opplevde lik redusert kontakt under pandemien første nedstengning.

3.4 Ungdoms psykisk helse og kontakt med tjenester

Psykiske helseproblemer hos ungdom er vanlig. Selv om symptomtrykket varierer, er det fastslått at hele 15– 30 % av barn og unge i Norge har mindre eller større psykiske problemer eller lidelser (Helsedepartementet, 2003). Nyere tall fra Folkehelseinstituttet (2018) viser at rundt 7 % av ungdom har symptomer forenlige med en psykisk lidelse. For de fleste er symptomene forbigående, men for enkelte kan plagene vedvare og skape alvorlige følger for utvikling og trivsel (Mykletun et al., 2009). Ungdom har rett til helsehjelp og flere kommunale helsetjenester har lavterskeltilbud for å fange opp ungdom med behov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Urovekkende forklarer Heiervang et al. (2007) i sin studie at et flertall av ungdom ikke blir behandlet for sine psykiske helseproblemer. Totalt deltok 9430 barn i alderen 8 til 9 år fra Bergen. Studien var en longitudinell undersøkelse, med fokus på barns mentale helse. Resultater viser til at barn med psykiske helseproblemer har begrenset tilgang til helsetjenester. I likhet undersøkte Kovess-Masfety et al. (2017) bruk av psykiske helsetjenester for barn over hele Europa, med fokus på forskjeller i tilgjengeligheten av psykiske helseressurser. Undersøkelsen brukte data hentet fra School Children Mental Health in Europe Project, med et utvalg på 4894 skoleelever i syv land. Resultatene viste til at kun 1/4 barn med en psykisk lidelse mottok helsetjenester. Herunder var det store udekkede behov over hele Europa, og store forskjeller i tilgang på tjenester etter lav- kontra høyressursland.

I tillegg til denne bekymringen gjennomførte Zachrisson et al. (2006) en tverrsnitt helseundersøkelse blant barn og unge i Norge for å identifisere sammenhengen mellom psykiske problemer og kontakt med helsetjenester. Undersøkelsen inkluderte spørsmål om symptomene angst og depresjon. Det totale antallet respondenter var 11 154, hvor kun et mindretall av ungdom med psykiske problemer søkte hjelp fra ulike helsetjenester. Til tross for at det ikke er mulig å hevde at alle ungdommer med psykiske helseproblemer har behov for behandling, viser studien til Zachrisson et al. (2006) at over halvparten av søkerne kun oppnådde kontakt med fastlege, og svært få hjelp fra psykolog. Herunder hevder Hurlburt et al. (2004) gjennom sin forskning at barn ikke oppsøker tjenestetilbud eller blir ivaretatt, til tross for høyt behov. Studien undersøkte 2823 barnevernssaker på nasjonalt nivå med et utvalg av barn og unge i alderen 2 - 14 år fra perioden 1990 til 2001. Funn viste til at 42 % av barna hadde kliniske behov, men kun 28 % mottok helsehjelp fra tjenester. Studien konkluderer derfor med

at tilgjengelighet og tilgang på tjenester for barn burde prioriteres, samt at instansene burde samarbeide om tildeling av tjenesteressurser.

Statens Helsetilsyn (2020b) foretok en gjennomgang av spesialhelsetjenestens behandlingsskapasitet under covid-19-pandemien. Barn og unge med psykiske problemer blir her ansett som en sårbar gruppe. Funn i artikkelen indikerer at pandemien har påvirket tjenestetilbudet for den sårbare gruppen. Det fremkommer ved at hjelpetiltak har fått økt ventetid og brudd på vurderingsfrister. Dette vil være bekymringsfullt når den sårbare gruppen trolig kan være avhengig av raske tilbud og effektive hjelpetiltak (Statens Helsetilsyn, 2020b). Det kan tyde på at ungdom med psykiske problemer ikke oppsøker eller kommer i kontakt med hjelpetjenester som er tilrettelagt deres behov. I vår studie ønsket vi å undersøke om ungdom opplevde at deres psykiske helse var assosiert med redusert tjenestekontakt.

3.4.1 Ungdoms psykiske helse under covid-19-pandemien

Ungdom er særlig utsatt for å oppleve helserelaterte problemer knyttet til kriser, ved innføring av tiltak som isolasjon og karantene (Sprang & Silman, 2013). Sprang & Silman (2013) undersøkte psykososiale forhold som har betydning for barn og foreldre sin mentale helse under katastrofer. En tredjedel av barna i karantene eller isolasjon fra tidligere epidemier (H1N1 eller SARS) økte symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Deriblant hadde barna, som satt i karantene, en høyere skår på PTSD-symptomer, enn sine foreldre. Resultatene kan tyde på at ungdoms psykiske helse i stor grad påvirkes av samfunnsendringer knyttet til karantenebestemmelser og isolasjon. Herunder har det i nyere tid vært stor bekymring for hvordan covid-19-pandemien har påvirket ungdoms psykiske helse (Folkehelseinstituttet, 2021a).

Det er knyttet stor uenighet i hvilken grad og hvordan pandemien har preget ungdoms psykiske helse i Norge. Flere tverrsnittstudier finner en økning på symptomet angst, mens longitudinelle studier finner få endringer på symptomet (Bignardi et al., 2020; Ishimoto et al., 2020). Enkelte studier hevder også at symptomer som depresjon har økt under nedstengningen, hvorav andre studier viser til ingen økning (Bignardi et al., 2020; Westrupp et al., 2021). Til tross for uenighet om i hvilken grad pandemien har preget ungdoms psykiske helse er det grunn til antagelse om at det oppstår økt symptomer som angst, depresjon, følelsesregulering, atferdsendring, psykologisk uro, ensomhet og endret livskvalitet (Nøkleby et al., 2021). Dette fordi menneskers behov for sosial kontakt endres når tiltak som isolasjon og karantene vedtas (Fegert et al., 2020).

En årsak til stor uenighet, i hvilken grad, og hvordan pandemien har påvirket ungdom kan være manglende forskning i Norge. De fleste publiserte studier om psykiske helserelaterte konsekvenser for ungdom under covid-19-pandemien er gjennomført i land som er vidt forskjellige fra Norge med hensyn til levestandard, økonomi og samfunn (Liang et al., 2020; Marques de Miranda et al., 2020; Sprang & Silman, 2013; Zhou et al., 2020). Derfor er det lite informasjon fra disse studiene som kan brukes for å sammenligne opp mot norsk ungdom (Folkehelseinstituttet, 2021a; Sandvik, 2020). Lehmann et al. (2022) sin studie en av få studier i Norge som har fulgt ungdom gjennom første året av pandemien. Totalt deltok 2997 ungdom fra Bergen kommune. Målet med studien var å undersøke endring i psykiske helseproblemer over to tidspunkter under covid-19-pandemien. Undersøkelsen ble hentet inn de første ukene inn i nedstengningen og 9 måneder etter pandemiutbruddet. Resultater fra studien viser til at det var en generell økning i antall psykiske helseproblemer fra de første ukene i nedstengningen sammenlignet med 9 måneder senere. Den totale økningen viser til en økt endring av internaliserende vansker, dvs. en økning i emosjonelle- og jevnaldrende problemer. Eksternaliserende vansker holdt seg derimot stabilt mellom de to tidspunktene (Lehmann et al., 2022).

I likhet utførte Bekkhus et al. (2020) en spørreundersøkelse om ungdoms psykiske helse da Norge stengte ned i april 2020. Det totale antallet respondenter var 689, hvor 79,4 % var jenter. Deltakerne i studien gikk på videregående skole og fikk tilsendt et elektronisk spørreskjema om ulike tema, som ensomhet, symptomer på angst, depresjon og fysisk kontakt med venner. Merkbare funn i studien viser til at 12,9 % alltid følte seg ensomme den siste uken og 45,5 % hadde følt seg ensomme av og til. I gjennomsnitt var jenter mer ensomme, og rapporterte om flere symptomer på angst og depresjon enn gutter (Bekkhus et al., 2020). Vår studie kan ikke uttale seg om ungdoms psykiske helse har endret seg under pandemien. Derimot kan psykisk helse i vår studie være med å forklare i hvilken grad behov påvirket ungdoms bruk av tjenester.

3.5 Sosioøkonomisk status (SES)

SES måles vanligvis etter yrkesklasse, utdanning og/eller inntekt (Rognerud et al., 2009). I denne studien beskriver begrepet SES ungdoms subjektive opplevelse av familiens økonomi. Tidligere forskning viser til at familiers SES kan ha stor innvirkning på ungdoms velvære og velferd (Folkehelseinstituttet, 2014). Frønes (2010) forklarer at foreldres sosioøkonomiske bakgrunn kan ha betydning for barn helt inn i voksen alder. Foreldres sosiale posisjon, inntekt

og utdanningsnivå kan forsterkes i overføringer mellom generasjoner og reprodusere sosiale ulikheter (Frønes, 2010). Bøe (2015) forklarer at SES er et komplisert forskningsfelt, hvor det er vanskelig å erkjenne at ungdoms muligheter ikke er likt fordelt i samfunnet. Rapporten viser til at familiers inntekt kan knyttets til muligheter eller mangel på mulighet til å kunne oppfylle materielle behov. Foreldrenes utdanning er i større grad en indikasjon på kunnskap og anvendelse av slik kunnskap. Ifølge Bufdir (2017) kan slike forhold ha stor betydning for ungdoms deltakelse i samfunnet. Rapporten viser til at foreldres SES påvirker ungdoms skoletrivsel, leksearbeid, presentasjoner, og visjoner om fremtiden. I tillegg forklarer Hyggen et al. (2018) at ungdom fra lavinntektsfamilier har dobbelt så høyt skolefravær på grunn av sykdom, enn andre ungdom. Ungdom, i familier med vedvarende lav inntekt, blir derfor betraktet som en ekstra sårbar gruppe.

Tidligere forskning har også pekt på at foreldrenes SES har innvirkning på barn og unges helse. Ifølge Helsedirektoratet (2018) er det en klar sammenheng mellom SES og helse, hvorav lav SES (statistisk sett) gir økt risiko for dårligere fysisk- og psykisk helse. Dahl et al. (2014) forsket på omfanget, utviklingstrekk, årsaker og konsekvenser av sosial ulikhet i helse. Begrepet sosial ulikhet blir her brukt for variasjoner i inntektsfordeling, utdanningshierarki, klassestruktur og SES struktur i samfunnet. Rapporten viser til at sosial ulikhet i helse skyldes skjevfordeling av økonomiske- og sosiale ressurser, utdanning og arbeid. Den sosiale gradienten i helse som følge av et sosioøkonomisk hierarki medfører at mennesker med høy SES har bedre helse og livsløp, enn mennesker av lav SES (Dahl et al., 2014). Bøe et al. (2014) undersøkte forholdet mellom psykiske helseproblemer og SES med et utvalg ungdom hentet fra Barn i Bergen-studien. Resultater viser at dårlig familieøkonomi spådde konsekvent psykiske helseproblemer. Foreldrenes utdanningsnivå viste en sterkere sammenheng med økt forekomst av eksternaliserende vansker, enn internaliserende vansker. Familieøkonomi hadde en sammenheng med psykiske helseproblemer, hvorav dårlig økonomi økte sannsynligheten for en psykisk lidelse.

Etter utbruddet av covid-19 og smittevernstiltakenes påvirkning på familier, har trolig de sosioøkonomiske forskjellene i samfunnet økt. Dette fordi mange opplevde store endringer i livssituasjonen og begrensinger i hverdagslivet (Folkehelseinstituttet, 2021b; Nøkleby et al., 2021). Ulset et al. (2021) viser gjennom sin forskning at eldre ungdom fra familier med lav SES har hatt negative konsekvenser av pandemien. Ca. 100.000 elever fra ungdoms- og videregående skoler fra 165 kommuner deltok i spørreundersøkelsen. Under pandemien rapporterte 49 % av ungdommene at covid-19-pandemien hadde påvirket livet delvis eller mye i negativ retning. Derimot rapporterte 22 % at pandemien påvirket i en positiv retning.

Undersøkelsen viser til at jenter, eldre ungdom, og ungdom med lav SES har blitt rammet negativt av pandemiens effekter (Ulset et al., 2021). En rapport fra Folkehelseinstituttet (2021b) viser i liket med Ulset et al. (2021) at lavinntektsfamilier har blitt hardere rammet av covid-19-pandemien enn resten av befolkningen. Rapporten undersøkte testing, smitte, innleggelser, respiratorbruk og død i tidsperioden februar 2020 til mai 2021 blant ulike SES grupper. Funn viser til en sammenheng mellom familier med lav husholdningsinntekt og påvist smitte, innleggelser, respiratorbruk og død knyttet til covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2021b). Også Nøkleby et al. (2021) forklarer i sin rapport at familier av høy SES klarte å bevare det de hadde fra før eller å øke tilgang for ressurser, hvorav familier av lav SES ikke oppnådde samme resultatet under pandemien. Artikkelen hevder av den grunn at de sosioøkonomiske forskjellene i samfunnet trolig har økt etter covid-19-pandemien (Nøkleby et al., 2021).

3.6 Permittering som følge av covid-19-pandemien

Over natten fikk Norge et stort antall arbeidsledige, og mange familier opplevde nedgang i inntekt under koronapandemien (Reme et al., 2021). Permittering kan iverksettes i en sammenhengende periode, kalt hel permittering, eller ved innføring av redusert arbeidstid betegnet som delvis permittering. For at organisasjoner skal kunne benytte permittering må det foreligge «en saklig grunn» og arbeidsstansen må være av midlertidig art. For mange organisasjoner innebærer virkningene og tiltakene av pandemien en «saklig grunn» for permittering (Bremtun-Olaussen, 2022). Enkelte organisasjoner så seg nødt til å permittere ansatte på grunn av mangel på etterspørsel av varer og tjenester eller som følge av nødvendig kostnadsreduksjon (Arbeidstilsynet, u.å.b).

Statistikk fra Nav viser til hvordan koronapandemien har påvirket norsk økonomi og næringsliv. Tiltakene som ble iverksatt for å begrense spredningen av koronaviruset affiserte enkelte yrkesgrupper hardere enn andre. Ringvirkningene rammet hele arbeidsmarkedet, og påvirket derfor den norske økonomien hardt (NAV, 2019). Bratsberg et al. (2020b) undersøkte hvem som i størst grad ble rammet av permittering under koronakrisens første uker. Artikkelen viser at arbeidstakerne med lav inntekt og svak husholdningsøkonomi var mest utsatt. Risikoen økte ved lav utdanning og jobber som ble definert som ikke-samfunnskritiske. Kvinner, unge og innvandre var mer utsatt enn menn, eldre og norskfødte (Bratsberg et al., 2020a, 2020b). I april 2020 la Nav frem nye tall som viser til en eksplosiv økning av arbeidsledighet i Norge under pandemien. Nav registrerte over 400.000 personer som arbeidssøkere, hvorav 9 av 10 anga permittering som årsaksforklaring. Arbeidsledigheten målt som prosent av arbeidsstyrken

var høyest i Oslo (14 %), og lavest i Nordland (9 %). Aldersgruppen 20 til 24 år var hardest rammet av arbeidsledighet med 18 % (NAV, 2020). Virkningene av permittering som tapt inntekt, kan føre til en ustabil hverdag for familier. Sett fra barnets perspektiv finnes det lite forskning som omhandler konsekvenser av permitterte foreldre. Derimot hevdes det at foreldre som blir permittert mister forutsigbarhet, stabilitet og økonomisk trygghet som i stor grad setter rammene for barns oppvekst (Hølaas, 2021).

3.7 Sentrale funn for videre forskning

Vi tolker at i kampen mot smittespredning av sars-CoV-2, ble det iverksatt omveltende smittevernstiltak. Sosial distansering, stenging av skoler og begrensende fritidsaktiviteter ser ut til å ha endret hverdagen til ungdom (Folkehelseinstituttet, 2020a; Meld.St. 5 (2020-2021)). For ungdom i kontakt med tjenester, finner vi et krysspress mellom ungdommenes bruk og tjenestenes kapasitet (Bufdir, 2020a; Statens Helsetilsyn, 2020a, 2020b). Og en kan stille spørsmål om dette går utover ungdoms rettigheter og prinsippet om likeverdige tjenestetilbud. Vi ser en tendens til økt psykiske vansker, noe som kan forsterke viktigheten av tilgjengelige tjenester. På den andre siden kommer det til uttrykk at ungdom ikke tar i bruk tjenester. Både SES og permittering ser ut til å ha stor innvirkning på familielivet, og danner derfor grunnlag for videre forskning vedrørende bruk av tjenester.

4.0 Metode

Vitenskapelig metode referer til de konkrete fremgangsmåtene som er brukt for å oppnå ny kunnskap (Grønmo, 2016). Til dette formålet er en kvantitativ metodetilnærming benyttet for innsamling, analyse og produksjon av resultater. Det samsvarer med våre forskningsspørsmål som søker etter kvantifiserbare størrelser, årsakssammenhenger og kontroll (Punch, 2014). I dette kapitlet vil en utdypning av studiens metodiske valg som ikke kommer frem i artikkelen presenteres. Vi redegjør for vitenskapsteoretisk ståsted (*delkapittel 4.1*), forskningsdesign (*delkapittel 4.2*), prosedyre ved datainnsamling (*delkapittel 4.3*), utvalg (*delkapittel 4.4*), måleinstrument/variabler (*delkapittel 4.5*) og analyser (*delkapittel 4.6*). Til slutt vurderer vi om datamaterialet har en tilfredsstillende kvalitet (*delkapittel 4.7*) gjennom studiens validitet, reliabilitet og etiske betraktninger.

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

For å kartlegge om valg av forskningsmetode egner seg til den virkeligheten vi ønsker å undersøke, vil vi redegjøre for studiets vitenskapsteoretiske ståsted. Det handler om å skape innsikt i hvordan de ulike vitenskapene kan studeres fra forskjellige perspektiver og hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for å kunne hevde at noe er sant (Thomassen, 2006). Forskere har ulike syn på hvordan en bør tilegne seg informasjon og hva som kan betegnes som relevant forskning (Nairn, 2019). Epistemologiske og ontologiske standpunkt kan sammen med forskerens egne verdier skape fundamentet for innhenting av kunnskap (Creswell, 2014; Thomassen, 2006).

Vi har valgt å plassere vår studie innenfor en vitenskapsfilosofi som retter seg mot postpositivismen. For å forstå hva som ligger i denne type tankegang, vil vi først presentere positivismen. Begrepet positivisme brukes ofte synonymt med naturvitenskap, for å beskrive den vitenskapen som søker å forklare de fenomener som iakttas (Bjørndal & Hofoss, 2012). Positivistisk vitenskapsteori omhandler en antakelse om at «sannheten» er objektiv, uavhengig av forskernes verdisyn og synspunkter (Neuman, 2014). Posivismen innebærer at vitenskapelig kunnskap bygges opp gjennom systematiske undersøkelser av «positivt gitte» eller faktiske eksisterende empiriske fenomener i verden. Vitenskapens formål er å holde seg til det vi kan observere og måle, da kunnskap utover dette er umulig (Grønmo, 2016). Det vil si at den som forsker ikke bør ha en aktiv rolle i selve eksperimentet (Neuman, 2014).

Det har i senere tid vært et skifte fra positivismen til postpositivismen, da troen på å finne den absolutte sannheten ble utfordret. Der positivisten mener at vitenskapens mål var å avdekke sannheten, hevder postpositivisten at vitenskapens mål er å utforske virkeligheten, til tross for feil. Postpositivister mener det er umulig å observere verden på en perfekt måte, på bakgrunn av at individer oppfatter fenomener ulikt (Aadland, 2004). Det vil si at postpositivismen erkjenner at all observasjon kan være feilbar, hvorav all teori kan revideres (Creswell, 2014). For postpositivister er verden subjektiv, men avkrefter ikke den positivistiske måten å forstå samfunnet på, da denne er en av flere måter å tolke verden (Aadland, 2004). Eksempelvis kan vår spørreundersøkelse via en sikker online tjeneste, være med å bidra til reduksjon av forskerens innflytelse. Likevel har vi operasjonalisert ulike begreper som fører til at vår subjektive tolkning inkluderes i forskningen. Andre studier kan operasjonalisere begrepene annerledes, som vil si at funnene kan tolkes på en annen måte. Dette samsvarer med hvordan postpositivister ser på vitenskap. Vi vil derfor presisere at vi har en subjektiv forståelse

av våre resultater, da forskningsprosessen har blitt påvirket av våre verdier, moraler og egenskaper (Neuman, 2014).

4.2 Forskningsdesign

Valg av forskningsdesign omhandler hva og hvem som undersøkes, samt hvordan studien gjennomføres (Johannessen, 2009). Det innebærer valg av vitenskapsteori, datainnsamling, utvalg, verktøy og prosedyrer for innsamling av empiriske materialer (Punch, 2014). Denne studien tar i bruk et ikke-eksperimentelt design for å belyse og besvare forskningsspørsmålene. Et ikke-eksperimentelt design er en standardisert fremgangsmåte som forutsetter at ulike fenomener kan måles empirisk og analyseres ved bruk av statistiske metoder. Studien kan på den måten se om de uavhengige variablene har en sammenheng med den avhengige variabelen. Eksempelvis ungdoms alder og nedgang i kontakt med kommunale helsetjenester.

Datamaterialet består av et spørreskjema fra en tverrsnittstudie. En tverrsnittstudie anvendes når noe observeres på ett gitt tidspunkt, og kan kun si noe om dette tidsintervallet. En slik studie vil dermed ikke gi noe informasjon om årsaks-virkningsforhold (Punch, 2014). Det er i samsvar med en postpositivistisk forskningsmetodikk, og studiets formål som er å se på ulike faktorer som kan ha betydning for nedgang i tjenestebruk under covid-19-pandemien.

4.3 Prosedyre ved datainnsamling

Datainnsamling er en produksjonsprosess med formål om å innhente data som kan belyse bestemte problemstillinger (Grønmo, 2016). Vår studie ønsker å undersøke ungdoms tjenestekontakt under covid-19-pandemien, og identifisere forhold som kan være til hinder for tjenestebruk. Til dette formålet ble data fra Ung i Koronatiden benyttet (Lehmann et al., 2021; Universitetet i Bergen, 2022). Ung i Koronatiden er et delprosjekt av studien Bergen i Endring (BiE-studien) (Universitetet i Bergen, 2021). BiE-studien er opprettet av universitetet i Bergen (UiB) og Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med Bergen kommune. Hensikten var å kartlegge konsekvensene av covid-19-pandemien for barn, unge og voksnes helse og levevaner. I den forbindelse ble arbeid, økonomi, bekymringer, psykisk helse, livskvalitet, søvn, fysisk aktivitet og familiedynamikk undersøkt. Formålet var å danne grunnlag for ny kunnskap om hvordan myndigheter på best mulig måte kunne håndtere slike situasjoner, med fokus på tiltak og målrettet oppfølging underveis.

Tidsperioden for datainnsamlingen var 27. april til 11. mai 2020, som vil si syv til ni uker inn i den første nedstengningen av Norge (Universitetet i Bergen, 2021). I den forbindelse

ble det utarbeidet en spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble sendt ut til et tilfeldig utvalg av innbyggere i Bergen kommune. Spørreskjemaet ble utgitt via en online tjeneste, som er en effektiv innsamlingsmetode for å hente data fra et større utvalg over en lengre periode (Grønmo, 2016). Slike spørreundersøkelser kan medvirke til pålitelig data (Ringdal, 2007). Det var informert om at deltakelse ikke direkte var tilknyttet hverken fordeler eller ulemper. Deltakerne av undersøkelsen ble inkludert i et lotteri av en ny mobiltelefon (Universitetet i Bergen, 2021). Spørreundersøkelsen hadde en varighet på cirka 10 til 15 minutter.

Vår studie avgrenser seg til hovedtemaet ungdoms tjenestebruk under covid-19-pandemien med søkelys på endring i tjenstekontakt. Studiet identifiserer hvorvidt psykiske helse, SES og permitterte foreldre var assosiert med redusert tjenstekontakt.

4.3.1 Rekrutteringsprosedyrer

I forbindelse med forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ble det gitt ut et informasjonsskriv. Skrivet inneholdt opplysninger om forskningsprosjektet, frivillig deltakelse og samtykke innebar. I likhet ble det informert om sikker lagring av data og forskningsetiske retningslinjer. Utvalget i studien besto av to kohorter, kohort 1 og kohort 2. Kohort 1 besto av barn og unge i aldersgruppen 12 – 15 år som var bosatt i Bergen kommune. Da dette utvalget av studiets deltakere inkluderte barn som ikke hadde samtykkekompetanse, ble et informasjonsskriv sendt ut til foresatte for godkjennelse. Disse foreldrene hadde tidligere selv deltatt i BiE-studien (vedlegg 4). Dersom foresatte samtykket til barnets deltakelse, ble et alderstilpasset informasjonsskriv tilsendt (vedlegg 5). Kohort 1 ble dermed rekruttert gjennom innhenting av samtykke fra foreldre. Foreldrene til barna i kohort 1 var et randomisert utvalg, og ble invitert til å delta gjennom e-post og SMS. Kontaktinformasjonen til utvalget var hentet fra digitaliseringsdirektoratet.

Kohort 2 besto av ungdom i aldersgruppen 16 – 19 år og var elever fra videregående skoler i Bergen. Kontaktinformasjonen om ungdommene ble innhentet gjennom et kontaktregister fra Vestland fylkeskommune. Inklusjonskriteriet var at de gikk på videregående skoler i Bergen kommune. Ungdommene ble kontaktet via SMS. For ungdom over 16 år ble det også sendt ut et alderstilpasset informasjonsskriv (vedlegg 6). Totalt ble 5947 ungdom i kohort 2 kontaktet, hvorav 2154 (36 %) responderte. Informasjonsprosedyrene var de samme for barn *under* 16 år og barn *over* 16 år.

4.4 Utvalg

Det er viktig å skille mellom begrepene *populasjon* og *utvalg* (Bjørndal & Hofoss, 2012). Dette da større studier ofte ikke har mulighet til å undersøke en hel populasjon, og derav er avhengig av et representativt utvalg. Begrepet populasjon referer til enheter vi ønsker å si noe om, hvorav utvalget er de enhetene vi faktisk studerer (Midtbø, 2010; Tufte, 2018). Studier ønsker ofte å dra slutninger som gjelder langt flere enn de som er med i undersøkelsen, da forskere av tidsmessige, økonomiske og/eller praktiske årsaker ikke har mulighet til å studere en hel populasjon (Halvorsen, 2008). På den måten kan det tyde på at studiens utvalg bør gjenspeile populasjonen som undersøkelsen uttaler seg om, slik at utvalget på best mulig måte er representativt for den gitte populasjonen.

Utvalget i denne studien besto av ungdom i alderen 12 – 19 år fra kohort 1 og 2. Til sammen ble 7512 ungdom invitert til å delta i spørreundersøkelsen fra BiE-studien, hvorav 2997 ungdom responderte (40 %). Utvalget besto av 1694 jenter (57.6 %) og 1246 gutter (42.4 %). Ungdommene hadde en gjennomsnittsalder på 16 år ($M = 5$, $SD = 1658$).

Vi undersøkte omfanget av opplevd nedgang i tjenestekontakt for ungdom i perioden før og under nedstengning. Det var 943 (31.5 %) ungdommer som svarte at de hadde brukt kommunale helsetjenester, og 255 (8.5 %) hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenester før pandemien. Under pandemien var det 919 ungdommer som svarte på spørsmålet om bruk av kommunale helsetjenester, og 246 ungdommer om bruk av spesialisthelsetjenester. Det som vil si at 24 respondenter manglet fra kommunale helsetjenester og 9 respondenter manglet under spesialisthelsetjenester. Disse utgikk derfor fra analyseutvalget.

Begge kohortene var inkludert i studien, men kohort 1 svarte ikke på spørsmål som omhandlet SES og foreldrenes jobbstatus. Dermed manglet rapportering fra 890 (29.7 %) deltakere som svarte på spørsmålet om selvopplevd SES og 891 (29.7 %) deltakere om foreldrepermittering. I motsetning til kohort 1 rapporterte kohort 2 om selvopplevd SES og foreldrenes jobbstatus. Vi gjennomførte derfor supplerende analyser for den gitte aldergruppen.

4.5 Måleinstrument/variabler

Kvantitative undersøkelser baserer seg på standardiserte fremgangsmåter for innhenting av informasjon. Studiens måleinstrument uttrykkes i form av tall, og består av et bestemt system av variabler og verdier (Grønmo, 2016). Variabler forklarer hva som undersøkes, og fungerer som sorteringsmekanismer i den forstand at de tilleggs bestemte verdier til hver enhet (Midtbø, 2010). Det er vanlig å skille mellom avhengige- og uavhengige variabler. Den avhengige

variabelen er den som blir påvirket, mens den uavhengige variabelen er den som påvirker (Tuftes, 2018). Artikkelen forklarer hvordan variablene var målt, og i tabell 1 illustreres våre avhengige og uavhengige variabler. Kappeteksten utdyper hvordan studiets variabler om tjenestebruk før pandemien var slått sammen, samt studiets to avhengige variabler om reduksjon av tjenstekontakt under covid-19-pandemien.

4.5.1 Tjenestebruk før pandemien

For å besvare studiets første forskningsspørsmål, som omhandler tjenestebruk før pandemien, har vi kategorisert de opprinnelige variabler til kommunale - og spesialisthelsetjenester. Inndelingen var til hjelp for å systematisere og forenkle data (Johannessen, 2009). Tabell 1 inneholder hvilke tjenester som inngår under kategoriene kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Tabell 1. Tjenestebruk før covid-19-pandemien.

	Ungdommer (n = 2997) n (%)
Kommunale helsetjenester	943 (31.5)
Helsesykepleier	368 (12.3)
Barne- og familiehjelpen/ Ung Arena	33 (1.1)
Pedagogisk psykologisk tjeneste	56 (1.9)
Barnevernet	38 (1.3)
Fastlege	597 (19.9)
Utekontakten	23 (0.8)
Ergo- og Fysiotjenesten	106 (3.5)
Helsestasjon for ungdom	110 (3.7)
Spesialisthelsetjenester	255 (8.5)
Psykisk helsevern for barn og unge	104 (3.5)
Lege ved sykehus	169 (5.6)

4.5.2 Tjenestebruk syv til ni uker under covid-19-pandemien

Kategoriene er også gjeldende for nedgang i tjenestebruk syv til ni uker under covid-19-pandemien. Følgelig har vi valgt å kategorisere verdiene: «*jeg har oftere kontakt eller kontakten har ikke endret seg*» og «*jeg har sjeldnere/manglende kontakt grunnet covid-19-pandemien/tilbudet er avsluttet*». Verdiene og omfanget av redusert tjenstekontakt illustreres i tabell 2.

Tabell 2. Tjenestebruk syv til ni uker under covid-19-pandemien.

	Ungdommer (n = 2997) n (%)		
	Nedgang	Lik kontakt	Total
Kommunale helsetjenester	609 (66.3)	310 (33.7)	919
Helsesykepleier	281 (79.8)	71 (20.2)	352
Barne- og familiehjelpen/ Ung Arena	24 (77.4)	7 (22.6)	31
Pedagogisk psykologisk tjeneste	42 (77.8)	12 (22.2)	54
Barnevernet	26 (70.3)	11 (29.7)	37
Fastlege	298 (51.6)	279 (48.4)	557
Utekontakten	14 (60.9)	9 (39.1)	23
Ergo- og Fysiotjenesten	82 (78.1)	23 (21.9)	105
Helsestasjon for ungdom	76 (71)	31 (29)	107
Spesialisthelsetjenester	144 (58.5)	102 (41.5)	246
Psykisk helsevern for barn og unge	69 (69)	31 (31)	100
Lege ved sykehus	83 (51.2)	79 (48.8)	162

Notat: Nedgang = jeg har sjeldnere/manglende kontakt grunnet covid-19-pandemien/tilbudet er avsluttet. Lik kontakt = jeg har oftere kontakt eller kontakten har ikke endret seg.

4.6 Analyser

Kvantitative metoder kjennetegnes ved at datamaterialet omgjøres til tall, som videre skal analyseres statistisk. Data i denne studien var behandlet og analysert gjennom statistikk software-

programmet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). I først omgang var det behov for å finne ut av hvor mange ungdommer som hadde vært i kontakt med de ulike tjenestene før pandemien og syv til ni uker under covid-19-pandemien. Ettersom utvalget i tjenestene var relativt små (se tabell 1 og 2), undersøkte vi hvordan tjenestene kunne slås sammen, for å få et stort nok analyseutvalg. Det var da naturlig å kategorisere tjenestene inn i kommunale- og spesialisthelsetjenester. Vi ønsket videre å finne ut om de uavhengige variablene hang sammen med nedgang i kontakten med kommunale- eller spesialisthelsetjenester under nasjonal nedstengning.

4.6.1 Deskriptiv analyse

Før en gjennomfører statistiske analyser er det svært viktig å skaffe oversikt over innsamlede data. For å få kjennskap til hvordan respondentene har svart og kartlegge studiets variabler, har vi brukt deskriptive analyser. Dette gav informasjon om total responsrate og prosentfordeling for alle variablene, og gjennomsnitt og standardavvik for alder og psykiske helse. Formålet med analysene var å fremstille data som gir et helhetlig bilde over enhetene som undersøkelsen baserer seg på (Pallant, 2020). I artikkelen rapporteres karakteristika ved utvalget, og utvalgets fordeling i tabell 1. Gjennom de deskriptive analysene ble det også innhentet informasjon om manglende data for alle variablene. For å kunne svare på problemstillingen «*hva var omfanget av selvrapportert tjenestebruk før og syv til ni uker under covid-19-pandemien?*» ble deskriptive analyser benyttet. Analysene ga informasjon om antall ungdom som hadde vært i kontakt med enten kommunale- eller spesialisthelsetjenester både før og under nasjonal nedstengning.

Tabell 3. Kjennetegn ved utvalgets variabler om tjenestebruk.

	Ungdommer (n = 2997) n (%)
Tjenestebruk før covid-19-pandemien	
Kommunale helsetjenester	2997 (100)
Ikke kontakt	2054 (68.5)
Vært i kontakt	943 (31.5)
Spesialisthelsetjenester	2997 (100)
Ikke kontakt	2742 (91.5)
Vært i kontakt	255 (8.5)

Tjenestebruk syv til ni uker under covid-19-pandemien	
Kommunale helsetjenester	919 (100)
Nedgang	609 (66.3)
Lik kontakt	310 (33.7)
Spesialisthelsetjenester	246 (100)
Nedgang	144 (48.5)
Lik kontakt	102 (41.5)

Notat: Nedgang = jeg har sjeldnere/manglende kontakt grunnet covid-19-pandemien/tilbudet er avsluttet. Lik kontakt = jeg har oftere kontakt eller kontakten har ikke endret seg.

Videre undersøkte vi skjevhet og kurtose. To verdier som viser variablenes distribusjon i et histogram. Skjevhet-verdien bidrar med informasjon om hvordan distribusjonen av skårer var, og kurtose-verdien gir innsikt i distribusjonens spissitet (Pallant, 2020). Dette er begreper som var til hjelp for å forstå avvik fra normalfordelingen. Skjevhet-verdien forklarer om det er en skjevhet til høyre eller venstre for skalaen. En positiv verdi indikerer at data er skjevt fordelt mot venstre del av skalaen, og en negativ verdi mot høyre del av skalaen. Kurtose-verdien forklarer derimot hvor toppet eller flat fordelingen av variabelens verdier er. Dersom kurtose-verdien er positiv, indikerer dette at kurven er toppet, og ved en negativ kurtose-verdi indikerer det en flat kurve. Verdier mellom -3 og +3 kan betegnes som akseptable verdier for gyldige tester (Kline, 2016). Til tross for at normalfordelingskurvene er ulike, viser tabell 4 til at alle fordelingene var innenfor kravet om variablenes skjevhet og kurtose (Kline, 2016). Tabellen rapporterer om minimumskåre (Min), maximum skåre (Max), gjennomsnittskårer (M), standardavvik (SD), skjevhet (Skew), kurtose (Kurt) og manglende data (Missing).

Tabell 4. Deskriptiv statistikk av studiets uavhengige variabler.

Variabler	N	Min	Max	M	SD	Skew	Kurt	Missing %
Kjønn	2940	1	2	1.58	0.49	-0.31	-1.91	1.9
Alder	2940	1	8	5.00	1.66	-1.02	0.13	1.1
Psykisk helse, SDQ total skåre	2617	0	35	11.34	5.35	0.49	0.13	12.7
Sosioøkonomisk status (SES)	2107	1	3	1.88	0.55	-0.05	0.1	29.7

Permitterte foreldre	2106	1	2	1.22	0.42	1.33	-0.22	29.7
----------------------	------	---	---	------	------	------	-------	------

Notat: Verdiene i variabelen alder er kodet 1 (12 år) til 8 (19 år og eldre). Sosioøkonomisk status (SES) er kodet (1) «bedre råd», (2) «omtrent som de fleste andre», og (3) «dårligere råd».

4.6.2 Korrelasjonsanalyse

For å finne ut om det var en sammenheng med opplevd nedgang i kontakt med kommunale- og spesialisthelsetjenester og studiens uavhengige variabler, ble det i første omgang gjennomført en korrelasjonsanalyse. Dette ble gjort for å få informasjon om ujusterte sammenhenger. En korrelasjonsanalyse brukes for å beskrive styrken og retningen til den lineære sammenhengen mellom to variabler (Pallant, 2020). Ettersom at de avhengige variablene var dikotome, vil analysene benytte korrelasjonskoeffisienten Persons R.

En slik korrelasjonsanalyse strekker seg på en skala fra -1 til 1, og oppgir en r-verdi som beskriver forholdet mellom variablene (Cohen, 2011). Retningen av forholdet kan en se på om r-verdien har et positivt eller negativt fortegn. En positiv verdi indikerer at korrelasjonen er positiv, som vil si at høyere skårer i den ene variabelen fører til høyere skårer i den andre variabelen. En negativ verdi vil indikere at korrelasjonen er negativ, som vil si at økning i den ene variabelen, fører til reduksjon i den andre variabelen. Når det kommer til korrelasjon er en gjerne mer opptatt av omfanget og styrken av korrelasjonen, enn hvilket fortegn verdien har. En perfekt korrelasjon på -1 eller 1 indikerer at verdien i den ene variabelen kan finnes nøyaktig ved å kjenne verdien på den andre variabelen. En korrelasjonskoeffisient med verdi 0 vil si at det ikke finnes noen form for forhold eller sammenheng mellom variablene (Brace, 2012).

Styrken på en korrelasjonskoeffisient kan deles inn i ulike grader, og for å tolke verdiene mellom 0 og 1 kan Cohens (2011) retningslinjer brukes. En høy korrelasjon har verdier på 0.50 eller høyere, middels stor korrelasjon på 0.30, og liten korrelasjon på 0.10. Kriteriene gjelder uavhengig om verdiene har et positiv eller negativt fortegn, fordi dette kun sier noe om retningen av korrelasjonen.

4.6.3 Logistisk regresjonsanalyse

For å undersøke justerte sammenhenger mellom våre variabler, benyttet vi regresjonsanalytiske metoder. Regresjonsanalyser tillater en bredere utforsking av sammenhenger innenfor et sett med variabler, kontra korrelasjonsanalysen.

Regresjonsanalyser finnes i flere ulike former, som eksempelvis logistisk, probit eller kurvelinær. I denne studien var logistisk regresjonsanalyse benyttet. Det legger til grunn at de avhengige variablene var kategorisk dikotome, som vil si at variablene kun tar på seg to verdier (0/1). For å presentere resultater fra logistisk regresjonsanalyse betegnes effektmålet odds ratio (Veierød et al., 2007). Det estimerte effektmålet var et anslag for nedgang i tjenestebruk og sammenhengen med kjønn, alder, psykiske vansker, SES og permitterte foreldre. Effektmålet odds ratio representerer ratioen mellom odds for en hendelse i en gruppe og odds for en hendelse i en annen gruppe. En odds ratio på 1 indikerer at det ikke er en forskjell mellom gruppene, hvorav en odds ratio større enn 1 gir økt relativ risiko for utfall. For å vurdere usikkerheten i effektestimatet benyttes et konfidensintervall på 95 %. Det gir verdier som dekker det sanne effektmålet med 95 % sannsynlighet (Veierød et al., 2007).

Det foreligger klare grenser innenfor forskning på hvor stor en forskjell må være for å kunne si at det faktisk foreligger en forskjell. Hvorvidt resultatet i denne analysen kan generaliseres ble vurdert ut ifra signifikantnivået. Denne studien anvendte p-verdier, som er i tråd med hva som er vanlig innen samfunnsforskning. Signifikantnivået var derfor satt til $p < 0.05$ eller lavere. Dette innebærer en usikkerhet på inntil 5 % for at resultatene i utvalget kan ha vært tilfeldig, og kan derfor ikke gjenspeile populasjonen (Johannessen, 2009). Våre signifikante funn er i artikkelen presentert i tabell 3 og 4.

4.6.3.1 Forutsetninger

Det er enkelte forutsetninger som ligger til grunn, og må sjekkes for å gjennomføre en logistisk regresjonsanalyse. Slike forutsetninger kan svekke analysens signifikantnivå og forklaringskraft. Som med de fleste statiske analyser, måtte vi vurdere størrelsen av utvalget. Dersom utvalget var for lite, og hadde for mange prediktorer kan det oppstå problemer med analysen. Dette var spesielt viktig å sjekke når vi brukte kategoriske variabler med begrensede tilfeller i hver kategori (Pallant, 2020). Tjenestene som inngår i vår studiet hadde et lite utvalg, derfor valgte vi å kategorisere tjenestene som kommunale- og spesialisthelsetjenester. På den måten sikret vi størrelsen på utvalget, og funnenes signifikantnivå og forklaringskraft.

I vår studiet kategoriserte vi tjenestene, ettersom enkelte tjenester hadde et for lite utvalg.

Multikollinearitet var også et element som vi sjekket før gjennomføringen av logistisk regresjon. Multikollinearitet vil si at to eller flere variabler lineært ligger nært hverandre og vil dermed gi en for høy korrelasjon mellom variablene (Field, 2018). Multikollinearitet eksisterer når de uavhengige variablene er sterkt korrelert. Ideelt sett vil en at prediktorvariabelene skal være sterkt relatert til den avhengige variabelen, og ikke sterkt relatert til hverandre. En for høy

korrelasjon over 0.9, bør unngås. Dersom en korrelasjon er for høy kan det tyde på at to variabler som egentlig skal måle ulike fenomener, måler det samme. I vår studie var det ingen korrelasjoner som var for høy (Pallant, 2020). For å sjekke modellens mulighet for multikollinearitet, sjekket vi toleranseverdiene og VIF-verdiene. For at verdiene skal være akseptable, bør toleranseverdiene ligge under 0.1, og VIF-verdiene være under 10 (Field, 2018). Gjennom analyser fant vi ut at våre toleranseverdier ligger mellom 0.949-0.991 og VIF-verdiene mellom 1.009-1.054 for både nedgang i kontakt med kommunale- og spesialisthelsetjenester. Det vil si at studiens toleranseverdier og VIF-verdier var akseptable.

Vi sjekket også for uteliggere i modellen. Utliggere er en verdi i utvalget som i stor grad skiller seg ut fra den normale verdi-fordelingen av skårer. Ekstreme verdier som skiller seg fra resten av dataene, kan redusere målene på hvor god modellen er. For å finne ut om datamaterialet har mange uteliggere, kan figuren «scatterplots» eller «box-plots» undersøkes. Etter å ha undersøkt datamaterialet for uteliggere fant vi ut at studien vår hadde en liten gruppe med uteliggere. Ettersom gruppen med uteliggere var liten, ble de ikke fjernet (Field, 2018; Pallant, 2020).

4.6.4 Manglende data

Manglende data er blitt håndtert ved å bruke funksjonen *exclude pairwise* på SPSS (Pallant, 2020). Ungdom som besvarte spørreskjemaets spørsmål, ble inkludert i analysen. Dersom enkelte spørsmål ikke var besvart, ble heller ikke ungdommen inkludert i analysen. Eksempelvis har en ungdom besvart spørsmålene om kjønn, alder, psykisk helse og permitterte foreldre, men ikke besvart spørsmålet om SES. Da vil svarene fra spørsmålene som var besvart inkluderes i analysene, og spørsmålet om SES ville i et slikt tilfelle blitt ekskludert. Pallant (2020) anbefaler å bruke *exclude pairwise*, med mindre det er gode grunner for å gjøre annet. For å kartlegge manglende datamaterialer og identifisere manglende verdier, ble det utført en *missing value analysis*. Tabell 5 viser en oversikt over manglende data for alle variablene i studien. Kun de respondentene som har svart på opplevd nedgang i kontakt med tjenester eller lik kontakt er tatt med i analysene.

Tabell 5. Oversikt over manglende data.

Variabler	N	Missing	
		N	%
Kjønn	2940	57	1.9

Alder	2964	33	1.1
Psykiske vansker	2617	380	12.7
Permitterte foreldre	2106	891	29.7
Sosioøkonomisk status (SES)	2107	890	29.7
Kommunale helsetjenester	2997	0	0
Spesialisthelsetjenester	2997	0	0
Nedgang i kommunale helsetjenester	919	0	0
Nedgang i Spesialisthelsetjenester	246	0	0

Notat: Missing = manglende data.

4.7 Kvalitetssikring av studien

Det er viktig at forskning blir evaluert kritisk, og i størst mulig grad er gyldig og pålitelig. At datamaterialet har en tilfredsstillende kvalitet, er en forutsetning for holdbar empiri og analyseresultat (Grønmo, 2016). For å kartlegge studiets kvalitet vil det redegjøres for validitet og reliabilitet.

4.7.1 Validitet

Begrepet validitet referer til undersøkelsens gyldighet og relevans. Det inkluderer tre forhold: *måle-*, *intern-* og *ekstern* validitet (Halvorsen, 2008).

Målevaliditet omhandler hvor godt benyttede indikatorer måler det de er ment til å måle (Halvorsen, 2008; Punch, 2014). Klare kriterier for hva enhetene skal måle er med å sikre god målevaliditet (Halvorsen, 2008). I denne studien sikret vi undersøkelsens målevaliditet gjennom å redegjøre for operasjonaliseringen av sentrale begreper: pandemi, covid-19-pandemien, tjenestebruk, psykisk helse, psykiske vansker, SES og permitterte foreldre. Vi redegjorde også for studiens variabler, hvor vi dannet klare kriterier for tjenstekontakt. Tjenstekontakt representerte ungdommens tjenestebruk før og syv til ni uker under covid-19-pandemien.

Intern validitet uttrykker styrken til undersøkelsen. Det innebærer at resultatene er gyldige for det utvalget som undersøkes (Ringdal, 2007). Denne studien tar blant annet i bruk kartleggingsverktøyet SDQ for å måle ungdoms psykiske vansker. SDQ er et godt validert

spørreskjema, og er vist å ha en god indre konsistens for totalskår (Goodman, 1997; Nøkleby et al., 2020). Ved at vår studie benytter totalskåren for SDQ medfører det økt indre validitet og større sannsynlighet for at variabelskalaen måler det den skal måle (Pallant, 2020).

Ekstern validitet uttrykker resultatenes generaliserbarhet (Grønmo, 2016). Generaliserbarhet refererer i den sammenheng til i hvilken grad studien er reell for andre samfunnsmessige forhold (Grønmo, 2016; Ringdal, 2007). I vår studie er utvalget avgrenset til ungdom i alderen 12 – 19 år fra Bergen kommune. Undersøkelsen har en responsrate på 40 %, hvor den relativt lave prosentandelen kan medvirke til svekket generaliserbarhet. Dette fordi utvalget kun er representativt for den gitte populasjonen som er undersøkt (Halvorsen, 2008). Derimot kan resultatene ha overføringsverdi for brukere, tjenesteytere, politikere og forskere, særlig med tanke på utarbeidelse av fremtidige tjenester under krisesituasjoner. Vi kan også ta høyde for at covid-19-pandemien og påfølgende konsekvenser som redusert tjenestekontakt, kan ha påvirket flere enn ungdommene i studien. Dette da pandemien spredde seg globalt og påvirket et stort antall mennesker. Likevel vet vi at det var stor variasjon i restriksjoner etter kommune og bydel, og derav bør generalisering av funnene gjøres med forsiktighet, med tanke på studiets geografiske begrensninger.

4.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelige målingene er, og gir innsikt i hvilken grad én kan stole på funnene. En høy reliabilitet indikerer at konsistensen i målingen gir samme resultat. Med andre ord er studiets reliabilitet viktig for å avgjøre hvorvidt en forskning er troverdig (Halvorsen, 2008). Vårt datamateriale er samlet inn via en sikker online tjeneste, i samarbeid med universitetet i Bergen, Bergen kommune og Folkehelseinstituttet. Gjenbruk av forskningsdata kan bidra til vitenskapelige fremskritt ved at hver enkelt forsker får et større datagrunnlag å bygge på. Det bidrar til økt etterprøvnbarhet og bedre kvalitetssikring av tidligere forskningsfunn, og til å unngå at samme type datainnsamling finansieres flere ganger. På denne måten øker studiet reliabilitet, da flere studier har kontrollert datamaterialets etterprøvnbarhet. Å ta i bruk andres datamateriale krever også at en som forsker setter seg grundig inn i hvordan dataen ble samlet inn, og hvordan spørsmålene i spørreskjemaet var operasjonalisert og satt sammen. Vi gjorde oss kjent med spørsmålene i spørreskjemaet og kontrollsjekket datamaterialet for eventuelle feil. Ved å gjøre forskningsprosessen transparent, gir én leseren innsikt i hele prosessen, er tydelig på hva som er fakta og hva om er egne vurderinger og kommentarer (Silverman, 2017).

4.8 Etiske betraktninger

I forbindelse med vårt forskningsprosjekt: «tjenestebruk blant ungdom i Bergen under covid-19-pandemien» ble data fra Ung i Koronatiden brukt (Lehmann et al., 2021; Universitetet i Bergen, 2022). Ung i koronatiden er en delstudie av Bergen i Endring (Universitetet i Bergen, 2021) godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nr.131560). Vi ble meldt som medforskere gjennom endringsmelding til REK, og fikk tilgang til datamaterialet via SAFE. Et eksternt skrivebord og en to- faktor-påloggingsmekanisme ble benyttet for sikker lagring av data.

Deltakerne av studiet var ungdom i alderen 12 – 19 år. Ifølge Forskningsetisk komite for humaniora og samfunnsfag, har barn som deltakere i samfunnsvitenskapelig forskning krav på beskyttelse (NESH, 2016). I den forbindelse ble det gitt et alderstilpasset informasjonsskriv for ungdom i alderen 12 – 15 år (vedlegg 5), dersom foreldre hadde samtykket (vedlegg 4). Ungdom i alderen 16 – 19 år fikk også utdelt et alderstilpasset informasjonsskriv om samtykke (vedlegg 6). Invitasjonsprosedyrenes hensikt var å sikre ungdoms evne til å forstå hva forskningen omhandlet, og sikre et informert samtykke til deltakelse.

I informasjonsskrivet ble ungdom informert om hva samtykke innebar. Derneft var vi som forskere av studiet nødt til å være klar over kompleksiteten av undersøkelsen. Vi sto ansvarlige for å vise forståelse av forskningen, følsomhet overfor omgivelsene og respekt for respondentene som deltok i forskningsprosjektet. Denne typen autonomi er avhengig av frivillig samtykke fra respondentene (Punch, 2014). Ungdom samtykket ved å krysse av «samtykke» i starten av spørreskjemaet, og kunne uten grunn trekke sitt samtykke etter ønske. Respondentene som deltok, gav et frivillig informert samtykke. Studiets frivillige deltakelse og samtykke var nødvendig for beskyttelse av deltakerne (Universitetet i Bergen, 2021).

Det ble følgelig gitt informasjon om respondentens anonymitet, som siden ble behandlet konfidensielt gjennom EUs personvernforordning (GDPR). Herunder har respondentene rett til å klage på behandling av opplysninger til Datatilsynet. Studien oppgir ikke resultater som representerer svarprosenten til en mindre gruppe, for å ivareta personvern hensyn. På den måten kan vi trolig unngå stigmatisering, og opprettholde av anonymiteten til ungdommene. Anonymiteten kan siden muligens medvirke til at respondentene anså terskelen for deltakelse som verdifull. Noe som kan ha nytteverdi, dersom respondentene delte sensitiv informasjon eller følte ubehag av informasjonsdeling (Universitetet i Bergen, 2021).

Studien er gjennomført under covid-19-pandemien, som berørte hele samfunnet. Barn og unge som respondenter i studiet vil i en slik endringsfase i samfunnet kunne tolke enkelte

spørsmål som personlig eller ubehagelig. Av den grunn er det viktig for oss som forskere å ta omstendighetene i betraktning, da spørsmål i spørreskjema kan oppleves som sensitivt for enkelte respondenter. Ungdom som opplevde forverring av helse etter besvarelse av spørreskjema, ble oppfordret til å kontakte fastlege (Universitetet i Bergen, 2021).

5.0 Oppsummering

Kappeteksten er en utdypning av vår artikkel. Den løfter frem ungdoms tjenestebruk før og under covid-19-pandemien. Vårt teoretiske rammeverk er forankret i byråkratiet og bakkebyråkratiet. Videre har vi gitt en utdypning av studiets empiriske og metodiske valg, som danner grunnlag for vår masteroppgave. Videre har vi redegjort for validitet og relabilitet for kvalitetssikring av studien. Avslutningsvis grunngir vi studiens etiske betraktninger.

6.0 Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Aasen, H. S., Bringedal, B., Bærøe, K. & Magnussen, A.-M. (2018). Introduksjon: Styring, prioritering og likebehandling - om bokens innhold. I H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe & A.-M. Magnussen (Red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste* (s. 11-29). Cappelen Damm Akademisk.
- Aavitsland, P. (2021). Ingen lett utvei. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0366>
- Arbeidstilsynet. (u.å.a). *Permisjoner*.
<https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/permisjoner/>
- Arbeidstilsynet. (u.å.b). *Permittering*.
<https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/permittering/>
- Barnehageloven. (2005). *Lov om barnehager* (LOV-2005-06-17-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>
- Barneombudet. (2021). *"Det er forskjell på hva du går glipp av på et år når du er 16 og når du er 45"*. <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrappporter/koronapandemien.pdf>
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester* (LOV-1992-07-17-100). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Bech, I. (2021, 11.10.2021). FHI: Koronapandemien rammet skjevt i Norge. *Sunnmørsposten*.
<https://www.smp.no/nyheter/i/28bQ11/fhi-koronapandemien-rammet-skjevt-i-norge>
- Bekkhus, M., Soest, V. T. & Fredriksen, E. (2020). Psykisk helse hos ungdom under COVID-19- Ensomhet, venner og sosiale medier. *Psykologtidsskriftet*.
<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2020/06/psykisk-helse-hos-ungdom-under-covid-19>
- Bergen Kommune. (2021a, 22.09.2021). *Barne- og familiehjelpen. Velkommen til Barne- og familiehjelpen (BFH)*. <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/barneog-familiehjelpen>
- Bergen Kommune. (2021b, 26.11.2021). *Ergo- og fysioterapi*.
<https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/helsetjenester/fysioterapi/ergoog-fysioterapi>

- Bergen Kommune. (2021c, 30.11.2021). *Fastlege*.
<https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/helsetjenester/legehjelp/fastlege>
- Bergen Kommune. (2021d, 27.08.2021). *Skolehelsetjenesten*.
<https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/skole/grunnskole/skolehelsetjeneste-/skolehelsetjeneste>
- Bergen Kommune. (2021e, 02.11.2021). *Ung Arena Bergen*.
<https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/barn-og-familie/helsetjenester-for-barn-og-unge/psykisk-helse/ung-arena-bergen>
- Bergen Kommune. (2022a, 26.01.2022). *Barne- og familiehjelpen (BFH)*.
<https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/barn-og-familie/barnevern-og-foreldrestotte/stotte-til-familier-og-ungdom/barneog-familiehjelpen-bfh>
- Bergen Kommune. (2022b, 14.01.2022). *Helsestasjon for ungdom*.
<https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/barn-og-familie/helsetjenester-for-barn-og-unge/helsestasjon-for-ungdom/helsestasjon-for-ungdom>
- Bignardi, G., Dalmaijer, E. S., Anwyl-Irvine, A. L., Smith, T. A., Siugzdaite, R., Uh, S. & Astle, D. E. (2020). Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Archives of Disease in Childhood*, 106(8).
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320372>
- Bjørknes, R., Sandal, G. M., Mæland, S., Hug, E. & 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/10.1111/cfs.12878>
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2012). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Gyldendal akademisk.
- Bonneux, L. & Van Damme, W. (2011). Health is more than influenza. *Bulletin of the World Health Organization*, 89 (7), 539 - 540.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/270944/PMC3127278.pdf>
- Brace, N. (2012). *SPSS for psychologists* (5. utg.). Palgrave Macmillan.
- Bratsberg, B., Markussen, S., Røed, K., Raaum, O., Vigtel, T. & Eielsen, G. (2020a). *Hvem tar støyten? Arbeidsmarkedet under korona-krisen* [Statistikk]. SSB.
- Bratsberg, B., Markussen, S., Røed, K., Raaum, O., Vigtel, T. & Eilsen, G. (2020b). Koronakrisens første uker - hvem tok støyten i arbeidslivet. *134*(2), 41 – 50.
<https://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/2020/Formatert/HvemTokStoyten.pdf>

- Bremtun-Olaussen, M. (2022, 09.01.2022). *Corona: Regler for permittering, sykepenger og omsorgspenger*. Visma. <https://www.visma.no/blogg/permittering-coronavirus/>
- Bufdir. (2015a, 09.02.2021). *Slik jobber barnevernet*. Barne-, og ungdoms og familiedirektoratet. https://www.bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/Om_barnevernet/
- Bufdir. (2015b, 19.05.2021). *Tiltak i barnevernet*. Barne-, og ungdoms og familiedirektoratet. https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/
- Bufdir. (2017, 17.06.2021). *Skole og sosioøkonomisk status*. Barne-, og ungdoms og familiedirektoratet. https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Barnehage_og_skole/Skole_og_sosioekonomisk_status/
- Bufdir. (2020a). *Statusrapport 1 - Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien*. Barne-, og ungdoms og familiedirektoratet. https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/utsatte_barn_og_unge_tjenestetilbud_under_covid19_pandemien_statusrapport_1-konvertert.pdf
- Bufdir. (2020b). *Statusrapport 2 - Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien*. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. <https://bufdir.no/globalassets/korona/koordineringsgruppen/statusrapport-nr.-2---koordineringsgruppe-for-tjenester-til-sarbare-barn-og-unge-i-covid-19-pandemien.pdf>
- Bufdir. (2020c). *Statusrapport 10 - Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien*. Barne-, og ungdoms og familiedirektoratet. https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/utsatte_barn_og_unge_tjenestetilbud_under_covid_19_pandemien_statusrapport_10.pdf
- Bufdir. (2020/21). *Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge*. Barne-, og ungdoms og familiedirektoratet. https://www.bufdir.no/aktuelt/temaside_koronavirus/tjenestetilbudet_til_barn_og_unge_under_covid_19_pandemien/
- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet*. (IS-2412) Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sosioekonomisk-status-og-barn-og-unges-psykologiske-utvikling/>
- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J. & Hysing, M. (2014). Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 705-715. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9818-9>
- Cohen, L. (2011). *Research methods in education* (7. utg.). Routledge.

- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. utg.). SAGE.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 14(1), 1 - 11. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5. utg.). SAGE.
- Folkehelseinstituttet. (2014, 14.05.2018). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Folkehelseinstituttet. (2020a). COVID-19-EPIDEMIEN: Kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 18. FHI. <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/notat-om-risiko-og-respons-2020-05-05.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2020b, 07.02.2022). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2020c, 21.04.2022). *Statistikk om koronaviruset og covid-19*. FHI. <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>
- Folkehelseinstituttet. (2021a). *Del 5: Psykisk helse og livskvalitet under pandemien*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelserapporten-temautgave-2021/del-1-9/psykisk-helse-og-livskvalitet-under-pandemien/>
- Folkehelseinstituttet. (2021b). *Pandemien har rammet ulikt*. FHI. <https://www.fhi.no/nyheter/2021/pandemien-har-rammet-ulikt/>
- Frønes, I. (2010). *Risiko og marginalisering: norske barns levekår i kunnskapssamfunnet*. Gyldendal akademisk.

- Førde, R., Magelssen, M., Heggstad, A. K. T. & Pedersen, R. (2020). Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(1), 1 - 4. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-11>
- Fylling, I. & Henriksen, C. (2020). Velferdstjenester for barn og unge i kommunen. I C. H. Anvik, J. T. Sandvin, J. P. Breimo, Ø. Henriksen (Red.), *Velferdstjenestenes vilkår* (s. 42-66). Universitetsforlaget.
- 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>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Cappelen akademisk forlag.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A. & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>
- Helse Bergen. (u.å.). *Psykisk helsevern for barn og unge (PBU)*. <https://helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helse Norge. (2020, 31.03.2020). *Er du ung og trenger noen å snakke eller chatte med?* <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/her-far-du-hjelp/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). Sykehusenes hovedoppgaver. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/sykehusenes-hovedoppgaver/id528111/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å.). *Kommunale helse- og omsorgstjenester*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/id10903/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedepartementet. (2003). *Sammen om psykisk helse: regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse*. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2011061605009
- Helsedirektoratet. (2016). *Kontaktleger i spesialisthelsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kontaktleger-i->

[spesialisthelsetjenesten/Kontaktlege%20i%20spesialisthelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](#)

Helsedirektoratet. (2018). *Sosial ulikhet påvirker helse - tiltak og råd.*

[https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad](#)

Helsedirektoratet. (2020). *Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – covid-19.*

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19/Samfunns%C3%B8konomiske%20virkninger%20smitteverntiltak%20covid-19.pdf](#)

Helsedirektoratet. (2021a, 23.02.2021). *Helsestasjon for ungdom (HFU).*

[https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsestasjon-for-ungdom/](#)

Helsedirektoratet. (2021b). *Om koronaviruset- Om viruset, sykdommen og smitte.*

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/smittevern-i-videregaende-skole-covid-19/om-koronaviruset](#)

Helsetilsynet. (2016). *Om barnevern og barneverntjenestene.*

[https://www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter/barnevernet/om-barnevern-og-barneverntjenestene/](#)

Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R. D.,

Slymen, D. J. & Zhang, J. (2004). Contextual Predictors of Mental Health Service Use Among Children Open to Child Welfare. *Archives of general psychiatry*, 61(12), 1217-1224. [https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1217](#)

Hyggen, C., Brattbakk, I. & Elling, B. (2018). *Muligheter og hindringer for barn i*

lavinntektsfamilier. En kunnskapsoppsummering. Oslo Metropolitan University -

OsloMet: NOVA. [https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/20.500.12199/5129/Nettutgave-NOVA-Rapport-11-2018-Muligheter-og-hindringer-.pdf](#)

Hølaas, I. I. (2021). *Oppvekst i Norge - Stadig flere fattige.* Røde Kors.

[https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/308937_notat-oppvekst-i-lavinntektsfamilier_uu-rettet.pdf](#)

Ishimoto, Y., Yamane, T. & Kobayashi, K. (2020). The Impact on Children's Mental Health of School Closures to Prevent the Spread of the Novel Coronavirus (COVID-19). *The Proceedings of the Annual Convention of the Japanese Psychological Association*, 84, PD-144-PD-144. [https://doi.org/10.20944/preprints202006.0006.v1](#)

Jacobsen, D. I. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Fagbokforlaget.

- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utg.). Abstrakt forlag.
- Kalajdzic, P. & Solberg, L. E. (2020). *Varsler de mest inngripende tiltakene Norge har hatt i fredstid* <https://www.nrk.no/norge/varsler-de-mest-inngripende-tiltakene-norge-har-hatt-i-fredstid-1.14940376>
- Kalberg, S. (2011). Max Weber. I G. Ritzer & J. Stepnisky (Red.), *The Wiley-Blackwell companion to major social theorists: 1: Classical social theorists* (1. utg.). Wiley-Blackwell.
- Kaufmann, A. & Kaufmann, G. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kovess-Masfety, V., Van Engelen, J., Stone, L., Otten, R., Carta, M. G., Bitfoi, A., Koc, C., Goelitz, D., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Fermanian, C., Pez, O. & Husky, M. (2017). Unmet Need for Specialty Mental Health Services Among Children Across Europe. *Psychiatr Serv*, 68(8), 789-795. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600409>
- 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*. <https://doi.org/10.1177/1403494821993714>
- Lehmann, S., Skogen, J. C., Sandal, G. M., Haug, E. & Bjørknes, R. (2022). Emerging mental health problems during the COVID-19 pandemic among presumably resilient youth -a 9-month follow-up. *BMC Psychiatry*, 22(1), 67-67. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03650-z>
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C. & Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 841-852. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>
- Likestillings- og diskrimineringsombudet. (2011). Likeverdige tjenester for alle. LDO. https://www.ldo.no/globalassets/brosjyrer-handboker-rapporter/ldo_handbok_likeverdige_til_trykk_10_10_111.pdf
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, A. C. & Simoes-e-Silva, A. C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and

- adolescents? *International journal of disaster risk reduction*, 51, 101845-101845.
<https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101845>
- Maynard-Moody, S. & Musheno, M. (2012). Social Equities and Inequities in Practice: Street-Level Workers as Agents and Pragmatists. *Public administration review*, 72(s1), S16-S23. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2012.02633.x>
- Meld.St. 5 (2020-2021). Samfunnssikkerhet i en usikker verden. Justis- og beredskapsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20202021/id2770928/?ch=4&fbclid=IwAR3Z5PKQoHvyoKxAHzcIWJAwV7_GLHgVn_jdbLQRy4a6D8ZVIEPsp8fOHlc
- Meld.St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/fl7befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>
- Mental Helse. (u.å.). *Ung Arena*. Mental Helse. <https://mentalhelse.no/vart-arbeid/ungarena>
- Midtbø, T. (2010). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere*. Universitetsforlaget.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>
- 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. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-8.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/14034948211027817>
- NAV. (2019, 24.01.2022). *Permitterte og varsel om permittering og masseoppsigelser*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/permitteringsvarsel%20og%20permitterte>
- NAV. (2020, 03.04.2020). *Mer enn 400 000 registrert som arbeidssøkere hos NAV*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/nyheter/mer-enn-400-000-registrert-som-arbeidssokere-hos-nav>
- NAV. (2022, 09.02.2022). *Veiviser for permittering*. <https://arbeidsgiver.nav.no/permittering-og-omstilling/permittering>
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* (4. utg.). De nasjonale forskningsetiske komiteene for samfunnsvitenskap og humaniora.
- Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*

- (7. utg.). Pearson.
- Norheim, M. (2019, 28.03.2019). *Lavterskel psykisk helsetilbud - for hvem, hva og hvordan?* Impact Challenge. <https://www.impactchallenge.no/siste-nytt-2019/2019/5/22/maria-loevvik-norheim>
- Nøkleby, H., Berg, R., Muller, A. E. & Ames, H. M. R. (2021). Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/konsekvenser-av-covid-19-pa-barn-og-unges-liv-og-helse-rapport-2021.pdf>
- Nøkleby, H., Langøien, L. J., Muller, A. E., Siqveland, J., Jacobsen Jardim, P. S. & Johansen, T. B. (2020). Kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge: en systematisk kartleggingsoversikt. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/kartleggingsverktoy-for-utsatte-barn-og-unge-rapport-2020.pdf>
- Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen* (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL_6#%C2%A75-6
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7. utg.). Open University Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Punch, K. F. (2014). *Introduction to social research : quantitative & qualitative approaches* (3. utg.). Sage.
- Regjeringen. (2021a). *Beredskapsplan for smitteverntiltak under covid-19-pandemien*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/728fcbdf185d4d5f878dcb0fe535176f/beredskapsplan-for-smitteverntiltak-under-covid-19-pandemien.pdf>
- Regjeringen. (2021b, 07.12.2021). *Nye nasjonale smitteverntiltak for å beholde kontrollen*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-nasjonale-smitteverntiltak-for-a-beholde-kontrollen/id2891395/>
- Reme, B.-A., Hart, K. R., Godøy, A. A. & Wørn, J. (2021). *Del 4: Arbeidsløshet og helse*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelserapporten-temautgave-2021/del-1-9/arbeidsløshet-og-helse/>
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold- samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (2. utg.). Fagbokforlaget.

- Rognerud, M., Strand, B. H. & Dalgard, O. S. (2009). Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. I. Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Norsk epidemiologi*, 12(3). <https://doi.org/10.5324/nje.v12i3.372>
- Sandvik, K. B. (2020). Barn, korona og dobbeltdugnaden. *Nytt norsk tidsskrift*, (4), 302-317. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3053-2020-04-02>
- Silverman, D. (2017). *Doing qualitative research* (5. utg.). SAGE.
- Sprang, G. & Silman, M. (2013). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1), 105-110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
- Statens Helsetilsyn. (2020a). *Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020 - Samlerapport fra spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju*. Helsetilsynet. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2020/helsetilsynetrapport6_2020.pdf
- Statens Helsetilsyn. (2020b). *Tilsyn med tjenester til sårbare barn og unge under koronapandemien. Gjennomgang av spesialisthelsetjenestens behandlingsskapasitet innen psykiske helse for barn og unge*. Helsetilsynet. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2020/helsetilsynetrapport4_2020.pdf
- Stjernø, S. (1983). *Stress og utbrenthet: belastninger i arbeid med mennesker*. Universitetsforlaget.
- Swedberg, R. (2005). *The Max Weber dictionary: key words and central concepts*. Stanford Social Sciences.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tufte, P. A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Cappelen Damm akademisk.
- Tvedten, M. H., K. MereteLarsen, B. VildeVikum, F. Eirik. (2021). Folkehelsen etter COVID-19: Pandemiens viktigste helsekonsekvenser. <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelseraapporten-temautgave-2021/del-1-9/pandemiens-viktigste-helsekonsekvenser/>
- Ulset, V. S., Bakken, A. & von Soest, T. (2021). Ungdoms opplevelser av konsekvenser av pandemien etter ett år med covid-19-restriksjoner. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0335>
- Ung. (2022, 17.01.2022). *Hva er BUP?*. https://www.ung.no/psykisk/3222_Hva_er_BUP.html

- Universitetet i Bergen. (2021, 09.08.2021). *Bergen i Endring COVID19 studien - BiE studien*.
 UIB. <https://www.uib.no/igs/135092/bergen-i-endring-covid19-studien-bie-studien>
- Universitetet i Bergen. (2022, 04.01.2022). *Ung i Koronatiden*. UIB.
<https://www.uib.no/utsattebarn/144237/ung-i-koronatiden>
- Universitetet i Bergen. (u.å.). *Masteroppgåve i barnevern*. UIB.
<https://www.uib.no/emne/MABARN351>
- Utdanningsdirektoratet. (2017, 29.08.2017). Hva gjør PP- tjenesten?. Utdanningsdirektoratet.
<https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/samarbeid/pp-tjenesten/hva-gjor-pp-tjenesten/>
- Utekontakten. (2016). Utekontakten i Bergen. Bergen Kommune.
https://www.tjenestekatalog.no/vis/29350415/03_mini_utekontakten_juni16.pdf
- Veiden, P. (2020). *Max Weber: aktuelle perspektiver* (1. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Veierød, M. B., Thelle, D., Hjartåker, A. & Laake, P. (2007). *Epidemiologisk og klinisk forskning*. Gyldendal Akademisk.
- Weber, M. (1985). *Ekonomi och samhälle: Förståendesociologins grunder - Politisk sociologi* (3. utg.). Argos.
- Westrupp, E. M., Bennett, C., Berkowitz, T., Youssef, G. J., Toumbourou, J. W., Tucker, R., Andrews, F. J., Evans, S., Teague, S. J., Karantzas, G. C., Melvin, G. M., Olsson, C., Macdonald, J. A., Greenwood, C. J., Mikocka-Walus, A., Hutchinson, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., Stokes, M. A., Olive, L., Wood, A. G., McGillivray, J. A. & Sciberras, E. (2021). Child, parent, and family mental health and functioning in Australia during COVID-19: comparison to pre-pandemic data. *European child & adolescent psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01861-z>
- WHO. (2009). *Pandemic preparedness*. World Health Organization.
<http://whale.to/vaccine/WHO2.pdf>
- WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response*. World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (2020). *Statement on the second meeting of the international Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. World Health Organization. [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

WHO. (2022). *The current COVID-19 situation*. World Health Organization.

<https://www.who.int/countries/nor/>

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>

Vedlegg 1: Artikkel

Tidsskrift for Velferdsforskning: <https://www.idunn.no/journal/tfv>

Tjenestebruk blant ungdom i Bergen under covid-19-pandemien.

Service use among youth in Bergen during the covid-19-pandemic.



Ida Kløvfjell & Tone Koland

Det psykologiske fakultet

Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL)

Sammendrag

Hensikten med studiet var å frembringe mer kunnskap om ungdom i kontakt med tjenester under covid-19-pandemien. Der formålet har vært å undersøke reduksjon av tjenestebruk og identifisere forhold som kan ha vært til hinder for lik tilgang til tjenester. Studiet bygger på data hentet fra Ung i Koronatiden, en delstudie av Bergen i Endring. Datainnsamlingen fant sted i perioden 27. april til 11. mai, og utvalget besto av 2997 respondenter i alderen 12 – 19 år fra Bergen kommune. Ved hjelp av regresjonsanalyser undersøkte vi mulige sammenhenger mellom tjenestebruk og kjønn, alder, psykisk helse, sosioøkonomisk status og permitterte foreldre. Funn viser til at ungdom opplevde redusert tjenstekontakt syv til ni uker under nedstengingen mars 2020. Jenter, lavere alder og økt symptomtrykk av psykiske vansker var assosiert med redusert kontakt med kommunale helsetjenester. Hverken sosioøkonomisk status eller permitterte foreldre var medvirkende til at ungdom opplevde redusert tjenstekontakt. Resultater har nytteverdi for myndigheter og politikere som beslutningstakere, samt forskere og andre med interesse for feltet.

Nøkkelord: Likebehandling, tjenestetilgang, covid-19-pandemien, ungdom.

Abstract

The study aimed to obtain a better understanding of youth who were engaged to services during the covid-19 pandemic. The objective has been to investigate the decrease in service use and identify factors that may have hampered equal access to services. Our study is based on data collected from COVID-19 Young, a sub-study of Bergen in Change. The survey was conducted from April 27 to May 11, and included 2997 Bergen residents aged 12 – 19. We looked at possible links between service usage and gender, age, mental health, socioeconomic position, and laid-off parents, using regression analyses. According to our findings, youth had less service interaction seven to nine weeks after the closure in March 2020. Reduced interaction with municipal health services was linked to girls, lower age, and greater symptom pressure of mental health disorders. A decline in interaction with municipal or specialty health services was not linked to socioeconomic level or laid-off parents. Our findings will be valuable for future decisionmakers, such as authorities and legislators, as well as academics and others interested in the topic.

Keywords: Equal treatment, access to services, covid-19-pandemic, youth.

Introduksjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) varslet 30. januar 2020 om utbruddet av koronaviruset (WHO, 2020). Den 12. mars innførte myndighetene de mest inngripende tiltakene Norge har hatt i fredstid, på tross av lite kunnskap om effekten av smittevernstiltakene (NOU 2021: 6). Kommunale- og spesialisthelsetjenester ble endret eller stengt, noe som resulterte i begrenset tilgang til tjenester for brukere (Bufdir, 2020a). Herunder uttrykket flere instanser bekymring for ungdoms tjenestetilbud (NOU 2022: 5). Bekymringen hadde en sammenheng med sosial isolasjon, endret familiedynamikk og økt psykiske vansker for ungdom (Folkehelseinstituttet, 2021a; Hølaas, 2021; Lehmann et al., 2022). Når tjenester faller bort, er det brukerne selv som kan fortelle om konsekvensene. Det finnes midlertidig lite forskning om ungdoms opplevelse av tjenstekontakt under pandemien. Vår studie kartlegger omfanget av ungdoms tjenestebruk før og under nasjonal nedstengning. Deretter utforskes eventuelle sammenhenger med redusert kontakt i henholdsvis kommunale- og spesialisthelsetjenester. Kunnskapen er høyst relevant å generere for bedre ivaretagelse av ungdom ved fremtidige pandemier.

Likeverdig tjenestetilbud under en krisesituasjon

Ethvert menneske har rett på lik tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Lik tilgang på tjenester handler om å sikre likebehandling og god kvalitet for ungdom uavhengig av kjønn, etnisitet, bosted, økonomi og livssituasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Imidlertid kan «lik tilgang» og «god kvalitet» tolkes på ulike måter, som trolig kan gi opphav til ulik praksis. Rettferdig fordelte og likeverdige tjenester er et viktig bidrag for å rette opp sosiale forskjeller og for ivaretagelse av ungdom (Aasen et al., 2018). Opprettholdelsen av likeverdige tjenestetilbud kan ha blitt utfordret, da omgivelsene endres under en krisesituasjon (Førde et al., 2020). Barne- og familiedepartementet (BFD) opprettet en koordineringsgruppe som vurderte tjenestetilbudet til barn og unge under covid-19-pandemien. Til sammen leverte koordineringsgruppen 15 statusrapporter i perioden 2020/22. Kunnskap generert fra tjenestenes egenrapportering viste utsatte, avlyste, og endrede tjenestetilbud for ungdom (Bufdir, 2020/21). Øverli og Gundersen (2020) hevder at dette kan skyldes redusert kapasitet og ressursknapphet, hvor flere tjenester måtte omdisponere personalressurser som hindret normalproduksjon. Forskning vedrørende ungdoms opplevelser av tjenester under pandemien er midlertidig mangelfull. Dermed vil økt kunnskap om ungdoms selvrapporterte tjenestebruk i perioden med nasjonal nedstengning, være til hjelp for å identifisere forhold som kan ha påvirket bruk av tjenester.

Ungdoms hjelpebehov under covid-19-pandemien

Som følge av covid-19-pandemien ble det uttrykt stor bekymring for ungdoms psykiske helse (Folkehelseinstituttet, 2021a). Unge i samfunnet betalte en høy pris i form av ensomhet og isolasjon, som følge av sosial distansering, stenging av skoler og begrensede fritidsaktiviteter (Bekkehus et al., 2020; Lehmann et al., 2022). I løpet av året 2020 ble det rapportert om økt forekomst av symptomer på depresjon og angst (Nøkleby et al., 2021). Slik det fremstår kan smittevernstiltakene ha økt risikoen for forverret psykisk helse blant ungdom under pandemien. Dette kan tyde på et økt behov for tjenestekontakt i denne perioden. Likevel opplevde ungdom økt ventetid og brudd på vurderingsfrister som følge av nasjonal nedstengning (Statens Helsetilsyn, 2020b). Vår studie kartlegger derfor hvorvidt det var en sammenheng mellom redusert tjenestekontakt og ungdoms psykiske helse syv til ni uker under pandemien.

Faktorer som kan ha en sammenheng med tjenestekontakt

De sosioøkonomiske forskjellene i samfunnet har antageligvis økt etter covid-19-pandemien. Dette som følge av store endringer i livssituasjonen og begrensinger i hverdagslivet (Nøkleby et al., 2021). Ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status har blitt hardere rammet av nasjonal nedstengning, enn ungdom fra familier av høy sosioøkonomisk status (Folkehelseinstituttet, 2021b). Dette fordi lav sosioøkonomisk status er assosiert med reduksjon av ressurser (Nøkleby et al., 2021). Å erkjenne at ungdoms muligheter ikke er likt fordelt i samfunnet, er vanskelig. En grunn til bekymring kan være forholdet mellom lav sosioøkonomisk status og barns helse. Hvor det finnes forskning som viser at lav sosioøkonomisk status er assosiert med barns helseproblemer (Bøe, 2015; Bøe et al., 2014). Av den grunn ønsker vi å undersøke om det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tjenestekontakt.

Store deler av befolkningen opplevde endringer i arbeidssituasjonen under pandemien. I april 2020 var over 400 000 personer registrert hos NAV som arbeidssøkere, hvorav 9 av 10 oppga permittering som årsaksforklaring (NAV, 2020). Virkningene av permittering, som tapt inntekt, førte for enkelte til en ustabil hverdag for familielivet. Sett fra barnets perspektiv finnes det lite forskning som omhandler konsekvenser av permitterte foreldre. Det hevdes på mer generelt grunnlag at foreldre som blir permittert mister forutsigbarhet, stabilitet og økonomisk trygghet, som i stor grad setter rammene for barns oppvekst (Hølaas, 2021). I hvor stor grad permitterte foreldre påvirket familielivet har trolig variert. Vår studie fokuserer på konsekvensene av permitterte foreldre, etter ungdoms egenvurdering. Vi kartlegger om det var

en sammenheng mellom å ha permitterte foreldre, og nedgang i kontakt med tjenester under nasjonal nedstengning. Dette for å bidra med kunnskap om endringer i familielivet som kan ha en påvirkning på ungdoms tjenestekontakt.

Forskningsspørsmål

Formålet med studiet var å frembringe kunnskap om ungdom i kontakt med tjenester og faktorer som kan ha vært til hinder for lik tilgang til tjenester. Følgende forskningsspørsmål ble undersøkt:

1. Hva var omfanget av selvrapportert tjenestebruk *før* og *syv til ni* uker under covid-19-pandemien?
2. Er det en sammenheng mellom ungdoms kjønn, alder, psykisk helse, og nedgang i kontakt med henholdsvis kommunale- og spesialisthelsetjenester under nasjonal nedstengning?
3. Er det en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og permitterte foreldre, og nedgang i kontakt med tjenestene?

Metode

Prosedyre

Denne studien benytter data fra studien Ung i Koronatiden (Lehmann et al., 2021; Universitetet i Bergen, 2022), en delstudie av Bergen i Endring (BiE-studien) (Universitetet i Bergen, 2021).

Deltakerne. Undersøkelsen besto av to kohorter. Kohort 1 var ungdom i alderen 12 – 15 år. Ungdom ble invitert, dersom foreldrene hadde deltatt i BiE-studien, og samtykket til barnets deltakelse i ungdomsundersøkelsen. Totalt ble 1565 ungdommer kontaktet. Kohort 2 var ungdom i alderen 16 – 19 år. Ungdom ble invitert ved at Vestland fylkeskommune ga telefonnummer fra sine kontaktregistre. Totalt ble 5947 ungdom kontaktet. Alle deltakerne gikk på videregående skole i Bergen kommune.

Datainnsamlingen. Data ble samlet inn i perioden 27. april til 11. mai 2020. Spørreskjemaet ble utgitt via en sikker online tjeneste og hadde en varighet på cirka 15 minutter. Det ble følgelig gitt to SMS-påminnelser med et informasjonsbrev. Invitasjonsprosedyrene var de samme for

kohort 1 og 2 (Lehmann et al., 2021). Deltakerne i undersøkelsen ble inkludert i et lotteri av en ny mobiltelefon (Universitetet i Bergen, 2021).

Utvalget. Vårt utvalg besto av 2997 respondenter, 843 (54 %) ungdom fra kohort 1 og 2154 (36 %) ungdom fra kohort 2. Det tilsier en total responsrate på 40 %. Av disse var flesteparten jenter ($n = 1694$; 57,6 %) og et mindretall gutter ($n = 1246$; 42,4 %). Gjennomsnittsalderen var 16 år ($SD = 1.658$).

Måleinstrument

Tjenestebruk. For å måle tjenestebruk før pandemien ble respondentene spurt om å krysse av for alle tjenestene de hadde vært i kontakt med siden juleferien 2019/20. Det ble stilt følgende spørsmål: *«i tiden som er gått siden juleferien, har du mottatt hjelp fra følgende tjenester?»*. Variablene varierte fra 1 til 12 med ulike tjenester: helsesykepleier (1), helsestasjon for ungdom (2), barne- og familiehjelpen eller ung arena (3), spesialundervisning (4), pedagogisk psykologisk tjeneste (5), barnevernet (6), fastlege (7), utekontakten (8), ergo- og fysioterapitjenesten (9), psykisk helsevern for barn og unge (10), lege ved sykehus (11) og andre (12). Vi har valgt å kategorisere de opprinnelige variablene til to ulike kategorier: kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester. Kommunale helsetjenester inkluderer variablene 1 til 9 og spesialisthelsetjenester variablene 10 og 11. Vi har valgt å ekskludere variablene 4 og 12 (spesialundervisning og andre tjenester), da de ikke lar seg kategorisere som kommunale- eller spesialisthelsetjenester. De ungdommene som har vært i kontakt med flere tjenester under samme kategori, ble kun regnet med én gang under hovedkategoriene av helsetjenester. Analyseutvalget inkluderte 943 (31,5 %) ungdom som hadde vært i kontakt med kommunale helsetjenester og 255 (8,5 %) ungdom som hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenester før pandemien. En totalsum av begge kategoriene ble tatt med videre som analyseutvalg.

Opplevd nedgang i kontakt med tjenester. For å måle redusert tjenestekontakt, ble respondentene spurt om bruk av tjenester syv til ni uker under nedstengingen. Ungdom krysset av på en skala fra 1 til 6 på de ulike tjenestene. Verdiene var rangert: *«jeg har oftere kontakt»* (1), *«jeg har sjeldnere kontakt, men vi har avtaler»* (2), *«jeg har sjeldnere kontakt og ikke noen avtaler»* (3), *«jeg har ikke kontakt så lenge korona utbruddet varer»* (4), *«jeg har ikke lengre noen kontakt, tilbudet er avsluttet»* (5) og *«kontakten har ikke endret seg»* (6). Svarene ble

kategorisert til to nye verdier. Verdi 1 og 6 er kategorisert til: «*jeg har oftere/lik kontakt*» (0) og verdiene 2 til 5: «*jeg har sjeldnere/manglende kontakt grunnet covid-19-pandemien*» (1). Vi har valgt å inkludere respondenter som har rapportert nedgang i en tjeneste, og som kan ha rapportert kontinuitet i andre tjenester. Dette har vi gjort fordi vi ønsker å se om det er en sammenheng mellom de uavhengige variablene og nedgang i hver enkelt tjeneste. Vi har i likhet med tjenestebruk før pandemien valgt å kategorisere de opprinnelige variablene om til to nye variabler: nedgang i kontakt med kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester. Analysene av sammenhengen mellom de uavhengige variablene og nedgang i kontakt med tjenestene under pandemien inkluderer et utvalg av n = 609; 20.3 % ungdommer fra kommunale helsetjenester, og n = 144; 4.8 % for ungdommer fra spesialisthelsetjenester.

Demografi. Ungdoms selvrapportering om kjønn og alder ble brukt som mål for demografisk informasjon. Variabelen kjønn ble identifisert ved at respondentene ble spurt om å krysse av «*gutt*» (1) eller «*jente*» (2). For å måle variabelen alder ble respondentene spurt om å krysse av for alder i år fra «*12 år*» (1) til «*19 år eller eldre*» (8).

Psykisk helse. For å fremstille ungdoms psykiske helse ble en totalskår av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ (Goodman, 1997)) benyttet. SDQ er et kortfattet screeningsverktøy som brukes til å kartlegge barn og unges psykiske vansker og ressurser. SDQ består av 25 spørsmål, fordelt på fem subskalaer: emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet, samspillproblemer og prososial atferd. Subskalaen prososial atferd inkluderes ikke i totalskåren (Goodman, 1997). Hvert spørsmål har en trepunktskala: «*stemmer ikke*» (1), «*stemmer delvis*» (2) eller «*stemmer helt*» (3), hvor hver subskala bruker en totalskår fra 0 til 10. Summen av hver subskala utgjør en totalskår av SDQ som blir brukt i denne studien, og rangerte fra 0 til 40 (Goodman, 1997).

Sosioøkonomisk status (SES). Den subjektive opplevelsen til ungdommene av familiens økonomi ble målt ved spørsmålet: «*hvor god råd synes du at familien din har, i forhold til de fleste andre?*». Respondentene krysset av for «*bedre råd*» (1), «*omtrent som de fleste andre*» (2), eller verdi «*dårligere råd*» (3). Kun kohort 2, ungdom i alderen 16 til 19 år, besvarte dette spørsmålet.

Permitterte foreldre. Ungdommene ble spurt: «*har en eller begge dine foresatte blitt permittert som følge av koronautbruddet?*» for å kartlegge om deres foresatte var blitt permittert

som følge av covid-19-pandemien. Respondentene kunne krysse av for alternativ «nei» (1) eller «ja» (2). Kun kohort 2, ungdom i alderen 16 til 19 år, besvarte dette spørsmålet.

Analyse

Statistikk software-programmet SPSS (versjon 27) ble brukt for å analysere dataene. Vi gjennomførte deskriptive analyser av fordeling av sentrale variabler, og omfanget av tjenester før og under pandemien (Tabell 1). Videre ble analysen separert i to ulike deler. Første del av analysen inkluderer svar fra både kohort 1 og 2. Denne delen undersøker sammenhengen mellom de uavhengige variablene kjønn, alder og psykisk helse, og de avhengige variablene nedgang i kommunale- og spesialisthelsetjenester. Del to av analysen inneholder svar fra kohort 2, og utforsker om det er en sammenheng mellom nedgang i tjenestebruk, SES og permitterte foreldre. Binær logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for å undersøke sammenhengen. Tabellene viser resultater fra beskrivende statistikk (tabell 1), korrelasjon mellom variablene som inngår i regresjonsanalysene (tabell 2) og binære logistiske regresjonsanalyser mellom tjenestebruk, kjønn, aldersgrupper, psykisk helse (tabell 3 og 4).

Manglende data

I analysene ekskluderte vi respondenter med manglende informasjon på alder (n = 33; 1,1 %) og kjønn (n = 57; 1,9 %). For totalskåren på psykiske vansker manglet det respons fra 12.7 % (n = 380). For variablene SES og permitterte foreldre er kun kohort 2 (16 – 19 år) inkludert, som følge at vi ikke har tilgang på informasjon fra kohort 1. Dermed mangler vi 29.7 % (n = 890) svar om selvopplevd SES og 29.7 % (n = 891) med svar om deres foreldre er permittert. Funksjonen *exclude pairwise* er brukt i analysene (Pallant, 2020).

Etikk

BiE-studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nr.131560). Skriftlig informert samtykke var innhentet av alle informanter. EUs personvernforordning (GDPR) var benyttet for behandling av personopplysninger i prosjektet (Universitetet i Bergen, 2021). I forkant av vår studie, ble vi meldt som medforskere gjennom endringsmelding til REK. Vi har fått tilgang på datamateriale gjennom et eksternt skrivebord via SAFE, for sikker lagring av data. For pålogging er det blitt brukt en to-faktor-påloggingsmekanisme.

Resultater

Utvalget besto av totalt 2997 ungdommer. Tabell 1 gir en presentasjon av karakteristika ved utvalget. Aldersspennet for utvalget varierte fra 12 – 19 år, med en gjennomsnittsalder på 16 ($SD = 1.658$). Flertallet av ungdommene var jenter ($n = 1694$; 57.6 %). Gjennomsnittsskåren for totale vansker var 11.34 ($SD = 5.346$). Av 2107 respondenter i kohort 2 svarte 1432 (68 %) av ungdommene at familiene deres hadde omtrent like god råd som andre. Det var 464 (22 %) ungdommer som opplevde at familien hadde bedre råd og 211 (10 %) opplevde at de hadde dårligere råd enn andre familier. I kohort 2 var det 469 (22.3 %) ungdommer som rapporterte om permitterte foreldre som følge av covid-19-pandemien.

Omfang av tjenestebruk før covid-19-pandemien. Om lag 1 av 3 ($n = 1022$; 34 %) ungdom benyttet seg av enten kommunale- eller spesialisthelsetjenester før covid-19-pandemien. Tabell 1 illustrerer at 943 (31,5 %) ungdom har vært i kontakt med kommunale helsetjenester og 255 (8,5 %) ungdom i kontakt med spesialisthelsetjenester før pandemien.

Omfang av tjenestebruk syv til ni uker under covid-19-pandemien. Under pandemien opplevde flertallet av ungdom en nedgang i kontakt med kommunale helsetjenester ($n = 609$; 66.3 %). Et mindretall rapporterte derimot at de oftere hadde kontakt eller ingen endring i tjenestekontakten ($n = 310$; 33.7 %). Det var 144 (58.5 %) ungdom som opplevde en nedgang i kontakt med spesialisthelsetjenester og 102 (41.5 %) opplevde at de oftere hadde kontakt eller ingen endring i kontakten.

Tabell 1. Karakteristika ved utvalget og utvalgets fordeling.

Variabel	N %	M	SD	MISSING %
Kjønn	2940 (100)			1.9
Gutt	1246 (42.4)			
Jente	1694 (57.6)			
Alder 12 – 19 år	2940 (100)	5.00	1.658	1.1
Psykisk helse	2617 (100)	11.34	5.346	12.7
Sosioøkonomisk status (SES)	2107 (100)			29.7
Bedre råd	464 (22)			
Omtrent som andre	1432 (68)			
Dårligere råd	211 (10)			

Permitterte foreldre	2106 (100)	29.7
Nei	1637 (77.7)	
Ja	469 (22.3)	
Tjenestebruk før pandemien		
Kommunale helsetjenester	2997 (100)	0
Ikke kontakt	2054 (68.5)	
Kontakt	943 (31.5)	
Spesialisthelsetjenester	2997 (100)	0
Ikke kontakt	2742 (91.5)	
Kontakt	255 (8.5)	
Tjenestebruk under pandemien		
Kommunale helsetjenester	919 (100)	0
Nedgang	609 (66.3)	
Lik/oftere kontakt	310 (33.7)	
Spesialisthelsetjenester	246 (100)	0
Nedgang	144 (58.5)	
Lik/oftere kontakt	102 (41.5)	

Notat: M = gjennomsnitt, SD = standardavvik. Nedgang = jeg har sjeldnere/manglende kontakt grunnet covid-19-pandemien/tilbudet er avsluttet. Lik kontakt = jeg har oftere kontakt eller kontakten har ikke endret seg.

Tabell 2. Korrelasjon mellom variablene som inngår i regresjonsanalysen.

Variabel	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Kjønn	-						
2. Alder	.04*	-					
3. Psykisk helse	.21**	.09**	-				
4. Sosioøkonomisk status (SES)	.14**	.03	.18**	-			
5. Permitterte foreldre	-.02	.02	.06*	.07**	-		
Tjenestevariabler							
6. Nedgang i kommunale helsetjenester	.14**	-.02	.12**	.03	-.01	-	
7. Nedgang i spesialisthelsetjenester	.08	-.02	.13	.01	.02	.45**	-

Notat: Pearsons korrelasjonskoeffisienter, *p<.05 (2-tailed), **p<.01 (2-tailed).

Sammenhengen mellom kjønn, alder, psykisk helse og nedgang i tjenestebruk. Tabell 3 viser at jenter hadde en større sannsynlighet for å oppleve en nedgang i kontakt med kommunale helsetjenester (OR 1.74, CI 1.27-2.38; $p < .001$). På den andre siden har kjønn ingen signifikant sammenheng med nedgang i kontakt med spesialisthelsetjenester (OR 1.23, CI .67-2.27; $p = .510$).

Høyere alder, gav mindre sannsynlighet for å oppleve en nedgang i kontakt med kommunale helsetjenester (OR .95, CI .86-1.05; $p < .031$). Alder viser ingen signifikant sammenheng med nedgang i kontakt med spesialisthelsetjenester (OR .96, CI .81-1.14; $p = .667$).

Tabellen viser også at jo høyere ungdom skåret på psykiske vansker, jo større var sannsynlighet for å oppleve en nedgang i kontakt med kommunale helsetjenester (OR 1.04, CI 1.01-1.07; $p < .004$). Det var ingen signifikant sammenheng mellom psykiske vansker og nedgang i kontakt med spesialisthelsetjenester (OR 1.04, CI 1-1.09; $p = .076$).

Sammenhengen mellom SES, permitterte foreldre og nedgang i tjenestebruk. Vi gjennomførte supplerende analyser for kohort 2, for å se om SES og permitterte foreldre hadde en sammenheng med rapportert nedgang i kontakt med de to ulike tjenestene. Vi fant ingen signifikant sammenheng mellom SES og reduksjon av kontakt i kommunale helsetjenester (OR 1.11, CI .85-1.45; $p = .446$), eller spesialisthelsetjenester (OR 1.01, CI .6-1.68; $p = .983$). Permitterte foreldre hadde heller ingen sammenheng med nedgang i kontakt med kommunale helsetjenester (OR 1.07, CI .74-1.54; $p = .717$), eller spesialisthelsetjenester (OR 1.08, CI .55-2.12; $p = .81$).

Tabell 3. Assosiasjoner mellom kjønn, alder, psykisk helse og nedgang i kommunale helsetjenester.

	Modell 1				Modell 2			
	B	SE B	OR [95 % CI]	P	B	SE B	OR [95 % CI]	P
Kjønn	.61	.15	1.84[1.37-2.47]	.001***	.55	.16	1.74 [1.27-2.38]	.001***
Alder	-.03	.05	.97[.88-1.06]	.481	-.05	.05	.95 [.86-1.05]	.031*
Psykisk helse	.05	.01	1.05[1.02-1.08]	.001***	.04	.01	1.04 [1.01-1.07]	.004**
Observasjoner					853			
X ² Hosmer og Lemeshow test					2.858			
R ² Cox-Snell					.029			
R ² Nagelkerke					.041			

Notat: Modell 1: analyser for hver enkelt variabel. Modell 2: kontrollert med alle variablene i samme modell, OR = odds ratio, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabell 4. Assosiasjoner mellom kjønn, alder, psykisk helse og nedgang i spesialisthelsetjenester.

	Modell 1				Modell 2			
	B	SE B	OR [95 % CI]	P	B	SE B	OR [95 % CI]	P
Kjønn	.35	.29	1.41[.8-2.5]	.236	.21	.31	1.23 [.67-2.27]	.510
Alder	-.02	.08	.98[.83-1.15]	.783	-.04	.09	.96 [.81-1.14]	.667
Psykisk helse	.04	.02	1.04[1-1.09]	.06	.04	.02	1.04 [1-1.09]	.076
Observasjoner					228			
X ² Hosmer og Lemeshow test					7.490			
R ² Cox-Snell					.019			
R ² Nagelkerke					.026			

Notat: Modell 1: analyser for hver enkelt variabel. Modell 2: kontrollert med alle variablene i samme modell, OR = odds ratio, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Diskusjon

Formålet med studiet var å innhente mer kunnskap om ungdommenes reduksjon av tjenestebruk og faktorer som kan ha vært til hinder for lik tilgang til tjenester. Ungdom rapporterte om nedgang i tjenstekontakt under covid-19-pandemien, sammenlignet med før pandemien. Å være jente, yngre alder og å ha flere symptomer på psykiske vansker hadde en sammenheng med nedgang i kontakt med kommunale helsetjenester. Hverken SES eller permitterte foreldre var medvirkende i om ungdom opplevde redusert tjenstekontakt.

Ungdoms kontakt med tjenester før covid-19-pandemien

Til sammen svarte nær 1 av 3 ungdom at de hadde kontakt med tjenester før pandemien. Flertallet i kontakt med kommunale helsetjenester og et mindre antall ungdom i kontakt med spesialisthelsetjenester. Det var ikke overraskende at den største andel ungdom tok i bruk kommunale helsetjenester før pandemien, da denne kategorien inneholdt flere tjenester enn spesialisthelsetjenestene. Dette også fordi kommunale helsetjenester skal ta seg av flesteparten av innbyggerne i en kommune, og spesialisthelsetjenestene er for de gruppene som har rett til helsehjelp og behov for spesialisert kompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Til sammen rapporterte 34 % ungdom om bruk av tjenester før pandemien, noe som kan indikere at velferdsordninger som hjelpetjenester er en viktig støttearena for ungdom (Bergen Kommune, 2022). Vi har dessverre ikke kjennskap til hvordan dette tallet står seg i sammenligning med ungdoms hjelpebehov før nedstengningen. Likevel viser resultatene at det er en betydelig andel ungdom som hadde behov for hjelp fra kommunale- og spesialisthelsetjenester før utbruddet av covid-19.

Reduksjon av tjenstekontakt under covid-19-pandemien

Over halvparten av ungdommene som tidligere var i kontakt med kommunale helsetjenester, svarte at de opplevde en nedgang i tjenestebruk under nasjonal nedstengning. Et mindretall rapporterte om hyppigere kontakt eller ingen endring. I likhet rapporterte over halvparten av ungdom i kontakt med spesialisthelsetjenestene en nedgang i denne perioden. Funnene er urovekkende, da ungdom befant seg i en situasjon hvor behovet for hjelp trolig var økt (Bufdir, 2020b; Hafstad & Augusti, 2020).

Reduksjon av tjenstekontakt under covid-19-pandemiens første fase kan belyses gjennom henholdsvis et brukerperspektiv og tjenesteperspektiv. Bufdir (2020a) forklarer at

ungdom kan ha opplevd frykt for smitte, som kan ha ført til nedgang i etterspørsel av tjenester. Andre kan også ha hatt en oppfatning av at tjenestene var mindre tilgjengelige enn de faktisk var, og dermed latt være å oppsøke tjenestene. I et slikt brukerperspektiv kan ungdom ha opplevd reduksjon av tjenestekontakt. Fra et tjenesteperspektiv forklarer Førde et al. (2020) at tjenester opplevde redusert kapasitet og ressursknapphet. Bufdir (2020a) og Statens Helsetilsyn (2020b) forklarer dette ved at enkelte aktører måtte omdisponere personalressurser, og opplevde økt fravær som hindret normal tjenesteproduksjon. Dette førte til at et flertall av tjenester måtte utsette, avlyse eller gjøre endringer i tilbudene sine. Det kan her tenkes at omveltningene i tjenestene preget dem som i utgangspunktet skulle yte bistand til ungdom (Lipsky, 1980).

Øverli og Gundersen (2020) forklarer at tjenester som normalt var lett tilgjengelige for ungdom sto ovenfor komplekse utfordringer under pandemien. Redusert personale førte til vanskeligheter med å opprettholde kontakten med brukerne. For opprettholdelse måtte flere tjenester ta i bruk telefon. Det kan her tenkes at personalet i liten grad var kjent eller hadde erfaring med kommunikasjonsverktøyet, noe som kan prege forholdet mellom bruker og hjelper. På en annen side kan trolig slike alternative kommunikasjonsformer være nyttige, dersom brukerne ikke har mulighet til fysisk oppmøte. Fra et brukerperspektiv kan det derimot tenkes at flesteparten foretrekker samtale ansikt til ansikt. Antageligvis kan det ha ført til at ungdoms behov ikke ble fulgt opp på en god nok måte, og i enkelte tilfeller medvirket til reduksjon av tjenestekontakt. Vi ikke dra slutninger om i hvilken grad brukerperspektivet, tjenesteperspektivet eller andre forhold kan ha affisert ungdoms bruk av tjenester og medvirket til opplevd nedgang.

Kjønnsforskjeller i bruk av kommunale- og spesialisthelsetjenester

Studiet viser at kjønn var en medvirkende faktor for redusert tjenestekontakt under pandemien. Funn viser til at jenter hadde økt sannsynlighet for redusert kontakt i kommunale helsetjenester kontra gutter. Kjønnsforskjeller i bruk av helsetjenester er blant tidligere studier knyttet til kjønnsroller. I frykt for å bli ansett som «svak» eller «feminin» oppsøker gutter sjeldnere hjelpetjenester, enn jenter (Granrud et al., 2019; Statistisk sentralbyrå, 2021). I tillegg har jenter i større grad evne til å motta helseinformasjon for å fremme og ivareta egen god helse (Coles et al., 2016). Dersom helsefremmende allmenndannelse har betydning for om ungdom søker hjelp, kan det tenkes at jenter i større grad er i kontakt med hjelpetjenester. Muligens kan bruken av tjenester medvirke til redusert tjenestekontakt.

En hypotese for reduksjon av kontakt med kommunale helsetjenester kan være lavterskel-tilbudene som er mindre formaliserte. I kategorien kommunale helsetjenester finnes flere lavterskel-tilbud som ikke er basert på rett til helsehjelp. På den ene siden kan trolig lavterskel-tilbud føre til at ungdom oftere er i kontakt med tjenestene, men på en annen side kan det tenkes at ungdom samtidig har lettere for å falle ut. Dersom det er slik at jenter oftere tar i bruk kommunale helsetjenester, vil trolig jenter være mer utsatt for redusert tjenestekontakt under pandemien.

Derimot var ikke ungdoms kjønn assosiert med nedgang i kontakt med spesialisthelsetjenester. Tjenestene som inngår inn under spesialisthelsetjenesten krever ofte henvisning og har et lengre behandlingsforløp. Det kan her tenkes at formaliserte prosedyrer for brukerkontakt kan medvirke til stabilitet i tjenesteforløpet. Med tanke på at vi har undersøkt kontakten med tjenester i den tidlige fasen av pandemien, kan funnene ha sett annerledes ut over tid.

Aldersforskjeller i bruk av kommunale- og spesialisthelsetjenester

Ifølge Pasient og brukerrettighetsloven (1999) er barn under 16 år ikke samtykkekompetente, og avhengige av foreldres samtykke for kontakt med helsetjenester. Derimot er ungdom 16 år og eldre rettighetsbærere, noe som vil si at de selv kan velge hvilke tjenester de vil oppsøke og ta i bruk (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Flertallet av ungdom i studiet var 16 år og eldre, og av den grunn samtykkekompetente. Desto høyere alder, jo mindre sannsynlighet hadde ungdommene for redusert kontakt med kommunale helsetjenester. Det er ingen klare holdepunkter for hvilken aldersgruppe som kan knyttes til sannsynligheten for reduksjon, da alderen til deltakerne varierte fra 12 – 19 år. Ytterligere undersøkelser vil kunne fastslå dette ved å undersøke yngre ungdom (12 – 15 år) opp imot eldre ungdom (16 – 19 år). I tillegg til den formelle samtykkekompetansen, vil autonomien ved ungdoms alder øke (Helsetilsynet, 2018). Det kan her tenkes at for hvert år ungdommen blir eldre, øker evnen til å ivareta tjenestekontakt på egenhånd. Derimot er yngre ungdom avhengig av foreldre som kan påse at avtaler lages og opprettholdes. Da den høyere aldersgruppen i studiet ikke opplevde redusert tjenestekontakt, kan muligens samtykkekompetanse og økt autonomi ha vært medvirkende faktorer til opprettholdelse av kontakten. Forholdet var ikke gjeldende for ungdom i kontakt med spesialisthelsetjenester.

Styrte behov tjenestebruk under pandemien?

Oppsiktsvekkende viser studiet at ungdom som skåret høyere på symptomtrykk av psykiske vansker hadde økt sannsynlighet for nedgang i kontakt med kommunale helsetjenester. Funnene tyder på at ungdoms bruk av tjenester ikke var styrt etter behov under pandemien. Ettersom studiet var bygget på en tverrsnittsundersøkelse kan vi ikke si noe om kausalitet. Derimot kan tjenestenes evne til opprettholdelse av brukerkontakt være en hypotese. Redusert evne til normalproduksjon kan her ha medvirket til vanskeligheter med prioriteringer (Bufdir, 2020a; Statens Helsetilsyn, 2020a). Dette kan trolig ha ført til at brukerbehov ikke utgjorde bruk av tjenester. Sådan kan stengte eller reduserte behandlingstilbud ha økt symptomtrykket for ungdom. Dette da behovet for hjelp muligens ikke ble dekket. En annen hypotese kan være konsekvensene av økt symptomtrykk. Ungdom som skåret høyere på symptomtrykk, enn andre ungdom, kan ha opplevd vanskeligheter med å opprettholde kontakten med tjenester. Dette kan eksempelvis skyldes at ungdom ikke rapporterte om økt behov for hjelp eller ikke anså hjelpen som nødvendig eller nyttig. Imidlertid kan vi ikke trekke slutninger om at ungdoms symptomtrykk på psykiske vansker økte under pandemien. For øvrig er kun ungdoms psykiske helse og reduksjon av tjenstekontakt gjeldende for kommunale helsetjenester. Muligens kan spesialisthelsetjenester i større grad ha klart å koordinere tjenestene sine etter behov under pandemien, da funnene ikke er gjeldende for den gitte kategorien.

Påvirket foreldrenes SES og jobbstatus ungdoms tjenstekontakt?

Bufdir (2017) forklarer at foreldrenes SES hadde stor betydning for ungdoms deltakelse i samfunnet før pandemien. Dette da lav SES er forbundet med økt risiko for dårligere fysisk og psykisk helse. Under pandemien forklarer Ulset et al. (2021) at ungdom av familier med lav SES opplevde en endring som påvirket dem delvis eller mye i negativ retning. Jenter, eldre ungdom og ungdom med lav SES var hardest rammet. Våre funn indikerer imidlertid at foreldrenes SES ikke var av betydning for tjenstekontakt under pandemiens første fase.

Vi fant heller ikke at foreldrenes jobbstatus påvirket bruk av tjenester. For øvrig kom det raskt på plass løsninger som ivaretok permitterte arbeidstakere under pandemien (Regjeringen, 2022), og kanskje støtteordningene bidro til stabilitet i familielivet. Likevel vet vi at virkningene av permittering, som tapt inntekt, kan ha ført til en ustabil hverdag for familier (Hølaas, 2021). I slike tilfeller kan ungdom sannsynligvis ha behov for støtte fra hjelpetjenester, som kan bidra til mer en stabil hverdag. På den andre siden kan det tenkes at permitterte foreldre har mer tid til oppfølging, da enkelte kan ha vært hjemmeværende over en lengere periode.

Ungdom kan i dette tilfelle oppleve mer støtte på hjemmebane, og føle at behovet for eksterne hjelpetjenester avtar. En annen hypotese kan være ungdoms opplevelse av familiens økonomi. Under pandemiens første fase var det færre muligheter for familier til å delta på kostbare aktiviteter eller ferier, og ettersom «alle» måtte være hjemme, ble familiers økonomiske forskjeller muligens ikke så tydelige som under en normalsituasjon. Kanskje var det for tidlig å se på konsekvensene av permitterte foreldre i den tidlige fasen av pandemien.

Styrker og begrensninger

En styrke ved studiet var at tidspunktet for datainnsamlingen sammenfalt med de mest omfattende nedstengningstiltakene i Norge til nå. Av den grunn tilbyr datamaterialet et unikt innblikk i en fase som eksemplifiserer virkningen av en verdensomfattende pandemi. Likevel kan dette være til hinder for sammenligning, da det finnes begrenset studier med datamateriale fra perioden 27.04.2020 til 11.05.2020. Videre kan studiets store utvalgsstørrelse være en styrke, som tillot analyser med høy presisjon og statistisk styrke. Vårt utvalg representerer et bredt spekter av ungdom, uavhengig av bruk av tjenester. Av den grunn har undersøkelsen et representativt utvalg med hensyn til bruk av tjenester for ungdom i Bergen kommune. Likevel ble kun ungdom i kontakt med tjenester under pandemien videre undersøkt. Det tilsier et underutvalg av 919 ungdom i kontakt med kommunale helsetjenester, og 246 ungdom i kontakt med spesialisthelsetjenester. Videre var studien avhengig av ungdoms selvrappotering, som både kan være en styrke og begrensning. Styrken ved selvrappotering var at den ga oss innsikt i ungdommenes egne erfaringer og bruk av tjenester. Studiet var midlertidig avhengig av deltakernes innsikt og vilje til å rapportere, og av den grunn gjenstand for tilbakekallingsskjevhet (Mæland et al., 2022). Studiet har en iboende seleksjonsskjevhet grunnet at spørreskjemaet var skrevet på norsk og distribuertes utelukkende via digitale midler. Dette kan ha utelukket personer med begrenset kompetanse i norsk språk eller personer uten tilgang til internett. Likevel kan det tenkes at dette ikke har vært til hinder for ungdom i den gitte aldergruppen. Videre valgte vi å gjennomføre analysene ved å dele inn tjenestene i kommunale- og spesialisthelsetjenester, da utvalget ville hatt for små grupper under hver enkelt tjeneste. Hvis tjenestene hadde vært kategorisert annerledes, kunne det ha synliggjort andre sammenhenger. Studiets tverrsnittdesign begrenset muligheten for slutninger om retnings- og kausalitet, som sådan hindret oss i å trekke årsaksmessige slutninger. Av den grunn kan vi ikke trekke konklusjoner om årsaken til opplevd nedgang i kontakt med tjenester. Vi kan heller ikke forklare årsaken til sammenhengen mellom opplevd nedgang og kjønn, alder og psykisk helse.

Konklusjon

Under covid-19-pandemien rapporterte flere tjenester om utsatte, avlyste, og endret tjenestetilbud som følge av smittevernstiltakene. I perioden 27. april til 11. mai 2020 opplevde ungdom redusert tjenestekontakt. Selv om vi ikke vet om de samme mønstrene vil kunne observeres i et «normalår», er det likevel bekymringsverdig at en så stor andel opplevde nedgang i bruk av tjenester under nasjonal nedstengning. Studiet har identifisert et skille mellom kommunale- og spesialisthelsetjenester. Oppsiktsvekkende har pandemien utfordret prinsippet om likeverdig og behovsstyrt tjenestetilgang for ungdom i bruk av kommunale helsetjenester. Våre funn viser til at jenter, ungdom i lavere alder og økt symptomtrykk av psykiske vansker var assosiert med redusert kontakt i kommunale helsetjenester. Hverken SES eller endringer i familielivet som permitterte foreldre, korrelerte med redusert tjenestekontakt. Denne kunnskapen kan gi økt grunnlag for bedre ivaretagelse av ungdom ved fremtidige pandemier, da vi har kartlagt at kommunale helsetjenester bør gjøres mer tilgjengelig. Fremtidige studier som aktualiserer ungdoms tjenestebruk bør også inkludere ungdoms hjelpebehov, for å avdekke utfordringer knyttet til tjenestekontakt.

Litteraturliste

- Aasen, H. S., Bringedal, B., Bærøe, K. & Magnussen, A.-M. (2018). Introduksjon: Styring, prioritering og likebehandling - om bokens innhold. I H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe & A.-M. Magnussen (Red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste* (s. 11-29). Cappelen Damm Akademisk.
- Bekkhus, M., Soest, V. T. & Fredriksen, E. (2020). Psykisk helse hos ungdom under COVID-19 - Ensomhet, venner og sosiale medier. *Psykologtidsskriftet*.
<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2020/06/psykisk-helse-hos-ungdom-under-covid-19>
- Bergen Kommune. (2022, 23.03.2022). *Hjelpetjenester for barn og unge*.
<https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/barn-og-familie/helsetjenester-for-barn-og-unge/psykisk-helse/hjelpetjenester-for-barn-og-unge>
- Bufdir. (2017, 17.06.2021). *Skole og sosioøkonomisk status*. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Barnehage_og_skole/Skole_og_sosioekonomisk_status/
- Bufdir. (2020a). *Statusrapport 1 - Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien*. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet.
https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/utsatte_barn_og_unges_tjenestetilbud_under_covid19_pandemien_statusrapport_1-konvertert.pdf
- Bufdir. (2020b). *Statusrapport 2 - Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien*. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet.
<https://bufdir.no/globalassets/korona/koordineringsgruppen/statusrapport-nr.-2---koordineringsgruppe-for-tjenester-til-sarbare-barn-og-unge-i-covid-19-pandemien.pdf>
- Bufdir. (2020/21). *Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge*. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. https://www.bufdir.no/aktuelt/temaside_koronavirus/tjenestetilbudet_til_barn_og_unge_under_covid_19_pandemien/
- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet*. (IS-2412) Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sosioekonomisk-status-og-barn-og-unges-psykologiske-utvikling/>
- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J. & Hysing, M. (2014). Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional

- Well-Being and Parenting Practices. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 705-715. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9818-9>
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R. & McLeod, S. (2016). Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.017>
- Folkehelseinstituttet. (2021a). *Del 5: Psykisk helse og livskvalitet under pandemien*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelse/rapporten-temautgave-2021/del-1-9/psykisk-helse-og-livskvalitet-under-pandemien/>
- Folkehelseinstituttet. (2021b). *Pandemien har rammet ulikt*. FHI. <https://www.fhi.no/nyheter/2021/pandemien-har-rammet-ulikt/>
- Førde, R., Magelssen, M., Heggstad, A. K. T. & Pedersen, R. (2020). Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(1), 1-4. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-11>
- 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>
- Granrud, M. D., Steffenak, A. K. M. & Theander, K. (2019). Gender differences in symptoms of depression among adolescents in Eastern Norway: Results from a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(2), 157-165. <https://doi.org/10.1177/1403494817715379>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M. (2020). *Barn, ungdom og koronakrisen. En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse bland ungdom i Norge våren 2020* (NKVTS Rapport nr. 2). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/vold_overgrep/rapport_2-20_nkvts.pdf
- Helsetilsynet. (2018, 02.01.2018). *Barns selvbestemmelsesrett*. <https://www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter/helse--og-omsorgstjenester/sarskilte-rettigheter-for-barn-og-unge-til-helsetjenester/barns-selvbestemmelsesrett/>
- Hølaas, I. I. (2021). *Oppvekst i Norge - Stadig flere fattige*. Røde Kors. https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/308937_notat-oppvekst-i-lavinntektsfamilier_uu-rettet.pdf

- 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*. <https://doi.org/10.1177/1403494821993714>
- Lehmann, S., Skogen, J. C., Sandal, G. M., Haug, E. & Bjørknes, R. (2022). Emerging mental health problems during the COVID-19 pandemic among presumably resilient youth -a 9-month follow-up. *BMC Psychiatry*, 22(1), 67-67. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03650-z>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Mæland, S., Bjørknes, R., Lehmann, S., Sandal, G. M., Hazell, W., Rabben, Å. K., Vedaa, Ø., Skogen, J. C. & Fadnes, L. T. (2022). How the Norwegian population was affected by non-pharmaceutical interventions during the first six weeks of the COVID-19 lockdown. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(1), 94-101. <https://doi.org/10.1177/14034948211027817>
- NAV. (2020, 03.04.2020). *Mer enn 400 000 registrert som arbeidssøkere hos NAV*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/nyheter/mer-enn-400-000-registrert-som-arbeidssokere-hos-nav>
- NOU 2021: 6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien - Rapport fra Koronakommisjonen*. Statsministerens kontor.
- NOU 2022: 5. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien - del 2 - Rapport fra koronakommisjonen*. Statsministerens kontor.
- Nøkleby, H., Berg, R., Muller, A. E. & Ames, H. M. R. (2021). Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/konsekvenser-av-covid-19-pa-barn-og-unges-liv-og-helse-rapport-2021.pdf>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7. utg.). Open University Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen. (2022, 14.01.2022). *Skisse av ny lønnsstøtteordning*. https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_okonomi/skisse-av-ny-lonsstotteordning/id2892926/

- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statens Helsetilsyn. (2020a). *Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020 - Samlerapport fra spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju*. Helsetilsynet. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2020/helsetilsynetrapport6_2020.pdf
- Statens Helsetilsyn. (2020b). *Tilsyn med tjenester til sårbare barn og unge under koronapandemien. Gjennomgang av spesialisthelsetjenestens behandlingsskapasitet innen psykiske helse for barn og unge*. Helsetilsynet. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2020/helsetilsynetrapport4_2020.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 08.06.2021). *Allmennlegetjenesten*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegetjenesten>
- Ulset, V. S., Bakken, A. & von Soest, T. (2021). Ungdoms opplevelser av konsekvenser av pandemien etter ett år med covid-19-restriksjoner. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0335>
- Universitetet i Bergen. (2021, 09.08.2021). *Bergen i Endring COVID19 studien – BiE studien*. UIB. <https://www.uib.no/igs/135092/bergen-i-endring-covid19-studien-bie-studien>
- Universitetet i Bergen. (2022, 04.01.2022). *Ung i Koronatiden*. UIB. <https://www.uib.no/utsattebarn/144237/ung-i-koronatiden>
- WHO. (2020). *Statement on the second meeting of the international Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. World Health Organization. [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- Øverli, I. T. & Gundersen, T. (2020). *Familievernet under covid-19: Erfaringer og læring under nedstengning og i en ny hverdag*. Velferdsforskningsinstituttet NOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6492/NOVA-Notat-3-2020.pdf>

Vedlegg 2: Retningslinjer fra UIB: Masteroppgave som artikkel

Masteroppgave som artikkel

Skrevet av Anette Christine Iversen, emneansvarlig MABARN351 22.10.2018 (oppdatert 20.05.2021)

Det følger av Retningslinjer for masteroppgaven i barnevern at det gis mulighet til å skrive masteroppgaven som en vitenskapelig artikkel etter avtale med veileder. Her følger litt utdypende informasjon om denne muligheten.

En vitenskapelig artikkel har høyere krav til skriftlig fremstilling, bidrag og presisjonsnivå enn en masteroppgave. Ved å få publisert en artikkel vil arbeidet bli tilgjengelig og synlig for et større publikum og flere vil kunne få nytte av kunnskapen.

Studenten må i samarbeid med veileder søke og gjøre seg kjent med aktuelle vitenskapelige tidsskrift og bestemme om artikkelen skal være på norsk eller engelsk. På NSD finnes en liste over alle publiseringskanaler (<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>). Norske tidsskrift kan søkes opp via søkeportalen IDUNN.no Aktuelle tidsskrift kan være Norges Barnevern, Fontene Forskning, Tidsskrift for velferdsforskning eller andre. Det finnes også et stort antall internasjonale tidsskrift for eksempel Child Care in Practice, European Journal of Social Work og mange flere. På tidsskriftenes hjemmeside finnes informasjon om hvilke tema tidsskriftet ønsker artikler om og hvilke lesere de henvender seg til. Noen tidsskrift er rettet mot et spesifikt fagfelt for eksempel sosialt arbeid eller barnevern mens andre tidsskrift er rettet mot et bredere publikum og er mer tverrfaglig. Noen retter seg mest mot forskere mens andre retter seg både mot forskere, praktikere og politikere. Dette er eksempel på forhold som bør vurderes og tas med i betraktningen når du skal velge tidsskrift, og vil også ha betydning for hvordan artikkelen utformes. De fleste tidsskrift har en forfatterveiledning som beskriver i mer detalj krav til form og innhold som kreves at følges, for eksempel antall ord som er tillatt, hvilke overskrifter en skal ha og hvilke referansestil. Vær oppmerksom på at ulike tidsskrift har ulike krav til form og struktur og egne forfatterveiledninger. Det er også nyttig å lese gjennom noen artikler i det valgte tidsskriftet for å gjøre seg kjent men form, struktur og stil.

Artikkelen skal utarbeides i tråd med tidsskriftets retningslinjer og forfatterveiledning. Det er ikke et krav at artikkelen publiseres. Det er vanlig at en artikkel må bearbeides videre før den kan sendes inn til tidsskrift etter at den er bedømt som masteroppgave. En må også regne å revidere artikkelen etter tilbakemelding fra tidsskriftets fagfeller og redaktør. Det skal avtales om veileder skal være medforfatter. Vancouver reglene for medforfatterskap skal følges.

Kappetekst

I tillegg til artikkelen må studenten levere en kappetekst på 15-18 sider. Dersom to studenter skriver artikkel sammen skal kappen være 30 - 35 sider. Ettersom en artikkel er mye mer fortettet og har begrensning på antall ord skal kappeteksten være en utdyping av teoretiske og metodiske aspekter, evt. andre tema som er lite dekket i artikkelmanuset. Ofte er det lite plass til teori i en artikkel og en mulighet kan være å gi en grundigere presentasjon av teori, det kan og være mulig å gi en grundigere forskningsgjennomgang. For noen tema kan være relevant å presentere nasjonale føringer, lover og forskrifter. På metodedelen er det mulig å utdype for eksempel vitenskapsteori, forskningsdesign, forskningsetikk. Siden ekstern sensor ofte er ukjent med denne formen anbefales det i innledningen på kappen å referere til retningslinjene for masteroppgaven å klargjøre hva som inngår i artikkelen, hvordan kappen er bygget opp og hva som tilføres, utdypes i denne i forhold til artikkelen.

Masteroppgaven leveres med samme forside som for monografi og inneholder kappetekst, artikkel og eventuelt andre vedlegg. Dersom artikkelen planlegges å publiseres bør en be om utsatt publisering (tilgjengelig gjøring) i BORA for en periode på ett til to år inntil artikkelen er publisert.

Vedlegg 3: Forfatterveiledning: Tidsskrift for velferdsforskning

Innlevering av manus

Før du sender inn ditt manuskript til redaksjonen ber vi om at du leser forfatterveiledningen nøye, og sjekker at:

- Forfatteropplysningene er fullstendige
- Antall tegn med mellomrom ikke overskrider maksimumsgrensen
- Noter og referanser er i henhold til veiledningens standard
- Et kort abstrakt og nøkkelord på engelsk og norsk/svensk/dansk er inkludert

Manuskript sendes inn via vår ScholarOne-side:

<https://mc04.manuscriptcentral.com/uf-velferd>.

Krav til manus

Et krav for å bli publisert i Tidsskrift for velferdsforskning er at bidraget tar opp viktige spørsmål og at de holder et høyt faglig nivå. Tidsskriftets artikler skal være på et av de skandinaviske språkene.

Formelle krav

- Vitenskapelige artikler, inkludert sammendrag, noter, referanser og litteraturliste, bør ikke overskride 46.000 tegn (med mellomrom).
- Kommentar- og debattartikler bør ikke overstige 18.000 tegn (med mellomrom).
- Bokanmeldelser bør være under 9000 tegn (med mellomrom).

Redaksjonen kan godta lengre kommentarer eller bokessays, knyttet til viktige velferdspolitiske debatter.

En vitenskapelig publikasjon må presentere ny innsikt, og være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning.

Sjekkliste før innsending

1. Tittel (gjørne kort og poengtert)
2. Forfatternavn, med tittel, institusjon, e-postadresse
3. Sammendrag på hovedspråk og engelsk (maksimum 200 ord).
4. Sammendragene skal innholdet bakgrunn for studien, metodene som er benyttet, det empirisk grunnlaget, hva som er studiens hovedfunn og konklusjon.
5. Engelsk tittel.
6. Manuskript med litteraturreferanser alfabetisk ordnet til slutt og ev. fotnoter
7. 3–6 nøkkelord på norsk og engelsk (som beskriver artikkelen med ord som ikke forekommer i tittelen)
8. Litteraturliste i henhold til referansestilen APA
9. Figurer og tabeller plasseres i teksten. Forfatter er selv ansvarlig for å innhente ev. tillatelser til bruk av figurer og tabeller

Doi-referanse

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://search.crossref.org/>

Litteraturreferanser i teksten

Tidsskriftet benytter referansestilen APA 7. Se her for en kort introduksjon: <http://www.kildekompasset.no/referansestiler/apa-7th/>

PUBLISERINGSETIKK

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til [Committee of Publication Ethics \(COPE\)](#).

Vurderingsprosessen

Tidsskrift for velferdsforskning benytter fagfeller for å sikre den vitenskapelige kvaliteten til artiklene. Innkomne bidrag blir først vurdert av ansvarlig redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Tidsskriftet følger tosidig anonymitets-prinsipp: både forfatter og fagfelle er anonyme for hverandre. Derfor må manuset anonymiseres før det sendes inn, dvs. forside med forfatternavn og -omtaler sendes inn som separat dokument og selvreferanser må anonymiseres. Redaksjonen konkluderer på grunnlag av fagfellevurderingene og videreformidler disse kommentarene og eventuelle endringsforslag til artikkelforfatteren.

Redaksjonen har prosedyrer for fagfellevurdering av evt. bidrag fra redaksjonens medlemmer, slik at også disse bidragene blir sikret anonym behandling.

Artikler skal ikke ha vært publisert andre steder tidligere. Innholdet i artikkelen skal heller ikke ha vært publisert i rapporter eller lignende med ISBN-nummer. Selv om artiklene ikke kan sies å være identiske kan ikke redaksjonen akseptere en artikkel der innholdet er publisert andre steder.

Å sende inn et manuskript til et vitenskapelig tidsskrift er et uttrykk for en hensikt om å publisere manuskriptet i dette tidsskriftet. Behandling av innkomne bidrag krever tid og oppmerksomhet i redaksjonen og hos dem som skal vurdere manuskriptet. Det er viktig at bidragsyterne er innforstått med at de ved å sende inn en artikkel aksepterer at ikke andre tidsskrifter kan vurdere artikkelen mens den er til vurdering i Tidsskrift for velferdsforskning's redaksjon.

Tidsskriftet forbeholder seg retten til å avvise uferdige manus.

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykke



UNIVERSITETET I BERGEN



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Bergen i endring – konsekvenser av COVID-19 epidemien

Vi vil invitere deg til å delta i vårt forskningsprosjekt for å undersøke konsekvenser for befolkningen i Bergen kommune som følge av COVID-19 epidemien. Før du bestemmer deg er det viktig at du forstår hvorfor forskningen gjøres og hva det innebærer for deg. Du bes derfor lese dette informasjonsskrivet. Dersom noe er uklart kan du kontakte oss.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Formålet er å kartlegge konsekvensene av epidemien på din helse og levevaner. Vi vil også undersøke hvilke konsekvenser epidemien har for arbeid, økonomi, frykt, livskvalitet, søvn, fysisk aktivitet og familiedynamikk. Prosjektet vil danne grunnlag for ny kunnskap om hvordan myndigheter best mulig kan håndtere slike situasjoner både med tilpassete infeksjonsforebyggende tiltak og samtidig velrettet oppfølging underveis.

Voksne i Bergen kommune er invitert til å delta. Dette er uavhengig av om du har blitt smittet av COVID-19 viruset. Videre ønsker vi å kunne hente opplysninger om deg fra nasjonale helseregistre, slik som Folkehelseundersøkelsene, NAV sykepengeregister, Kommunalt pasient- og brukerregister, Norsk pasientregister, Reseptregisteret og Kontroll og utbetaling av helserefusjons registeret og meldesystem for smittsomme sykdommer (og ber derfor om fødselsnummer). Dette for å kunne få en god oversikt over din helsetilstand i perioden like før og etter epidemien.



UNIVERSITETET I BERGEN



BERGEN
KOMMUNE



MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil ikke være noen direkte fordeler eller ulemper for deg knyttet til å delta i prosjektet. Deltakelse vil ta om lag 10 til 15 minutter. Det er naturligvis mulig at enkelte spørsmål kan vekke ubehag eller irritasjon. Dersom du opplever forverring av helsen din etter besvarelse oppfordres du til å kontakte din fastlege. Bedre kunnskap om epidemien og konsekvensene vil kunne bidra til å bedre håndteringen av epidemier i samfunnet som helhet.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, krysser du av på samtykkespørsmålet som er først i spørreskjemaet. Du kan trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg fra prosjektet får det ingen konsekvenser for oppfølging fra helsetjenestene eller kommunen.

Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kontakt prosjektleder førsteamanuensis Silje Mæland, e-post BIE.studien@uib.no

Du kan rette spørsmål om behandling av personopplysninger i prosjektet til Universitetet i Bergen sitt personvernombud Janecke Veim, epost janecke.veim@uib.no.

Spørsmål til Bergen kommune om Koronapanelet kan rettes til William Hazell, epost William.Hazell@bergen.kommune.no og personvernombudet i Bergen kommune om behandlingen av personopplysninger, Kenneth E. Oppedal, epost kv@bergen.kommune.no

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i formålet for prosjektet. 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 databehandlingsansvarlig og er ansvarlig for å tilse etterrettelig behandling av din informasjon.

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

Koblingsnøkkelen mellom din unike kode og ditt fødselsnummer er det kun prosjektleder Silje Mæland og Lars T. Fadnes ved Universitetet i Bergen som vil ha tilgang til. Denne skal kun brukes til å koble opplysninger fra registre og dette gjøres av registrene selv.

Medlemmer ved Universitetet i Bergen og Folkehelseinstituttet vil ha tilgang på aidentifiserte forskningsdataene som lagres på en lukket forskningsserver ved Universitetet i Bergen. Anonyme svar på spørsmål i knyttet til hverdagsliv og tjenestebruk vil gjøres tilgjengelig for Bergen kommune. Aidentifiserte forskningsdata 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 av tidligere forskningsfunn, og til å unngå at samme type datainnsamling må finansieres flere ganger.



UNIVERSITETET I BERGEN



OPPFØLGINGSPROSJEKT

Prosjektet har som formål å undersøke hvordan COVID-19-situasjonen påvirker innbyggerne i Bergen kommune. 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 godkjenning (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, førsteamanuensis, Silje Mæland, e-post: BIE.studien@uib.no

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

Du kan følge prosjektet på denne hjemmesiden: <https://www.uib.no/igs/135092/bergen-i-endring-covid19-studien-bie-studien>

Bergen 14.04.2020

Vi ønsker også å gi barn anledning til å dele sine erfaringer. Dersom du er i en familie med barn mellom 12 og 15 år og du samtykker til at vi kan sende barnet en forespørsel om å delta ber vi deg oppgi fullt navn og mobilnummer for barnet under.

Som foresatte til __ (fylles ut elektronisk) __ (fullt navn og mobilnummer) samtykker vi til at hun/han kan delta i prosjektet.

Vedlegg 5: Alderstilpasset 12 – 15 år informasjonsskriv foreldre-samtykke



UNIVERSITETET I BERGEN



BERGEN
KOMMUNE



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.



UNIVERSITETET I BERGEN



BERGEN
KOMMUNE



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. Koblingsnøgkelen 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 6: Alderstilpasset 16 – 17 år informasjonsskriv samtykke



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 deltagelse 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.

Koblingsnøkkel 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 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.



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